

Nouvelle demande

Refinancement : Ancien n° de prêt : _____

Ajout de protection

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 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 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, garant, caution ou endosseur.

Assurance maladies graves et mutilation accidentelle

- Avoir adhéré à l'assurance-vie.

Assurance invalidité

- Avoir adhéré à l'assurance-vie et
- 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 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.

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 maladies graves et mutilation accidentelle	<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 maladies graves et mutilation accidentelle	<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 les dispositions de la présente proposition ou du certificat d'assurance. Tout formulaire modifié ou incomplet sera nul.

DÉCLARATION DE SANTÉ

Instructions :

Si le total de vos prêts assurés du même type est de 50000\$ ou moins et que vous avez moins de 55ans, vous êtes assuré sans Déclaration de santé, aux conditions du certificat (voir entre autres la section *Exclusions* concernant les conditions préexistantes). Passez à la section *INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES*.

Si le total des prêts assurés du même type est de plus de 50000\$ et de moins de 200000\$, ou si vous êtes âgé de 55ans et plus, complétez la *DÉCLARATION DE SANTÉ*. Si vous répondez « Non » à toutes les questions de la Déclaration de santé, vous êtes assuré, sous réserve de l'exactitude des informations fournies et aux conditions du certificat.

Si le total des prêts assurés du même type est de 200000\$ et plus, passez à la section *INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES*. Un représentant de l'Assureur communiquera avec vous.

	Client 1		Client 2	
	Oui	Non	Oui	Non
a) Au cours des trois (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 :<ul style="list-style-type: none">troubles cardiaques ou des vaisseaux sanguinsAVC (Accident Vasculaire Cérébral)douleurs à la poitrine ou anginetroubles sanguins incluant cholestéroltroubles de la tension artérielledystrophie musculairesclérose en plaquesSIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ou toute autre maladie ou désordre immunologiquetumeur ou cancertroubles digestifstroubles du foietroubles de l'intestintroubles des reinstroubles du système urinairetroubles pulmonaires ou respiratoires (incluant apnée du sommeil)troubles des organes génitaux, de la prostate ou des seinstroubles neurologiquesdiabète ou intolérance au glucosetroubles psychologiques ou psychiatriques (incluant dépression, anxiété, trouble d'adaptation, etc.)et pour l'un des problèmes suivants, seulement si vous adhérez à l'assurance invalidité:<ul style="list-style-type: none">fibromyalgie ou fatigue chroniquetunnel carpientroubles musculaires, des articulations ou des os (incluant entorse, tendinite, bursite, capsulite, etc.)problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébraleAvez-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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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, 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"/>	<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) a 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES (À compléter obligatoirement par tous les clients)

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 :

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 COMPRENDS que l'assurance est facultative et que je peux y mettre fin en tout temps. Si j'annule l'assurance dans les trente (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.

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

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 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 que celui-ci ne rende une décision quant à mon assurabilité, les prestations reliées 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 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 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 autre organisme ou institution détenant des renseignements sur moi et mon état de santé à échanger des renseignements avec l'Assureur 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 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 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 (DPA) – ACCORD DE DPA DU PAYEUR (ADPA)

Utilisation du DPA 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 personnels dans le même compte bancaire que le remboursement du prêt ou, lorsque spécifié, dans le compte ci-dessous, afin de payer les primes d'assurances 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.

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. 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 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 Paiements 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 œuvre des règles applicables en matière de DPA. Ce consentement demeure en vigueur tant que mon autorisation est maintenue.

AUTORISATION DE PAIEMENT ET RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPTE BANCAIRE
À compléter uniquement si la prime doit être prélevée dans un autre compte que le 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

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)	<input checked="" type="checkbox"/> Signature de l'employé	Prénom et nom de l'employé
-------------------	--	----------------------------