

Oui! Je (nous) désire (désirons) adhérer à l'Assurance **ProActif**, Protection en cas de blessure.

1 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

VOUS

VOTRE CONJOINT (S'IL ADHÈRE)

Prénom _____

Nom de famille _____

Adresse Rue App. _____

Ville Province Code postal _____

Date de naissance JJ / MM / AAAA Homme Femme

() ()
Téléphone (domicile) Téléphone (travail)

Adresse courriel (optionnel) _____

Prénom _____

Nom de famille _____

Date de naissance JJ / MM / AAAA

Homme Femme

() ()
Téléphone (domicile) Téléphone (travail)

Adresse courriel (optionnel) _____

2 VEUILLEZ CHOISIR LE NIVEAU DE PROTECTION QUI VOUS CONVIENT

Cochez une option pour chaque assuré.

VOUS

VOTRE CONJOINT (S'IL ADHÈRE)

<input type="checkbox"/> Niveau 1	8,95 \$/mois
<input type="checkbox"/> Niveau 2	16,95 \$/mois
<input type="checkbox"/> Niveau 3	23,95 \$/mois

<input type="checkbox"/> Niveau 1	8,95 \$/mois
<input type="checkbox"/> Niveau 2	16,95 \$/mois
<input type="checkbox"/> Niveau 3	23,95 \$/mois

3 DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS - Veuillez remplir et signer

En apposant ma signature en page 2, je profiterai des avantages de l'Assurance **ProActif**, Protection en cas de blessure. Ce régime est émis par Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie.

Il est entendu que ma protection entre en vigueur le jour où la compagnie reçoit le présent Formulaire d'adhésion dûment rempli et que la première prime sera prélevée de mon compte 10 jours après cette date. Je pourrai examiner la police pendant 30 jours et, si je ne suis pas entièrement satisfait, je pourrai résilier ma police durant ce délai et recevoir un remboursement des primes payées. **Je déclare** avoir pris connaissance et compris toutes les dispositions et exclusions relatives à cette couverture d'assurance incluant l'explication des troubles médicaux préexistants indiquées en page 2.

Je déclare être âgé entre 50 et 75 ans et que tous les renseignements fournis par moi, dans le présent Formulaire d'adhésion et dans le cadre de toute police d'assurance établie, sont véridiques et complets.

Je reconnais avoir lu et reçu l'avis « Accès aux renseignements personnels » en page 2 du présent Formulaire d'adhésion. **Je comprends** que mon contrat d'assurance confirmant le niveau de protection choisi me sera expédié sous peu.

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

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 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 payable en vertu 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 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, sur une base mensuelle à partir de la perception de la prime initiale. La date de perception de la prime initiale sera indiquée dans le document intitulé « Sommaire de votre police » 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 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.

