

Partie I
Renseignements sur l'assuré

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Prénom		Nom	
Date de naissance (AAAA MM JJ)	Sexe		
Adresse			
Ville	Province	Pays	Code postal
Téléphone	Courriel		

Montant d'assurance demandé (de 25 000 \$ à 1 000 000\$) : _____

Si vous détenez déjà un contrat d'Assurance vie temporaire 10 ou 20 ans, le montant total d'assurance pour tous les contrats ne peut pas excéder 1 000 000 \$. Votre protection entrera en vigueur lorsque nous vous confirmerons votre acceptation.

ADMISSIBILITÉ DE L'ASSURÉ

- Êtes-vous citoyen du Canada ou un résident permanent du Canada, et êtes-vous un résident du Canada aux fins de l'impôt ? Oui Non
- Détenez-vous déjà un contrat d'Assurance vie temporaire 10 ou 20 ans d'Assurance-vie Banque Nationale ? Oui Non
- Est-ce que cette demande d'assurance a pour but de remplacer un autre contrat d'assurance-vie présentement en vigueur ? Oui Non

Renseignements généraux

- Je maîtrise la langue indiquée et je demande que le libellé de ma police, y compris la présente proposition, soit établi dans celle-ci. / I understand the designated language and I request that my contract, including this application, be concluded in this language. français anglais
French English

Avis important

Si ce contrat est établi afin d'en remplacer un autre que vous détenez présentement, vous ne devez pas annuler votre contrat actuel tant et aussi longtemps que vous n'aurez pas complété l'avis de remplacement avec un représentant.

Pour prendre rendez-vous avec un représentant, communiquez avec nous au _____.

DECLARATIONS ET AUTORISATIONS

J'accepte d'être lié par toutes les dispositions du contrat d'assurance.

Je reconnais que, pour déterminer mon admissibilité à l'assurance, traiter la demande d'assurance, mener les enquêtes qui s'imposent et éventuellement administrer mon dossier et traiter toute demande de règlement, l'*assureur* et ses réassureurs doivent pouvoir recueillir, utiliser et communiquer des renseignements personnels à mon sujet, y compris sur mon état de santé.

À ces fins :

1. **J'autorise** l'*assureur* et ses réassureurs à recueillir les renseignements nécessaires sur moi et mon état de santé auprès de tout médecin, hôpital, clinique, compagnie d'assurance ainsi que du MIB, LLC et de tout autre organisme ou institution détenant de tels renseignements.
2. **J'autorise** l'*assureur* à utiliser tous les renseignements nécessaires qu'il détient sur mon compte, incluant ceux provenant de tous dossiers antérieurs.
3. **J'autorise** l'*assureur* ou ses réassureurs à communiquer tout renseignement sur mon état de santé ou autre information pertinente me concernant au MIB.

Préavis concernant le MIB, LLC

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités de façon confidentielle. Toutefois, Assurance-vie Banque Nationale, compagnie d'assurance-vie ou son réassureur, peut en communiquer un résumé au MIB, LLC (Bureau des renseignements médicaux), organisme sans but lucratif au service exclusif des compagnies d'assurance sur la vie, qui maintient un centre de données pour ses compagnies membres.

Si vous adressez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou soumettez une demande d'indemnisation à l'une des compagnies membres, le MIB lui fournira, sur demande, les renseignements contenus dans ses dossiers.

Sur réception d'une demande de votre part, le MIB vous permettra d'accéder et prendre connaissance des renseignements contenus à votre dossier. Vous pouvez contacter le MIB par courriel Canadadislosure@mib.com ou par téléphone au 1 866 692-6901. Si des renseignements consignés au MIB vous semblent inexacts, vous pouvez en demander la rectification en vous adressant au MIB selon les procédures établies par la loi fédérale « Fair Credit Reporting Act » (FCRA). Le bureau d'information du MIB se trouve

Assurance-vie Banque Nationale, compagnie d'assurance-vie ou son réassureur, peut aussi communiquer les renseignements qu'il possède à une autre compagnie d'assurance à laquelle vous auriez adressé une proposition d'assurance vie ou maladie ou autre demande d'indemnisation.

Pour plus de renseignements sur le MIB, consultez leur site www.mib.com.

Accès aux renseignements personnels

L'*assureur* constituera un dossier d'assurance dans lequel seront versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que ceux relatifs à toute demande de règlement d'assurance. Votre dossier sera détenu dans les bureaux de l'*assureur*. Vous aurez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans votre dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier. Pour plus de renseignements, consultez la politique de confidentialité de l'*assureur* disponible sur le site www.assureur.com.

Je déclare que tous les renseignements que je fournis à l'*assureur* et à ses réassureurs sont exacts. **Je m'engage** à aviser l'*assureur* dans les meilleurs délais de tout changement relatif à mes renseignements personnels afin qu'il puisse mettre ses dossiers à jour. **Je reconnais** avoir lu les conditions liées à la collecte, à l'utilisation et à la communication de mes renseignements personnels ci-dessus, notamment le « Préavis concernant le MIB, LLC » et l'« Accès aux renseignements personnels », et j'y consens.

Ce consentement sera valable à compter d'aujourd'hui et le restera pour la durée de ma relation d'affaires avec l'*assureur* ou pour une plus longue période de temps si cela est permis ou requis par la loi ou par les présentes.

Autorisez-vous l'*assureur* à utiliser les renseignements personnels qu'il détient à votre sujet pour vous proposer des produits et services susceptibles de vous intéresser :

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| 1. par envois postaux ou par téléphone, à tout numéro que vous aurez fourni ? | <input type="checkbox"/> J'autorise | <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas |
| 2. par courriel ? | <input type="checkbox"/> J'autorise | <input type="checkbox"/> Je n'autorise pas |

Vous pouvez retirer ce consentement à tout moment en communiquant avec l'*assureur*

N° de contrat d'assurance
(réservé à l'assureur)

Le _____
Par _____

Partie II

Historique et état de santé de l'assuré

HISTORIQUE ET ÉTAT DE SANTÉ DE L'ASSURÉ

Veillez noter que ce questionnaire doit être rempli seulement si vous demandez un montant de 750 000 \$ et moins et que vous êtes âgé de 18 à 49 ans. Si vous demandez un montant d'assurance supérieur ou si vous êtes âgé de 50 ans, un agent communiquera avec vous pour obtenir votre déclaration de santé. Si vous détenez déjà un contrat d'Assurance vie temporaire 10 ou 20 ans, ce questionnaire doit être rempli seulement si le montant total d'assurance pour tous les contrats n'excède pas 750 000 \$.

1. Êtes-vous d'accord pour répondre à toutes les questions avec exactitude ? Oui Non
2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une demande d'assurance-vie ? Oui Non
- a. Quel montant d'assurance vie avez-vous demandé ?
3. Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait une demande d'assurance-vie qui a été refusée ou avez-vous reçu une offre de surprime ou d'exclusion, ou une police d'assurance a-t-elle été annulée après l'émission par l'assureur ? Oui Non
4. Est-ce que votre profession fait partie de la liste suivante :
- a. Pêcheur (qui ne revient pas au port tous les soirs) Oui Non
- b. Militaire Oui Non
- c. Athlète professionnel Oui Non
- d. Joueur professionnel (poker ou autre jeu de hasard) Oui Non
- e. Travailleur de plateforme pétrolière en mer dans une des régions suivantes : Golfe Persique, Indonésie, Côte de l'Afrique ou Russie Oui Non
5. Au cours des 2 dernières années, avez-vous :
- a. eu une suspension de votre permis de conduire ? Oui Non
- b. été accusé de conduite dangereuse ou avec les facultés affaiblies ? Oui Non
- c. eu plus de trois infractions au code de la route ? Oui Non
- d. effectué des vols en tant que pilote ou élève-pilote ? Oui Non
- e. fait de la plongée sous-marine à plus de 100 pieds de profondeur ? Oui Non
- f. fait du parachutisme ou delta-plane ? Oui Non
- g. participé à des courses de véhicule motorisé ? (par exemple : auto, moto, bateau, motoneige) Oui Non
6. Pouvez-vous nous indiquer à quelles des activités suivantes vous avez participé au cours des 2 dernières années :
- a. Escalade ? (n'inclut pas randonnée, trekking, descente en rappel, escalade intérieure, boulder) Oui Non
- b. Ski ou planche à neige par hélicoptère ? (Héli-ski – ski alpin ou planche à neige hors-piste, accessible par hélicoptère) Oui Non
- c. Ski ou planche à neige par snowcat ? (Cat-ski – ski alpin ou planche à neige hors-piste, accessible par snowcat) Oui Non
- d. Ski ou planche à neige hors-piste ? (Hors-piste – ski alpin ou planche à neige dans les terrains sans indicateur et non surveillés soit à l'intérieur ou à l'extérieur d'un resort de ski où il existe la possibilité d'une avalanche) Oui Non
- e. Motoneige hors-piste ? (comme conducteur ou passager, dans les terrains où les indicateurs d'avalanches sont affichés, incluant « highmarking » ou « snow-climbing ») Oui Non
- f. Tout autre sport extrême ? Oui Non
7. Prévoyez-vous voyager ou résider à l'extérieur du Canada au cours des 12 prochains mois ? Ne pas tenir compte des voyages de douze (12) mois ou moins en Amérique du Nord, dans les pays de l'union Européenne, au Royaume-Uni, en Australie, en Nouvelle-Zélande, à Hong Kong ou dans les Caraïbes (sauf Haïti) ? Oui Non

8. Veuillez décrire votre utilisation de tabac au cours des 12 derniers mois. Combien de fois avez-vous utilisé des cigarettes ou autres produits à base de tabac, incluant la nicotine, les substituts de nicotine, la cigarette électronique ou autres produits à vapoter ? _____

9. Quelle est votre consommation d'alcool par semaine ?
(1 consommation = 1 bouteille de bière (341 ml ou 12 onces) ; 1 verre de vin (150 ml ou 5 onces) ; 1 liqueur (43 ml ou 1.5 once)) _____

10. Quelle est votre consommation de marijuana ? _____

11. Quelle est votre taille ? _____ pieds
_____ po _____ cm

12. Quel est votre poids ? _____ lb _____ kg

13. Au cours des 10 dernières années, avez-vous déjà eu, ou vous a-t-on déjà dit que vous avez eu : Oui Non

a. Crise cardiaque, chirurgie cardiaque, chirurgie aux artères coronariennes, douleur à la poitrine, angine, un accident vasculaire cérébral (AVC) ou ICT (ischémie cérébrale transitoire) ?
Si oui, veuillez spécifier : _____

b. Cancer, tumeur maligne ou autre lésion maligne (autre qu'un carcinome basocellulaire) ? Oui Non

c. Trouble respiratoire ou pulmonaire (autre que l'asthme, bronchite aiguë ou pneumonie) ? Oui Non

d. Diabète (autre qu'un diabète de grossesse complètement rétabli) ? Oui Non

e. Hépatite B, hépatite C ou cirrhose ? Oui Non

f. Glomérulonéphrite ou une maladie rénale chronique ? Oui Non

g. Colite ulcéreuse, maladie de Crohn, polypes au colon ou pancréatite ? Oui Non

h. Maladie bipolaire ou psychose ? Oui Non
Si oui, veuillez spécifier : _____

i. Lupus, dystrophie musculaire, sclérose en plaques ou sclérose latérale amyotrophique ? Oui Non

j. Dépistage de VIH dont le résultat était positif ? Oui Non

14. Au cours des 10 dernières années, avez-vous : Oui Non

a. été accusé d'une offense criminelle, ou avez-vous actuellement des accusations criminelles en suspens (autre qu'une accusation de conduite avec facultés affaiblies, question demandée précédemment) ? Oui Non

b. déjà été admis dans un centre de réadaptation ou désintoxication, participé à un programme de réadaptation ou joint un organisme, ou suivi un traitement ou reçu des conseils à propos de votre consommation d'alcool ou de drogue ? Oui Non

15. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu un diagnostic de dépression (autre qu'une réaction de deuil ou un trouble d'adaptation bref) pour laquelle vous avez reçu des médicaments par ordonnance ? Oui Non
Une réaction de deuil – état émotionnel après le décès de quelqu'un ou la perte de quelque chose.
Trouble d'adaptation bref – difficulté à gérer un stress en particulier ou un événement majeur dans la vie, ce qui rentre généralement dans l'ordre après une période d'ajustement

16. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des prestations d'invalidité pour une période de plus de quatre semaines consécutives ? Oui Non

17. Au cours des 2 dernières années, avez-vous été avisé d'un résultat anormal suite à l'un des tests suivants : Oui Non

a. Électrocardiogramme (ECG) Oui Non

b. Échocardiogramme Oui Non

c. Biopsie Oui Non

d. IRM (imagerie par résonance magnétique, autre que pour des articulations, des muscles ou des os) Oui Non

e. Tomographie (CT scan) Oui Non

f. Mammographie Oui Non

g. Colonoscopie Oui Non

18. Au cours des 5 dernières années, avez-vous :

a. été admis comme patient dans un hôpital pour plus de 2 nuits consécutives (à part pour un accouchement) ? Oui Non

b. fait usage de cocaïne, héroïne, ou n'importe quelle autre drogue non prescrite par un médecin (autre que de la marijuana ou des médicaments sans prescription) ? Oui Non

19. Autre que des examens de routine, tels que les examens de la vue, test d'allergies, prises de sang, tests d'audition ou tests de grossesse, avez-vous été avisé par un professionnel de la santé de subir un test, un traitement ou une chirurgie qui n'a pas encore eu lieu, ou êtes-vous en attente d'un résultat de tout test médical ou d'un rendez-vous avec un médecin spécialiste ? Oui Non

20. Avez-vous des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ? Oui Non

Ceci inclut des symptômes inexplicables et sans cause connue, tel que des saignements ou douleurs, perte de poids, étourdissements, des masses, excroissances ou taches qui ont changé de taille, ont saigné ou sont devenues douloureuses. Ceci n'inclut pas des rhumes, des gripes, des otites, eczéma, appendicite, pierres à la vésicule biliaire ou des allergies.

21. Avez-vous été en mesure de répondre à toutes les questions sans l'aide de quelqu'un et sans l'aide d'un traducteur ? Oui Non

Je déclare que tous les renseignements fournis sur mon historique et sur mon état de santé sont exacts.

Des renseignements inexacts pourraient invalider votre contrat d'assurance et entraîner le refus de vos demandes de règlement.

N° de contrat d'assurance
(réservé à l'assureur)

Le _____
Par _____