

RAISON DE LA DEMANDE D'ASSURANCE

Nouvelle demande Refinancement prêt BN - N° de l'ancien prêt _____ Ajout d'une nouvelle protection

À PROPOS DE VOUS

Nom _____ Prénom _____
Sexe M F
Date de naissance (AAAA MM JJ) _____ Numéro de client _____
Adresse complète, incluant le code postal _____
Adresse électronique _____

À PROPOS DU PRÊT QUE VOUS SOUHAITEZ ASSURER

Numéro de référence _____ Montant autorisé du prêt _____ Date d'autorisation _____

CHOIX DU MONTANT ET DU VERSEMENT ASSURÉS

Pour l'assurance vie

Montant autorisé du prêt (ne peut excéder 500 000 \$) ou Montant assuré au choix : _____ (ne peut excéder ni le montant autorisé, ni 500 000 \$)

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 2 000 \$/mois) ou Montant assuré au choix par multiple de 250 \$: _____ (ne peut excéder ni 2 % du solde utilisé, ni 2 000 \$/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 et
- vous êtes en mesure de répondre « **Oui** » aux 2 questions suivantes :

- Avez-vous travaillé 60 heures ou plus au cours des 4 dernières semaines, contre rémunération, ou si vous êtes travailleur autonome, avez-vous généré des revenus bruts de 10 000 \$ ou plus au cours de votre dernière année financière, et
- Pouvez-vous 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.) ?

Si vous répondez « Non », vous ne pouvez PAS demander l'assurance invalidité.

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom de votre employeur actuel _____

Date du début d'emploi (AAAA MM JJ) _____

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 ?

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEMANDE - RENONCIATION - NON-ADMISSIBILITÉ - SIGNATURE OBLIGATOIRE

	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)

Votre Signature (ID :1633421)

DÉCLARATION DE SANTÉ - SIGNATURE OBLIGATOIRE

Une réponse affirmative à l'une des questions n'entraîne pas un refus automatique de couverture. En cas de doute, veuillez cocher « Oui » et un représentant d'Assurance-vie Banque Nationale communiquera avec vous afin de compléter un questionnaire détaillé.

Vous devez répondre avec honnêteté et exactitude. Une fausse déclaration peut entraîner un refus de réclamation et une annulation de votre assurance.

POUR UN MONTANT ASSURÉ DE 50 000 \$ ET MOINS, SI VOUS ÊTES ÂGÉ DE MOINS DE 55 ANS

Vous êtes assuré sans avoir à fournir de preuves de votre assurabilité. Passez à la section INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES.

POUR UN MONTANT ASSURÉ DE 50 001 \$ À 500 000 \$ OU SI VOUS ÊTES AGÉ DE 55 ANS ET PLUS**DÉCLARATION DE SANTÉ**

Répondez aux questions suivantes.

Répondez « Oui » si au moins une des situations énoncées s'applique.

a) Au cours des trois 3 dernières années :

• **Avez-vous pris des médicaments ou présenté des symptômes ou êtes-vous atteint de l'un ou 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 :**

- | | | |
|---|--|--|
| - 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 |
| - AVC (Accident Vasculaire Cérébral) | - tumeur ou cancer | - troubles pulmonaires ou respiratoires (incluant apnée du sommeil) |
| - douleurs à la poitrine ou angine | - troubles digestifs | - troubles des organes génitaux, de la prostate ou des seins |
| - troubles sanguins incluant cholestérol | - troubles du foie | - troubles neurologiques |
| - troubles de la tension artérielle | - troubles de l'intestin | - diabète ou intolérance au glucose |
| - dystrophie musculaire | - troubles des reins | - troubles psychologiques ou psychiatriques (incluant dépression, anxiété, trouble d'adaptation, etc.) |
| - sclérose en plaques | | |

et pour l'un des problèmes suivants, seulement si vous adhérez à l'assurance invalidité

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| - fibromyalgie ou fatigue chronique | - troubles musculaires, des articulations ou des OS (incluant entorse, tendinite, bursite, capsulite, etc.) | - problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébrale |
|-------------------------------------|---|--|
- **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) ?**

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 ?

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 ?

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 ?

Si vous avez répondu « Oui » à au moins une des questions, passez à la section INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES. Un représentant d'Assurance-vie Banque Nationale communiquera avec vous.

Si vous avez répondu « 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.

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

Date (AAAA MM JJ)

Signature Proposant (ID :1633422)

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.

Si un questionnaire détaillé est nécessaire, vous avez la possibilité de choisir la langue. Veuillez indiquer votre préférence : _____

Jour _____
N° de téléphone _____ Poste _____

Soir _____
N° de téléphone _____ Poste _____

VOS DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS - SIGNATURE OBLIGATOIRE À LA PAGE SUIVANTE

Information que vous devez lire et comprendre

- Je peux annuler l'assurance dans les 30 jours suivant la date de signature de la proposition. Dans ce cas, l'assureur me remboursera les primes versées et l'assurance sera considérée comme n'ayant jamais existé.
- L'assurance est facultative et je peux y mettre fin en tout temps.
- Je suis lié par toutes les dispositions de la police d'assurance collective.

Autorisations pour vos renseignements personnels

- J'autorise l'assureur à utiliser tous les renseignements qu'il détient sur moi.
- J'autorise l'assureur et la Banque Nationale du Canada à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives. Je peux retirer mon autorisation en tout temps en communiquant avec l'assureur.
- Je m'engage à aviser l'assureur immédiatement, par écrit, de tout changement relatif à mes renseignements personnels afin qu'il mette mon dossier à jour.
- J'autorise tout médecin, hôpital, clinique, firme paramédicale, fournisseur, mandataire, compagnie d'assurance, le MIB Inc. (Bureau des renseignements médicaux) ou autre organisme ou institution à échanger mes renseignements avec l'assureur et ses réassureurs.
- J'autorise l'assureur ou ses réassureurs à communiquer mes renseignements au MIB Inc. (Bureau des renseignements médicaux).
- J'autorise l'assureur à communiquer mes coordonnées et celles que je pourrais fournir ultérieurement, ainsi que mes renseignements personnels et financiers, à Banque Nationale du Canada, et ses filiales pour que ces dernières puissent me transmettre des offres, informations ou invitations susceptibles de m'intéresser.
- J'autorise l'assureur à communiquer mes renseignements à ses fournisseurs lorsque des services reliés à l'assurance sont disponibles.

Adhésion au débit préautorisé (Accord de Débit Pré-Autorisé - ADPA)

Personnel Entreprise

Fréquence et montant des débits

- J'autorise l'assureur à débiter, chaque mois, les primes d'assurance du compte bancaire indiqué ci-après.
- Si aucun numéro de compte n'est indiqué dans l'espace prévu à cette fin, je comprends que les primes d'assurances seront débitées de ma marge de crédit personnelle sans autre préavis.

Autorisation de paiement et renseignement sur le compte bancaire

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

N° du compte

N° de l'institution

Transit

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

- Je peux modifier le compte de perception de mes primes d'assurance en communiquant avec l'assureur au 1 877 871-7500.
- Chaque débit correspond à un montant variable basé sur un taux de prime déterminé.

Renonciation, changements et recours

- **Je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.**
- **Je renonce à mon droit de recevoir le préavis en cas de changement du montant du débit.**
- J'informerai l'assureur, au moins 5 jours avant le prochain débit, de toute modification des renseignements sur le compte bancaire et changement du jour du débit.
- Je peux révoquer mon autorisation à tout moment avec un préavis de 30 jours. Pour toute information supplémentaire sur le processus d'annulation, je peux communiquer avec Banque Nationale, l'assureur ou encore visiter www.paiements.ca.
- 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 conforme au présent accord. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec Banque Nationale, l'assureur ou encore visiter www.paiements.ca.

VOTRE ENGAGEMENT SUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS

- Je confirme que les réponses données et les renseignements fournis dans cette proposition, incluant les sections « Admissibilité », « Consommation de tabac au cours des 12 derniers mois » et « Déclaration de santé » sont complets et exacts.
- Je comprends que toute omission ou fausse déclaration pourrait entraîner l'annulation de mon assurance.
- J'ai reçu des explications sur les protections et la procédure à suivre pour faire une demande de réclamation.
- J'ai pris connaissance de toutes les informations dans cette proposition d'assurance ainsi que du certificat d'assurance.
- Je confirme avoir reçu le sommaire et, au Québec seulement, la fiche de renseignements.
- Je comprends que cette assurance est facultative. Je choisis la/les protection(s) de cette assurance qui répond(ent) le mieux à ma situation et à mes besoins financiers.

Date (AAAA MM JJ)

Votre Signature (ID :1633431)

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. Pour une adhésion effectuée par téléphone ou nécessitant une signature électronique, j'ai donné au proposant des directives claires sur la façon de remplir et signer cette proposition. J'ai remis le sommaire et le certificat d'assurance et, au Québec seulement, la fiche de renseignements.

Date (AAAA MM JJ)

Prénom et nom de l'employé

Transit

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.