

**RAISON DE LA DEMANDE D'ASSURANCE - IMPORTANT**

- Nouvelle demande de prêt       Refinancement d'un prêt Banque Nationale - Indiquez le n° de prêt refinancé \_\_\_\_\_
- Nouvelle construction       Ajout d'une nouvelle protection (vous avez déjà l'assurance vie)       Ajout d'un assuré

**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**

Numéro de prêt \_\_\_\_\_ Transit \_\_\_\_\_ Montant autorisé du prêt (ou solde du prêt à l'adhésion) \_\_\_\_\_

**Multichoix\*** \_\_\_\_\_ Numéro de prêt \_\_\_\_\_ Numéro de prêt \_\_\_\_\_ Numéro de prêt \_\_\_\_\_

\* Toutes les tranches avec la même date de déboursé doivent être assurées avec les mêmes protections.

Date d'autorisation (AAAA MM JJ) \_\_\_\_\_ Date de déboursé prévue (AAAA MM JJ) \_\_\_\_\_

**CHOIX DU POURCENTAGE ASSURÉ**

**Prêt de 300 000 \$ et moins – Assuré à 100 % uniquement**

**Prêt de plus de 300 000 \$ – Faites un choix (Si non coché, 100 % du montant de votre prêt sera assuré)**

**Le pourcentage choisi s'applique à toutes les protections auxquelles vous adhérez. Proposant 1 et Proposant 2 peuvent choisir des pourcentages différents**

**Proposant 1**  Je choisis d'assurer 100 % du montant total de mon prêt       Je choisis d'assurer 50 % du montant total de mon prêt

**Proposant 2**  Je choisis d'assurer 100 % du montant total de mon prêt       Je choisis d'assurer 50 % du montant total de mon prêt

**VERSEMENT ASSURÉ**

Le versement assuré est le montant du versement prévu en remboursement de votre prêt hypothécaire. Si vous avez choisi un pourcentage assuré, celui-ci s'applique également au versement assuré.

**CHOIX DE LA DATE DE DÉBUT DE L'ASSURANCE**

Faites un choix. Si non coché, la date d'autorisation sera appliquée par défaut.

Date d'autorisation       Date de déboursé (Nous percevons des primes au plus tard 6 mois après la date d'autorisation)

**Nouvelle construction à débours unique seulement :**

Cochez cette case si vous voulez que l'assurance et la perception des primes débutent à la date de déboursé final du prêt. Voir le certificat à l'article 2.2.3.

**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**

Nom de votre employeur actuel

Date du début d'emploi (AAAA MM JJ)

**Proposant 2**

Nom de votre employeur actuel

Date du début d'emploi (AAAA MM JJ)

**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**

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 <b>A) QUESTION SIMPLIFIÉE</b> . <b>Si au moins l'une des situations énoncées s'applique ou en cas de doute :</b> > répondez « Oui », et > remplissez la section <b>C) INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES</b> ; un de nos représentants communiquera alors avec vous pour un questionnaire détaillé.  <b>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.</b>
De 0 \$ à 500 000 \$	55 ans et plus	Répondez aux questions de la section <b>B) DÉCLARATION DE SANTÉ</b> .  <b>En cas de doute :</b> > cochez « oui », et > remplissez la section <b>C) INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES</b> ; un de nos représentants communiquera alors avec vous pour un questionnaire détaillé.
De 150 001 \$ à 500 000 \$	18 à 54 ans	<b>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.</b>
De 500 001 \$ à 1 000 000 \$	18 à 44 ans	
De 500 001 \$ à 1 000 000 \$	45 ans et plus	Passez directement à la section <b>C) INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES</b> . Un de nos représentants communiquera avec vous pour un questionnaire détaillé.

A) QUESTION SIMPLIFIÉE	Proposant 1		Proposant 2																									
	Oui	Non	Oui	Non																								
<p>Répondez aux questions suivantes.</p> <p>Répondez « Oui » si au moins une des situations énoncées s'applique :</p> <p>Avez-vous déjà :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>eu un cancer, fait une crise cardiaque (infarctus) ou un AVC (accident vasculaire cérébral) ;</li> <li>fait une demande d'assurance vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance invalidité qui a été : <ul style="list-style-type: none"> <li>refusée, différée ou annulée, ou</li> <li>acceptée avec une exclusion ou une surprime, OU</li> </ul> </li> </ul> <p>au cours des 5 dernières années :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>avez-vous manqué le travail pour cause d'invalidité pour une période de plus de 4 semaines consécutives ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<p><b>B) DÉCLARATION DE SANTÉ</b></p> <p>a) Au cours des 3 dernières années :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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 :</li> </ul> <table border="0"> <tr> <td>- troubles cardiaques ou des vaisseaux sanguins</td> <td>- SIDA (Syndrome d'immunodéficience Acquise), VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ou toute autre maladie ou désordre immunologique</td> <td>- troubles du système urinaire</td> </tr> <tr> <td>- AVC (Accident Vasculaire Cérébral)</td> <td>- tumeur ou cancer</td> <td>- troubles pulmonaires ou respiratoires (incluant apnée du sommeil)</td> </tr> <tr> <td>- douleurs à la poitrine ou angine</td> <td>- troubles digestifs</td> <td>- troubles des organes génitaux, de la prostate ou des seins</td> </tr> <tr> <td>- troubles sanguins incluant cholestérol</td> <td>- troubles du foie</td> <td>- troubles neurologiques</td> </tr> <tr> <td>- troubles de la tension artérielle</td> <td>- troubles de l'intestin</td> <td>- diabète ou intolérance au glucose</td> </tr> <tr> <td>- dystrophie musculaire</td> <td>- troubles des reins</td> <td>- troubles psychologiques ou psychiatriques (incluant dépression, anxiété, trouble d'adaptation, etc.)</td> </tr> <tr> <td>- sclérose en plaques</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>et pour l'un des problèmes suivants, seulement si vous adhérez à l'assurance invalidité</p> <table border="0"> <tr> <td>- fibromyalgie ou fatigue chronique</td> <td>- troubles musculaires, des articulations ou des os (incluant entorse, tendinite, bursite, épicondylite, arthrose, etc.)</td> <td>- problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébrale</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>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) ?</li> </ul>	- 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			- fibromyalgie ou fatigue chronique	- troubles musculaires, des articulations ou des os (incluant entorse, tendinite, bursite, épicondylite, arthrose, etc.)	- problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 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																												
- fibromyalgie ou fatigue chronique	- troubles musculaires, des articulations ou des os (incluant entorse, tendinite, bursite, épicondylite, arthrose, etc.)	- problèmes de dos, du cou ou de la colonne vertébrale																										
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
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 ?	<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"/>																								

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 \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_  Soir \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_

Poste \_\_\_\_\_

Poste \_\_\_\_\_

Poste \_\_\_\_\_

Poste \_\_\_\_\_

**Proposant 2**

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

Veillez indiquer votre préférence : \_\_\_\_\_

Jour

\_\_\_\_\_

N° de téléphone

\_\_\_\_\_

Poste

Soir

\_\_\_\_\_

N° de téléphone

\_\_\_\_\_

Poste

**VOS DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS****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 LLC. (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 LLC (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 les primes d'assurance du compte bancaire utilisé pour le remboursement du prêt selon la même fréquence que le remboursement du prêt.
- Chaque débit correspond à un montant fixe, sauf si vous apportez des modifications aux conditions du prêt.

**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](http://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](http://www.paiements.ca).

**VOTRE ENGAGEMENT SUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS – SIGNATURE OBLIGATOIRE**

- **Je confirme que les réponses données et les renseignements fournis dans cette proposition, incluant les sections « Consommation de tabac au cours des 12 derniers mois » et « Assurabilité » 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)

**X**  
\_\_\_\_\_  
Signature Proposant 1

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA MM JJ)

**X**  
\_\_\_\_\_  
Signature Proposant 2

## 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 certificat d'assurance et le sommaire et, au Québec seulement, la fiche de renseignements.

Date (AAAA MM JJ)

Prénom et nom de l'employé (EN LETTRES MOULÉES)

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.

SPÉCIMEN