

SOINS À DOMICILE ET ASSISTANCE

1. CHOISISSEZ VOTRE RÉGIME

Individuel
 Monoparental
 Familial

2. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom _____ Prénom _____
 Adresse _____ Ville _____
 Province _____ Code postal _____ Sexe Homme Femme Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Téléphone (_____) _____

SI VOUS OPTEZ POUR UN RÉGIME AUTRE QUE INDIVIDUEL

Nom	Prénom	Date de naissance								
Conjoint (selon le cas) _____	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J			
Enfants à charge _____	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J			
_____	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J			
_____	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J			
_____	_____	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J			

3. DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS

J'accepte d'être lié par toutes les dispositions de la police d'assurance.

Je certifie que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont véridiques et **conviens** qu'ils feront partie de la police.

Je comprends que ma police d'assurance, confirmant le niveau de protection choisi, me sera expédiée sous peu.

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 déclare avoir lu l'avis « Accès aux renseignements personnels » en page 2 du présent Formulaire d'adhésion.

Je m'engage à vous aviser dans les meilleurs délais de tout changement relatif à mes renseignements personnels afin que vous mettiez à jour vos dossiers.

J'autorise l'Assureur à porter chaque mois à mon compte indiqué en page 2, tous les montants exigibles relativement à la prime d'assurance de la présente demande.

ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ – ACCORD DE DPA DU PAYEUR PERSONNEL ENTREPRISE

Autorisation de retrait (fréquence et montant des débits): Je, soussigné(e), autorise dès maintenant l'Assureur, ses successeurs, cessionnaires éventuels ou ayants droit, à effectuer des débits préautorisés (DPA) personnels, sur une base mensuelle à partir de la perception de la prime initiale, dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessous, la date de perception de la prime initiale devant être indiquée dans le document intitulé « Confirmation de souscription aux DPA » qui me sera remis au moment de l'envoi de la police d'assurance, sous réserve de l'acceptation de ma proposition par l'Assureur.

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

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 5 jours avant le prochain prélèvement prévu, de toute modification des renseignements sur le compte bancaire et changement du jour de 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 des 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 RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPTE

CHÈQUE PRÉAUTORISÉ

Nom de l'institution financière où est détenu le compte

N° de l'institution

N° de transit

N° de compte

Adresse de la succursale

Important : Joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription.

COMPTE MASTERCARD BANQUE NATIONALE

5 2 5 8

N° de la carte

M M | A A

Date d'expiration

BÉNÉFICIAIRE DU DÉBIT PRÉAUTORISÉ

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

1100, rue University, 5^e étage, Montréal (Québec) H3B 2G7
Téléphone : 1 877 871-7500 Télécopieur : 514 394-6604

SIGNATURE

X

Signature du client

Date

A A A A | M M | J J

X

Signature du conjoint
(s'il désire s'assurer)

Date

A A A A | M M | J J

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS DE LA GARANTIE

Conditions existant avant l'entrée en vigueur du contrat

Lorsque l'assuré a reçu un avis médical ou un traitement pour une maladie ou une blessure au cours des 12 mois qui précèdent la date d'entrée en vigueur ou la date de remise en vigueur du contrat, les prestations relativement à cette même maladie ou à cette même blessure ne sont payables que 12 mois après le dernier traitement ou la dernière consultation médicale pour cette même condition. Par traitement, avis médical ou consultation médicale, on entend notamment les procédés de diagnostic et les médicaments prescrits.

Aucune prestation n'est versée pour les frais mentionnés ci-dessous, ni pour une blessure ou une maladie résultant des circonstances suivantes :

- Frais engagés à la suite d'une chirurgie ayant été recommandée à l'assuré avant l'entrée en vigueur du contrat ou frais engagés à la suite d'une hospitalisation prévue avant l'entrée en vigueur du contrat;
- Frais engagés à la suite d'une chirurgie esthétique;
- Frais qui sont remboursables en vertu de toute autre assurance ou services assurés au sens de la loi en vertu de toute loi fédérale ou provinciale ou de leurs règlements;
- Abus de médicaments ou d'alcool, ou consommation de stupéfiants;
- Tentative de suicide ou blessure volontaire, que l'assuré soit sain d'esprit ou non;
- Inhalation de gaz ou absorption de poison, volontaire ou involontaire;
- Participation active de l'assuré à un acte criminel, à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection, à une guerre ou à un fait de guerre, que celle-ci soit déclarée ou non, ou à tout autre acte belliqueux;
- Accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou de course, ou lors de la pratique d'activités subaquatiques, du vol plané ou à voile, de l'alpinisme ou du parachutisme en chute libre ou non;
- Frais engagés hors du Canada;
- Honoraires d'infirmiers auxiliaires lorsqu'il s'agit principalement de soins de soutien ou de soins donnés pour le confort du patient;
- Frais pour des soins, des traitements, des services ou des produits autres que ceux qui sont déclarés nécessaires au traitement de la blessure ou de la maladie par les professionnels de la santé concernés;
- Frais relatifs à des soins ou à des traitements expérimentaux et ceux qui sont attribuables à l'application de nouveaux procédés ou de nouveaux traitements qui ne sont pas encore utilisés couramment;
- Frais relatifs à une cure de désintoxication;
- Frais que l'assuré n'est pas tenu de payer ou frais qui n'auraient pas été exigés s'il n'avait bénéficié d'aucune assurance.

Accès aux renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, 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. Seuls les employés ou mandataires qui seront responsables de la souscription, de l'administration, des enquêtes et des demandes de règlements, ou toute autre personne que vous aurez autorisée, auront accès au dossier. Votre dossier sera détenu dans les bureaux de l'Assureur. Vous aurez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans votre dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier, en formulant une demande écrite à : Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie, Officier d'accès aux renseignements personnels, 1100, rue University, 5^e étage, Montréal (Québec) H3B 2G7.

Des questions ?

Composez sans frais le 1 800 240-8424

Région de Montréal : 514 286-8424

Un représentant du Service à la clientèle
sera heureux de vous répondre.

Postez les deux pages du

formulaire dûment remplies à :

Banque Nationale Assurances,
C.P. 910, Succ. B,
Montréal (Québec) H3B 9Z9