

PROPOSITION D'ASSURANCE-PRÊT AUX ENTREPRISES

Prêt à terme commercial et Prêt hypothécaire commercial
Vie, maladies graves et mutilation accidentelle, invalidité
Police N° 70009-17 (2017-11-01)

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRÊT

Prêt à terme Prêt hypothécaire

N° du prêt _____ Transit du prêt _____
\$ _____
Montant du prêt à l'adhésion _____ Date du déboursé/autorisation (AAAA MM JJ) _____ Période d'amortissement en mois _____

Nouvelle demande Ajout d'assuré Ajout de protection
S'agit-il d'un refinancement ? Oui N° de l'ancien prêt : _____ Non

Si votre demande d'assurance est refusée, le solde assuré de votre prêt antérieur sera maintenu selon les termes et conditions du certificat joint à la présente proposition (voir article *Refinancement* du certificat).

IDENTIFICATION

Nom de l'entreprise _____ Entreprise – FCC N° _____

Proposant

FCC N° _____ Date de naissance (AAAA MM JJ) _____ Sexe : M F
Nom _____ Prénom _____ Adresse électronique _____

ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à l'assurance, vous devez, au moment de signer la proposition :

Assurance-vie

- Être âgé de 18 à 64 ans **et**
- Être résident du Canada ou des États-Unis **et**
- Être soit emprunteur, coemprunteur, caution, endosseur, actionnaire, dirigeant ou personne-clé de l'entreprise emprunteuse.

Assurance maladies graves et mutilation accidentelle

- Avoir adhéré à l'assurance-vie.

Assurance invalidité

- Avoir adhéré à l'assurance-vie **et**
- Au cours des 4 dernières semaines, avoir effectué un travail rémunéré pour un emploi totalisant au moins 60 heures, ou si vous êtes travailleur autonome, avoir généré des revenus bruts d'au moins 10 000 \$ au cours de votre dernière année financière précédant la signature de cette demande.
- Si vous recevez des prestations en remplacement de votre revenu ou si vous êtes en arrêt de travail ou sans emploi, **vous n'êtes pas admissible à l'assurance invalidité.**

Nom de l'employeur actuel _____ Date du début d'emploi (AAAA MM JJ) _____

DEMANDE – RENONCIATION – NON-ADMISSIBILITÉ

Assurance-vie	Assurance maladies graves et mutilation accidentelle	Assurance invalidité
<input type="checkbox"/> Je demande Choix du montant assuré <input type="checkbox"/> Montant autorisé du prêt (maximum de l'assurance-vie de 2 000 000 \$) ou <input type="checkbox"/> Montant au choix _____ \$ (ne peut excéder le montant autorisé du prêt ou le maximum de l'assurance-vie de 2 000 000 \$) Si non complété, le montant autorisé du prêt sera appliqué	<input type="checkbox"/> Je demande Montant assuré au choix _____ \$ (ne peut excéder 150 000 \$ ou le montant assuré choisi pour l'assurance-vie) Si non complété, le montant assuré de l'assurance-vie sera appliqué	<input type="checkbox"/> Je demande <input type="checkbox"/> Versement du prêt _____ \$ (ne peut excéder le maximum de l'assurance invalidité de 5 000 \$/mois) ou <input type="checkbox"/> Montant assuré au choix _____ \$ (ne peut excéder le versement du prêt ni le maximum de l'assurance invalidité de 5 000 \$/mois) Si non complété, le versement du prêt sera appliqué
<input type="checkbox"/> Je renonce ou suis non admissible	<input type="checkbox"/> Je renonce ou suis non admissible	<input type="checkbox"/> Je renonce ou suis non admissible

_____ **X** _____
Date (AAAA MM JJ) Signature du proposant

ATTESTATION

Je certifie que les personnes admissibles de l'entreprise ont eu l'occasion de se prévaloir de l'assurance sur le prêt ci-haut mentionné.

X _____
Signature d'une personne de l'entreprise autorisée à contracter le prêt Date (AAAA MM JJ)

STATUT DE TABAGISME

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac ou de produits de remplacement de la nicotine sous quelque forme que ce soit ? Oui Non

Aucun employé de la Banque Nationale du Canada ni aucune autre personne ne peut modifier les dispositions de la présente proposition ou du certificat d'assurance. Tout formulaire modifié ou incomplet sera nul.

DÉCLARATION DE SANTÉ

Proposant FCC No. : _____

Instructions :

- Vous êtes assuré sans Déclaration de santé et aux conditions du certificat (voir entre autres l'article **Restrictions et Exclusions** concernant les conditions préexistantes) :
 - pour l'assurance-vie et/ou invalidité, si le montant assuré choisi pour cette protection est de 100 000 \$ ou moins et que vous avez moins de 55 ans ;
 - pour l'assurance maladies graves et mutilation accidentelle, si le montant assuré choisi pour cette protection est de 50 000 \$ ou moins et que vous avez moins de 55 ans ;
 Passez à la section **INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES**.
- Complétez la **DÉCLARATION DE SANTÉ** :
 - pour l'assurance-vie et/ou invalidité, si le montant assuré choisi pour cette protection est de plus de 100 000 \$ et de 500 000 \$ et moins ;
 - pour l'assurance maladies graves et mutilation accidentelle, si le montant assuré choisi pour cette protection est de plus de 50 000 \$, si vous êtes âgé de 55 ans et plus.
 Si vous répondez « Non » à toutes les questions de la Déclaration de santé, vous êtes assuré, aux conditions du certificat (voir entre autres l'article **Restrictions et Exclusions** concernant les conditions préexistantes), sous réserve de l'exactitude des informations fournies.
- Si le montant assuré choisi de l'assurance-vie et/ou invalidité est de plus de 500 000 \$, passez directement à la section **INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES**. Un représentant de l'Assureur communiquera avec vous.
- Une réponse affirmative à l'une des questions n'entraîne pas un refus automatique de couverture. En cas de doute, veuillez cocher « Oui » et un représentant de l'Assureur communiquera avec vous afin de compléter un questionnaire détaillé.

	Proposant							
	Oui	Non						
a) Au cours des 3 dernières années : <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous consulté, eu un suivi ou été traité par un médecin ou un autre professionnel de la santé, ou avez-vous pris des médicaments ou présenté des symptômes ou êtes-vous atteint de l'un ou l'autre des troubles de santé suivants : <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - troubles cardiaques ou des vaisseaux sanguins - AVC (Accident Vasculaire Cérébral) - douleurs à la poitrine ou angine - troubles sanguins incluant cholestérol - troubles de la tension artérielle - dystrophie musculaire - sclérose en plaques </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ou toute autre maladie ou désordre immunologique - tumeur ou cancer - troubles digestifs - troubles du foie - troubles de l'intestin - troubles des reins </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - troubles du système urinaire - troubles pulmonaires ou respiratoires (incluant apnée du sommeil) - troubles des organes génitaux, de la prostate ou des seins - troubles neurologiques - diabète ou intolérance au glucose - troubles psychologiques ou psychiatriques (incluant dépression, anxiété, trouble d'adaptation, etc.) </td> </tr> </table> et pour l'un des problèmes suivants, seulement si vous adhérez à l'assurance invalidité : <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - fibromyalgie ou fatigue chronique - tunnel carpien </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - troubles musculaires, des articulations ou des os (incluant entorse, tendinite, bursite, capsulite, etc.) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébrale </td> </tr> </table> • Avez-vous fait usage de narcotiques dépassant la posologie recommandée par un médecin ou avez-vous fait usage de drogue ou avez-vous subi un traitement ou joint un organisme en raison de votre consommation d'alcool ou un professionnel de la santé vous a-t-il conseillé de réduire votre consommation d'alcool ? 	<ul style="list-style-type: none"> - troubles cardiaques ou des vaisseaux sanguins - AVC (Accident Vasculaire Cérébral) - douleurs à la poitrine ou angine - troubles sanguins incluant cholestérol - troubles de la tension artérielle - dystrophie musculaire - sclérose en plaques 	<ul style="list-style-type: none"> - SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ou toute autre maladie ou désordre immunologique - tumeur ou cancer - troubles digestifs - troubles du foie - troubles de l'intestin - troubles des reins 	<ul style="list-style-type: none"> - troubles du système urinaire - troubles pulmonaires ou respiratoires (incluant apnée du sommeil) - troubles des organes génitaux, de la prostate ou des seins - troubles neurologiques - diabète ou intolérance au glucose - troubles psychologiques ou psychiatriques (incluant dépression, anxiété, trouble d'adaptation, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - fibromyalgie ou fatigue chronique - tunnel carpien 	<ul style="list-style-type: none"> - troubles musculaires, des articulations ou des os (incluant entorse, tendinite, bursite, capsulite, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébrale 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> - troubles cardiaques ou des vaisseaux sanguins - AVC (Accident Vasculaire Cérébral) - douleurs à la poitrine ou angine - troubles sanguins incluant cholestérol - troubles de la tension artérielle - dystrophie musculaire - sclérose en plaques 	<ul style="list-style-type: none"> - SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ou toute autre maladie ou désordre immunologique - tumeur ou cancer - troubles digestifs - troubles du foie - troubles de l'intestin - troubles des reins 	<ul style="list-style-type: none"> - troubles du système urinaire - troubles pulmonaires ou respiratoires (incluant apnée du sommeil) - troubles des organes génitaux, de la prostate ou des seins - troubles neurologiques - diabète ou intolérance au glucose - troubles psychologiques ou psychiatriques (incluant dépression, anxiété, trouble d'adaptation, etc.) 						
<ul style="list-style-type: none"> - fibromyalgie ou fatigue chronique - tunnel carpien 	<ul style="list-style-type: none"> - troubles musculaires, des articulations ou des os (incluant entorse, tendinite, bursite, capsulite, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébrale 						
b) Au cours des 3 dernières années, avez-vous été hospitalisé pour cause d'accident ou de maladie pour une période de plus de 48 heures consécutives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
c) Au cours des 3 dernières années, avez-vous soumis une demande d'assurance-vie, d'assurance invalidité ou d'assurance maladies graves qui a fait l'objet d'une surprime, d'un refus ou d'une restriction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
d) Seulement si vous adhérez à l'assurance maladies graves, en répondant également aux questions a, b et c. Est-ce qu'un ou plusieurs membres de votre famille naturelle (père, mère, frères et sœurs) ont souffert de diabète, de cancer, d'un accident vasculaire cérébral ou d'une maladie cardiaque avant l'âge de 60 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES (À compléter obligatoirement par tous les proposants)

Il est possible qu'un représentant de l'Assureur communique avec vous. Veuillez indiquer le moment le plus propice pour vous joindre. Si un questionnaire détaillé est nécessaire, vous avez la possibilité de choisir la langue. Veuillez indiquer votre préférence :

Choix de langue

Jour _____ N° de téléphone _____ Poste _____
 Soir _____ N° de téléphone _____ Poste _____

DÉCLARATION ET AUTORISATION

JE COMPRENDS que l'assurance est facultative et que je peux y mettre fin en tout temps. Si j'annule l'assurance dans les 30 jours suivant la date de signature de la proposition, l'Assureur me remboursera toutes les primes versées, s'il y a lieu, et l'assurance n'aura jamais pris effet.

J'ACCEPTÉ d'être lié par toutes les dispositions de la police d'assurance collective et J'AUTORISE l'Assureur et la Banque Nationale du Canada à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives.

JE COMPRENDS que toute prestation d'assurance payable en vertu de ladite police d'assurance collective doit d'abord être versée à la Banque Nationale du Canada pour être appliquée en totalité à la portion assurée de ma dette.

JE CERTIFIE que tous les renseignements fournis dans la présente déclaration, incluant la Déclaration de santé et la section Statut de tabagisme, sont complets et exacts. JE COMPRENDS que toute omission ou fausse déclaration dans la présente déclaration entraîne automatiquement l'annulation de mon assurance.

J'AUTORISE la Banque Nationale du Canada à percevoir le montant de ma prime selon la modalité prévue pour le type de prêt concerné par la présente demande.

JE COMPRENDS qu'au cours de la période pendant laquelle des preuves d'assurabilité doivent être soumises à l'Assureur et avant que celui-ci ne rende une décision quant à mon assurabilité, les prestations liées aux couvertures que j'ai choisies ne sont payables que si le décès, l'invalidité ou la mutilation accidentelle résulte d'un accident qui survient après la date de prise d'effet de l'assurance.

J'AUTORISE l'Assureur à communiquer mes renseignements à ses fournisseurs lorsque des services reliés à l'assurance sont disponibles.

JE M'ENGAGE à aviser l'Assureur immédiatement, par écrit, de tout changement relatif à mes renseignements personnels afin qu'il mette à jour ses dossiers.

J'AUTORISE par la présente tout médecin, hôpital, clinique, firme paramédicale, fournisseurs, mandataires, compagnie d'assurance, le MIB Inc. (Bureau des renseignements médicaux) ou tout autre organisme ou institution détenant des renseignements sur moi et mon état de santé à échanger les renseignements avec l'Assureur et ses réassureurs. J'AUTORISE l'Assureur ou ses réassureurs à communiquer tout renseignement sur mon état de santé ou toute autre information pertinente me concernant au MIB Inc. (Bureau des renseignements médicaux).

J'AUTORISE l'Assureur à utiliser tous les renseignements qu'il détient sur mon compte, incluant ceux provenant de tous dossiers fermés. Ce consentement vaut pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé. Une photocopie de cette autorisation aura la validité de l'original.

JE DÉCLARE ÊTRE AUTORISÉ À SIGNER AU NOM DE L'ENTREPRISE ET AVOIR REÇU ET PRIS CONNAISSANCE DE TOUTES LES DISPOSITIONS DE LA PRÉSENTÉ PROPOSITION D'ASSURANCE ET DU CERTIFICAT D'ASSURANCE INCLUANT LES EXCLUSIONS ET LES RESTRICTIONS ET AVOIR REÇU LE SOMMAIRE.

ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) – ACCORD DE DPA DU PAYEUR (ADPA)

Personnel Entreprise

Autorisation de retrait (fréquence et montant des débits) : Je, soussigné(e), autorise l'Assureur, ses successeurs, cessionnaires éventuels ou ayants droit, à effectuer, à partir de maintenant, des DPA d'entreprise dans le même compte bancaire que le remboursement du prêt ou, lorsque spécifié, dans le compte indiqué ci-dessous, afin de payer les primes d'assurances selon la même fréquence que le remboursement du prêt.

Chaque retrait correspond à un montant fixe, qui pourrait être modifié, notamment suivant la non-acceptation du prélèvement de la prime, ou à un montant variable, selon le produit d'assurance.

Renonciation : JE RENONCE à recevoir un préavis de dix (10) jours avant le premier débit porté à mon compte indiquant le montant et les dates d'échéance des débits. JE RENONCE également à recevoir un préavis indiquant tout changement du montant ou de la date d'un débit, notamment quand ce changement découle d'instructions que j'ai données à l'Assureur pour modifier les modalités d'un débit.

Changement ou annulation : Je m'engage à informer l'Assureur, au moins cinq (5) jours avant le prochain prélèvement prévu, de toute modification des renseignements sur le compte bancaire et changement du jour de la perception. J'autorise aussi l'Assureur à effectuer les prélèvements sur un autre compte, suivant mes instructions verbales ou écrites.

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que l'Assureur ait reçu de ma part un préavis de sa modification ou de son annulation. **JE PEUX ANNULER** mon autorisation à tout moment en envoyant un préavis de trente (30) jours à l'Assureur. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un ADPA, je peux communiquer avec l'Assureur ou l'institution financière qui détient mon compte ou consulter le site de Paiement Canada à l'adresse www.paiements.ca. **JE DÉGAGE** l'institution financière de toute responsabilité si l'annulation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part.

Débit non conforme et Remboursement : j'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à mon autorisation. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec mon autorisation. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec l'Assureur ou l'institution financière qui détient mon compte ou visiter www.paiements.ca.

Renseignements personnels : Je consens et comprends que les renseignements personnels contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé seront communiqués à l'institution financière et à l'Assureur, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en oeuvre des règles applicables en matière de DPA. Ce consentement demeure en vigueur tant que mon autorisation est maintenue.

AUTORISATION DE PAIEMENT ET RENSEIGNEMENT SUR LE COMPTE BANCAIRE

À compléter uniquement si les primes d'assurance doivent être prélevées dans un autre compte que celui du remboursement du prêt.

Nom et adresse de l'institution financière où est détenu le compte

N° du compte _____ Transit _____ N° de l'institution _____

Bénéficiaire du DPA (l'Assureur)

Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie
1100, boul. Robert-Bourassa, 5^e étage, Montréal (Québec) H3B 2G7
Téléphone : 1 877 871-7500 Télécopieur : 514 394-6604

Date (AAAA MM JJ) _____ Signature du proposant **X**

DÉCLARATION DU TÉMOIN

Je déclare avoir été présent lorsque cette proposition a été remplie et avoir été témoin, selon le cas, du consentement vocal du proposant ou de toutes les signatures qui y sont apposées. J'ai remis le certificat d'assurance et le sommaire.

Date (AAAA MM JJ) _____ Heure (consentement vocal) _____ Signature de l'employé **X** _____ Prénom et nom de l'employé _____ N° d'employé _____ Transit _____