

1100, boul. Robert-Bourassa, 5^e étage, Montréal (Québec) H3B 2G7

- Nouvelle demande
 Ajout de protection

- Refinancement : Ancien n° de prêt : _____
 Ajout d'assuré

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRÊT

N° client 1 _____ N° client 2 _____
Transit _____ N° de prêt _____
\$ _____
Montant autorisé ou solde du prêt au moment de l'adhésion à l'assurance
Date prévue du déboursé (AAAA MM JJ) _____

IDENTIFICATION

Client 1

Nom de famille _____ Sexe : M F Prénom _____
Date de naissance (AAAA MM JJ) _____ Adresse électronique _____
Adresse (n°, rue, app, ville, province et code postal) _____

Client 2

Nom de famille _____ Sexe : M F Prénom _____
Date de naissance (AAAA MM JJ) _____ Adresse électronique _____
Adresse (n°, rue, app, ville, province et code postal) _____

ADMISSIBILITÉ

Pour demander l'assurance vous devez, au moment de la demande d'assurance :

Assurance-vie

- Être âgé de 18 à 64 ans et
- Être résident du Canada ou des États-Unis et
- Être soit emprunteur, coemprunteur, garant, caution ou endosseur.

Assurance invalidité

- Avoir adhéré à l'assurance-vie.
- Au cours des quatre (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 ou si vous êtes en attente de recevoir des prestations en remplacement de votre revenu, vous n'êtes pas admissible à l'assurance invalidité.

Client 1

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

Client 2

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

DEMANDE – RENONCIATION – NON-ADMISSIBILITÉ

Client 1	Je demande	Je renonce à	Je suis non admissible à
l'assurance-vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l'assurance invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date (AAAA MM JJ) **X** Signature du client 1

Client 2	Je demande	Je renonce à	Je suis non admissible à
l'assurance-vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l'assurance invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date (AAAA MM JJ) **X** Signature du client 2

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

Si le total des prêts assurés du même type est de 200 000 \$ et plus, passez à la section **INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES**. Si le total des prêts assurés du même type est de 25 000 \$ et plus et de moins de 200 000 \$, ou si vous êtes âgé de 55 ans et plus, complétez la **DÉCLARATION DE SANTÉ**. Si le total des prêts assurés du même type est de moins de 25 000 \$ et que vous avez moins de 55 ans, vous êtes assuré automatiquement, passez à la section **INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES**.

DÉCLARATION DE SANTÉ

	Client 1		Client 2																						
	Oui	Non	Oui	Non																					
<p>a) Au cours des trois (3) dernières années:</p> <ul style="list-style-type: none"> Avez-vous consulté ou été traité par un professionnel de la santé, subi un examen médical, un suivi médical, souffert ou été diagnostiqué, ou êtes-vous en investigation actuellement, pour l'un ou l'autre des problèmes de santé suivants : <table border="0"> <tr> <td>- troubles cardiaques ou des vaisseaux sanguins</td> <td>- SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ou toute autre maladie ou désordre immunologique</td> <td>- troubles du système urinaire</td> </tr> <tr> <td>- douleurs à la poitrine ou angine</td> <td>- troubles pulmonaires ou respiratoires</td> <td>- troubles des organes génitaux et des seins</td> </tr> <tr> <td>- troubles sanguins incluant cholestérol</td> <td>- troubles du foie</td> <td>- troubles neurologiques (incluant le tunnel carpien)</td> </tr> <tr> <td>- troubles de la tension artérielle</td> <td>- troubles de l'intestin</td> <td>- diabète ou intolérance au glucose</td> </tr> <tr> <td>- tumeurs ou cancer</td> <td>- troubles des reins</td> <td>- troubles psychologiques ou psychiatriques (tels que dépression, anxiété, surmenage, épuisement professionnel, etc.)</td> </tr> <tr> <td>- dystrophie musculaire</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- sclérose en plaques</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>et pour l'un des problèmes suivants, seulement si vous adhérez à l'assurance invalidité:</p> <ul style="list-style-type: none"> fibromyalgie ou fatigue chronique troubles musculaires, des articulations ou des os (tels que entorse, tendinite, bursite, capsulite, etc.) problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébrale <ul style="list-style-type: none"> Avez-vous fait usage de drogue sans ordonnance médicale 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 ? 	- troubles cardiaques ou des vaisseaux sanguins	- SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ou toute autre maladie ou désordre immunologique	- troubles du système urinaire	- douleurs à la poitrine ou angine	- troubles pulmonaires ou respiratoires	- troubles des organes génitaux et des seins	- troubles sanguins incluant cholestérol	- troubles du foie	- troubles neurologiques (incluant le tunnel carpien)	- troubles de la tension artérielle	- troubles de l'intestin	- diabète ou intolérance au glucose	- tumeurs ou cancer	- troubles des reins	- troubles psychologiques ou psychiatriques (tels que dépression, anxiété, surmenage, épuisement professionnel, etc.)	- dystrophie musculaire			- sclérose en plaques			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- troubles cardiaques ou des vaisseaux sanguins	- SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ou toute autre maladie ou désordre immunologique	- troubles du système urinaire																							
- douleurs à la poitrine ou angine	- troubles pulmonaires ou respiratoires	- troubles des organes génitaux et des seins																							
- troubles sanguins incluant cholestérol	- troubles du foie	- troubles neurologiques (incluant le tunnel carpien)																							
- troubles de la tension artérielle	- troubles de l'intestin	- diabète ou intolérance au glucose																							
- tumeurs ou cancer	- troubles des reins	- troubles psychologiques ou psychiatriques (tels que dépression, anxiété, surmenage, épuisement professionnel, etc.)																							
- dystrophie musculaire																									
- sclérose en plaques																									
b) Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été hospitalisé pour cause d'accident ou de maladie pour une période de plus de quarante-huit (48) heures consécutives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
c) Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous soumis une demande d'assurance-vie ou d'assurance maladie qui a fait l'objet d'une surprime, d'un refus ou d'une restriction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					

Si le total de vos prêts assurés du même type est de 25 000 \$ et plus et de moins de 200 000 \$ et que vous avez répondu « Non » à toutes les questions de la Déclaration de santé, vous êtes assuré automatiquement, sous réserve de la véracité des informations fournies.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES (À compléter obligatoirement par tous les clients)

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

Client 1	Choix de langue :	Client 2	Choix de langue :
<input type="checkbox"/> Jour	N° de téléphone _____ Poste _____	<input type="checkbox"/> Jour	N° de téléphone _____ Poste _____
<input type="checkbox"/> Soir	N° de téléphone _____ Poste _____	<input type="checkbox"/> Soir	N° de téléphone _____ Poste _____

DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS

JE CERTIFIE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS LA PRÉSENTE PROPOSITION, INCLUANT LA DÉCLARATION DE SANTÉ, SONT VÉRIDIQUES. JE COMPRENDS que toute omission ou fausse déclaration dans la présente déclaration entraîne automatiquement l'annulation de mon assurance.

J'ACCEPTE 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 être versée à la Banque Nationale du Canada pour être appliquée en totalité à la portion assurée de ma dette.

JE COMPRENDS qu'au cours de la période pendant laquelle des preuves d'assurabilité doivent être soumises à l'Assureur et avant la réception, chez l'Assureur, de tous les tests ou de tous les formulaires de preuve médicale requis par celui-ci, que les prestations ne sont payables que si le décès ou l'invalidité résulte d'un accident et survient dans les cent vingt (120) premiers jours suivant la date du début du versements des primes. Ce délai est de quatre-vingt-dix (90) jours si des preuves d'assurabilité n'ont jamais été soumises.

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.

J'AUTORISE l'Assureur à inclure mes nom, adresse et numéro de téléphone à sa liste nominative de clients pour prospection commerciale ou philanthropique, par lui ou toute autre personne à qui il accepte de communiquer sa liste, me réservant le droit de mettre fin à cette autorisation, en tout temps, au moyen d'une demande verbale ou écrite à l'Assureur. JE M'ENGAGE à vous aviser immédiatement, par écrit, de tout changement relatif à mes renseignements personnels afin que vous mettiez à jour vos dossiers.

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

J'AUTORISE Assurance-vie Banque Nationale à utiliser tous les renseignements qu'elle 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 COMPRENDS QUE CETTE ASSURANCE EST FACULTATIVE. JE DÉCLARE AVOIR REÇU ET AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE TOUTES LES DISPOSITIONS DE LA PRÉSENTE PROPOSITION D'ASSURANCE ET DU CERTIFICAT D'ASSURANCE INCLUANT LES EXCLUSIONS ET LES RESTRICTIONS. JE DÉCLARE AVOIR REÇU LE SOMMAIRE ET, AU QUÉBEC SEULEMENT, LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS. JE CHOISIS LA/LES PROTECTION(S) DE CETTE ASSURANCE QUI RÉPOND(ENT) LE MIEUX À MA SITUATION ET À MES BESOINS FINANCIERS.

ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ – ACCORD DE DPA DU PAYEUR

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 débits préautorisés (DPA) personnels dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessous, selon la même fréquence que le remboursement du prêt, tel que déterminé par le soussigné.

Chaque retrait correspond à un montant fixe, qui pourrait être modifié, notamment suivant la non-acceptation du prélèvement de la prime, pourvu que l'Assureur me transmette un avis écrit au moins 10 jours avant la date d'échéance du prélèvement tel que modifié ou à un montant variable, selon le produit d'assurance.

Renonciation : Je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement et je renonce à mon droit de recevoir le préavis en cas de changement du montant du prélèvement.

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. Dans le cas d'un compte conjoint, l'expression « je » utilisée dans la présente s'entend de tous les signataires.

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que l'Assureur ait reçu de ma part un préavis de sa modification ou de sa résiliation. **Je peux révoquer** mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de trente (30) jours. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.ca. **Je dégage** l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part.

Remboursement : J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord. 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 le présent Accord de DPA personnel. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Consentement à la communication de renseignements : Je consens et comprends que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé seront communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

AUTORISATION DE PAIEMENT ET RENSEIGNEMENT SUR LE COMPTE BANCAIRE

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

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

Bénéficiaire du débit préautorisé
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) _____ **X** Signature du client 1 _____

Date (AAAA MM JJ) _____ **X** Signature du client 2 _____

DÉCLARATION DU TÉMOIN

Je déclare avoir été présent lorsque cette proposition a été remplie et avoir été témoin de toutes les signatures qui y sont apposées et j'ai remis le certificat d'assurance et, au Québec seulement, j'ai remis le Sommaire.

Date (AAAA MM JJ) _____ **X** Signature de l'employé _____ Prénom et nom de l'employé _____