

RAISON DE LA DEMANDE D'ASSURANCE

- Nouvelle demande de prêt Refinancement d'un prêt Banque Nationale - Indiquez le n° de prêt refinancé _____
 Ajout d'un assuré Ajout d'une nouvelle protection (vous avez déjà l'assurance vie) Intégration d'un prêt hypothécaire assuré au Tout-En-Un

À PROPOS DE VOUS

Proposant 1 _____ Sexe M F
Numéro de client (FCC) _____ Date de naissance (AAAA MM JJ)

Nom _____ Prénom _____

Adresse complète, incluant le code postal _____

Adresse électronique _____

Proposant 2 _____ Sexe M F
Numéro de client (FCC) _____ Date de naissance (AAAA MM JJ)

Nom _____ Prénom _____

Adresse complète, incluant le code postal _____

Adresse électronique _____

À PROPOS DU PRÊT QUE VOUS SOUHAITEZ ASSURER

Transit _____ Numéro de prêt _____ Montant autorisé du prêt (ou solde du prêt à l'adhésion) _____ Date d'autorisation _____

CHOIX DU MONTANT ET DU VERSEMENT ASSURÉS

Pour l'assurance vie
 Montant autorisé du prêt (ne peut excéder 1 000 000 \$) ou Montant assuré au choix : _____ (ne peut excéder ni le montant autorisé, ni 1 000 000 \$)

Pour l'assurance maladies graves et mutilation accidentelle
Montant choisi pour l'assurance vie (ne peut excéder 150 000 \$)

Pour l'assurance invalidité
 2 % du solde utilisé du prêt (ne peut excéder 3 000 \$/mois) ou Montant assuré au choix par multiple de 250 \$: _____ (ne peut excéder ni 2 % du solde utilisé, ni 3 000 \$/mois)

ADMISSIBILITÉ

Vous pouvez demander l'assurance vie si :

- vous êtes âgé de 18 à 64 ans, et
- vous êtes domicilié au Canada ou aux États-Unis, et
- vous avez obtenu un prêt de la Banque Nationale comme emprunteur, co-emprunteur, caution, garant ou endosseur du prêt.

Vous pouvez demander l'assurance maladies graves et mutilation accidentelle si :

- vous avez adhéré à l'assurance vie

Vous pouvez demander l'assurance invalidité si :

- vous avez adhéré à l'assurance-vie,
- vous avez travaillé 60 heures ou plus au cours des 4 dernières semaines, contre rémunération, ou si vous êtes travailleur autonome, vous avez généré des revenus d'emploi bruts de 10 000 \$ ou plus au cours de la dernière année financière, et
- vous pouvez confirmer que **vous n'êtes pas** au chômage, en arrêt de travail ou sans emploi et que **vous ne recevez pas** des prestations en remplacement de votre salaire (par exemple, des prestations à la suite d'un accident de travail ou en raison d'un congé parental, etc.).

Proposant 1 _____ Date du début d'emploi (AAAA MM JJ)
Nom de votre employeur actuel _____

Proposant 2 _____ Date du début d'emploi (AAAA MM JJ)
Nom de votre employeur actuel _____

DEMANDE – RENONCIATION – NON-ADMISSIBILITÉ

Proposant 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"/>

X

Date (AAAA MM JJ)

Signature Proposant 1

Proposant 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"/>

X

Date (AAAA MM JJ)

Signature Proposant 2

CONSOMMATION DE TABAC AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS**Vous devez répondre à cette question avec honnêteté et exactitude. Sinon, votre assurance sera annulée.**

Avez-vous consommé du tabac ou des produits de remplacement de la nicotine (incluant la cigarette électronique) au moins une fois au cours des 12 derniers mois ?

Proposant 1		Proposant 2	
Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASSURABILITÉ**IMPORTANT****Répondez avec honnêteté et exactitude.**

Une réponse affirmative à l'une des questions n'entraîne pas un refus automatique de couverture.

Une fausse déclaration, intentionnelle ou non, peut entraîner un refus de réclamation et une annulation de votre assurance.**En cas de doute concernant la réponse que vous devez donner, il est préférable de répondre « oui ». Un de nos représentants communiquera alors avec vous pour un questionnaire plus détaillé afin de clarifier l'information.**

Identifiez la catégorie à laquelle vous appartenez à l'aide de ce tableau :

MONTANT	ÂGE	MARCHE À SUIVRE
De 0 \$ à 150 000 \$	18 à 54 ans	Répondez aux questions de la section A) QUESTION SIMPLIFIÉE . Si au moins l'une des situations énoncées s'applique ou en cas de doute : > répondez « Oui », et > remplissez la section C) INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES ; un de nos représentants communiquera alors avec vous pour un questionnaire détaillé. Si la réponse est « Non », VOUS ÊTES ASSURÉ en fonction des informations que vous avez données et de leur exactitude. Vous n'avez pas à fournir plus de preuves de votre assurabilité.
De 0 \$ à 500 000 \$	55 ans et plus	Répondez aux questions de la section B) DÉCLARATION DE SANTÉ . En cas de doute : > cochez « oui », et > remplissez la section C) INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES ; un de nos représentants communiquera alors avec vous pour un questionnaire détaillé.
De 150 001 \$ à 500 000 \$	18 à 54 ans	
De 500 001 \$ à 1 000 000 \$	18 à 44 ans	Si vous répondez « Non » à toutes les questions de la DÉCLARATION DE SANTÉ, VOUS ÊTES ASSURÉ en fonction des informations que vous avez données et de leur exactitude. Vous n'avez pas à fournir plus de preuves de votre assurabilité.
De 500 001 \$ à 1 000 000 \$	45 ans et plus	Passez directement à la section C) INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES . Un de nos représentants communiquera avec vous pour un questionnaire détaillé.

A) QUESTION SIMPLIFIÉE	Proposant 1		Proposant 2							
Avez-vous déjà : <ul style="list-style-type: none"> • eu un cancer, fait une crise cardiaque (infarctus) ou un AVC (accident vasculaire cérébral) ; • fait une demande d'assurance vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance invalidité qui a été : <ul style="list-style-type: none"> > refusée, différée ou annulée, ou > acceptée avec une exclusion ou une surprime, OU au cours des 5 dernières années : <ul style="list-style-type: none"> • avez-vous manqué le travail pour cause d'invalidité pour une période de plus de 4 semaines consécutives ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
B) DÉCLARATION DE SANTÉ <p>a) Au cours des 3 dernières années :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous pris des médicaments ou présenté des symptômes ou êtes-vous atteint de l'un au l'autre des troubles de santé suivants ou avez-vous consulté, eu un suivi ou été traité par un médecin ou un autre professionnel de la santé pour l'un de ces troubles : <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="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="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="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 border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - fibromyalgie ou fatigue chronique - tunnel carpien </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - troubles musculaires, des articulations ou des os (incluant entorse, tendinite, bursite, épicondylite, arthrose, etc.) </td> <td style="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 drogue (incluant la marijuana) ? Avez-vous fait usage de narcotiques dépassant la posologie recommandée ? Avez-vous subi un traitement ou joint un organisme en raison de votre consommation d'alcool ? Un professionnel de la santé vous a-t-il conseillé de réduire votre consommation d'alcool ? Consommez-vous plus de 4 verres d'alcool par jour (28/semaine) ? 	<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, épicondylite, arthrose, 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, épicondylite, arthrose, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébrale 								
<p>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 ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<p>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 exclusion ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<p>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 ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Je confirme avoir pris connaissance de la Question simplifiée ou des questions de la Déclaration de santé et y avoir répondu moi-même.

X

Signature Proposant 1

Date (AAAA MM JJ)

X

Signature Proposant 2

Date (AAAA MM JJ)

C) INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES (À compléter obligatoirement par tous les clients)

Il est possible qu'un représentant d'Assurance-vie Banque Nationale communique avec vous. Veuillez indiquer le meilleur moment et le numéro de téléphone pour vous joindre.

À noter : bien que les questions de la section « Assurabilité » portent sur vos antécédents plus récents (3 à 5 ans), les questions de notre représentant pourraient porter sur une période plus étendue.

Proposant 1 Si un questionnaire détaillé est nécessaire, vous avez la possibilité de choisir la langue.

Veuillez indiquer votre préférence :

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

Proposant 2 Si un questionnaire détaillé est nécessaire, vous avez la possibilité de choisir la langue.

Veuillez indiquer votre préférence :

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

