

Date : _____
AAAA MM JJ

Nom : _____

Adresse : _____

Félicitations! Ce document confirme votre achat d'une assurance voyage.

Vous trouverez ci-joint votre Carte d'assurance et d'assistance, votre Résumé des Conditions et votre Récapitulatif des renseignements recueillis. Le Certificat d'assurance voyage vous a été envoyé par courriel à [Courriel](#).

Lisez-les attentivement pour confirmer que :

- les informations qui y apparaissent sont exactes,
- vous répondez toujours aux critères d'admissibilité avant votre départ,
- vous comprenez les modalités de votre assurance, et elle répond à vos besoins.

Carte d'assurance et d'assistance

Découpez-la et apportez-la en voyage.



Carte d'assurance et d'assistance

Détenteur du certificat :

Numéro du certificat :

Questions?

Communiquez avec notre service à la clientèle:

1-866-229-0037

514-866-7418

Communiquez avec l'assisteur avant d'engager des frais:

- > en cas d'urgence ou d'accident, ou
- > si vous avez besoin d'assistance.

Du Canada ou des États-Unis

> **1-844-783-7603**

De partout ailleurs (à frais virés)

> **514-394-0075**



RÉSUMÉ DES CONDITIONS

Numéro du certificat

Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'Assurance-vie
Assureur

Plan d'assurance

DÉTENTEUR DU CERTIFICAT

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance (AAAA MM JJ) _____

Adresse _____

PERSONNES ASSURÉES

Nom _____ Province de résidence _____ Date de naissance (AAAA MM JJ) _____

INFORMATION SUR LE VOYAGE

Date de départ (AAAA MM JJ) _____ Date de retour (AAAA MM JJ) _____ Coût du voyage _____

Protection	Montant maximum assuré	Début de la protection	Prime
Soins médicaux d'urgence	5 000 000 \$ par personne assurée et par voyage	Au moment où vous quittez votre province de résidence	
Annulation	2 500 \$ par personne assurée et par voyage	À la plus tardive des dates suivantes : la date d'achat du voyage, ou la date d'entrée en vigueur indiquée au Résumé des protections	
Interruption	5 000 \$ par personne assurée et par voyage		
Bagages	1 500 \$ par personne assurée et par voyage	Au moment où vous quittez votre domicile	
Décès et mutilation accidentels	Pour chaque accident, par personne assurée et par voyage : Transport aérien : 50 000 \$ Transport public : 50 000 \$ Autre accident : 25 000 \$	Au moment où vous quittez votre province de résidence	
Assistance voyage	Incluse		

Prime totale _____

Taxes _____

Total _____

INFORMATIONS DE PAIEMENT

Vous avez autorisé Assurance-vie Banque Nationale à prélever la prime applicable à ce contrat d'assurance voyage sur votre carte de crédit.

Vous avez confirmé que vous avez le droit de consentir seul à cette autorisation de paiement sur votre carte de crédit.

Vous avez autorisé Assurance-vie Banque Nationale à fournir à votre institution financière votre nom, votre adresse, vos informations de paiement, ainsi que l'objet et le montant de la prime.

Assureur: Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie

La marque nominale et le logo Banque Nationale Assurances sont des marques de commerce de la Banque Nationale du Canada, utilisées sous licence par Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie.

32191-501 (2023-03-24)

Page 2 de 4

RÉCAPITULATIF DES RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS

Admissibilité

Êtes-vous client de la Banque, de l'une de ses filiales, de ses sociétés affiliées, ou un membre de la famille d'un tel client ? Oui Non

Veillez sélectionner votre province ou territoire de résidence. Oui Non

Si votre demande d'assurance est pour plus d'un voyageur, cette question s'applique à tous les voyageurs

Êtes-vous couvert par les régimes publics d'assurance maladie et hospitalisation pour les services rendus dans votre province de résidence et le serez-vous en tout temps pendant votre voyage ? Oui Non

Si votre demande d'assurance est pour plus d'un voyageur, cette question s'applique à tous les voyageurs

Un médecin vous a-t-il déconseillé de voyager ? Oui Non

Si votre demande d'assurance est pour plus d'un voyageur, cette question s'applique à tous les voyageurs

Avez-vous reçu le diagnostic d'une condition médicale en phase terminale ? Oui Non

Si votre demande d'assurance est pour plus d'un voyageur, cette question s'applique à tous les voyageurs

Souffrez-vous de problèmes rénaux nécessitant de la dialyse ? Oui Non

Si votre demande d'assurance est pour plus d'un voyageur, cette question s'applique à tous les voyageurs

Avez-vous déjà eu un cancer avec métastase ? Oui Non

Si votre demande d'assurance est pour plus d'un voyageur, cette question s'applique à tous les voyageurs

Avez-vous déjà reçu une greffe ou êtes-vous en attente de recevoir une greffe, autre qu'une greffe de la cornée ? Oui Non

Si votre demande d'assurance est pour plus d'un voyageur, cette question s'applique à tous les voyageurs

Vous a-t-on prescrit ou avez-vous fait usage d'oxygène à domicile dans les douze (12) mois précédant l'achat de l'assurance ? Oui Non

Si votre demande d'assurance est pour plus d'un voyageur, cette question s'applique à tous les voyageurs

Consentements

Pour déterminer l'admissibilité à l'assurance, traiter la demande d'assurance, mener les enquêtes qui s'imposent, administrer mon dossier et traiter toute demande de règlement, l'assureur, ses réassureurs et l'assistant doivent pouvoir recueillir, utiliser et communiquer des renseignements personnels au sujet des personnes assurées, y compris sur leur état de santé.

Je confirme

À ces fins, je confirme que chaque personne assurée m'a donné son accord pour permettre à l'assureur, ses réassureurs et l'assistant de recueillir les renseignements nécessaires sur elle et sur son état de santé auprès de tout médecin, hôpital, clinique, compagnie d'assurance et de tout autre organisme ou institution détenant de tels renseignements.

Exclusions, limitations et réduction

L'assurance voyage comporte des exclusions, des limitations et des réductions de protection pour lesquelles nous pourrions refuser de payer votre réclamation.

Je comprends

Évitez les mauvaises surprises. Avant votre départ, consultez le certificat aux articles suivants pour confirmer que vous êtes couvert et que cette assurance voyage convient à votre situation :

[Certificat d'assurance voyage Soins médicaux d'urgence](#): Section A, article 4.3 et Section B, article 3.

[Certificat d'assurance voyage Tout inclus](#): Section A, article 4.3 et Section B, articles 1.3, 2.4, 3.3 et 4.3.

Veillez lire les 2 mises en gardes suivantes :

MISE EN GARDE - Exclusion pour conditions préexistantes

Si vous avez été blessé ou malade dans les 3, 6 ou 12 mois avant votre date de départ en voyage, l'exclusion pour conditions préexistantes pourrait s'appliquer.

MISE EN GARDE – Fausse déclaration

Nous pouvons refuser votre réclamation et annuler votre assurance si vous faites une fausse déclaration.

Comme pour tout autre produit d'assurance, vous devez donner en tout temps l'information exacte concernant votre état de santé, les détails de votre voyage et toute autre information que nous jugeons nécessaire de vous demander.

Nous refuserons votre réclamation si nous obtenons, lors du traitement d'une demande d'indemnité ou à tout autre moment pendant que l'assurance est en vigueur, une information différente de celle que vous avez fournie. Nous pourrions aussi annuler votre assurance.

Sur acceptation de votre demande d'assurance, acceptez-vous d'être lié par toutes les dispositions du certificat d'assurance ? Oui Non

Déclarez-vous que tous les renseignements fournis à l'assureur et à ses réassureurs sont exacts ? Oui Non

Comprenez-vous que votre consentement est valable à compter d'aujourd'hui et le restera pour la période de temps permise par la loi ? Oui Non

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. Chaque personne assurée aura le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans son dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier. Pour plus d'informations, consultez la politique de confidentialité de l'assureur disponible à www.bnc.ca. Je comprends

Sollicitation

Acceptez-vous que Banque Nationale du Canada utilise et communique vos renseignements personnels, afin de vous proposer d'autres produits et services offerts par la Banque, ses filiales et sociétés apparentées ? Par envois postaux
 Par téléphone
 Par courriel
 Aucune de ces réponses

Veuillez noter que vous pouvez retirer ces consentements à tout moment en nous appelant au 514 394-5555 ou le 1 888 835-6281