

PROPOSITION D'ASSURANCE OFFRE EXCLUSIVE AUX MEMBRES DE L'ANCAI

Siège social : Mississauga (Ontario)

PROTECTION RENOUVABLE GARANTIE DÉBUTANT LE 1^{er} JUIN 2009

► RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ASSURÉE

| | | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------|--------------------------------|---|-----------------------|
| Nom (personne à assurer) | | Prénom | | Initiale | |
| Adresse principale (rue ou route rurale) | | | | | |
| Ville | | | | Province | Code postal |
| Ind. régional | N° de téléphone au domicile | Ind. régional | N° de téléphone supplémentaire | Date de naissance | Âge |
| Adresse de courriel | | | | Ind. régional | Numéro de télécopieur |
| POUR LA PRESTATION DE DÉCÈS ACCIDENTEL SEULEMENT | | | | | |
| Nom du bénéficiaire : _____ | | Lien de parenté : _____ | | Âge: ____ Révocable : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| | | Prénom, initiale et nom | | | |
| Si vous vivez au Québec et que vous avez nommé la personne à laquelle vous êtes marié(e) ou uni(e) civilement comme bénéficiaire, cette désignation est réputée irrévocable, à moins que vous ayez indiqué que vous souhaitez qu'elle soit RÉVOCABLE. | | | | | |

► ASSURANCE INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT ET ASSURANCE HOSPITALISATION

| | PRIME MENSUELLE |
|--|---|
| ASSURANCE INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT ET ASSURANCE HOSPITALISATION POUR LES MEMBRES DE L'ANCAI | PRESTATION MENSUELLE: 1 500 \$ 71,55 \$ |

► **DÉCLARATION :** (1) Je confirme par les présentes que les renseignements fournis dans cette demande sont complets et véridiques.
(2) Je comprends et j'accepte que l'entrée en vigueur de cette protection d'assurance est conditionnelle à la souscription de cette protection par un minimum de 90% des membres de l'ANCAI et qu'à défaut l'assureur m'aviserait par écrit que cette protection d'assurance n'entrera pas en vigueur.

(3) Je comprends que si la condition mentionnée au paragraphe 2 est satisfaite la présente protection d'assurance entrera en vigueur le 1^{er} juin 2009.
(4) J'autorise l'assureur, ses représentants autorisés et ses réassureurs, aux seules fins de la gestion de mon dossier et du règlement de mes réclamations : a) à recueillir les renseignements qui sont nécessaires au règlement de mes réclamations ainsi qu'à la gestion de mon dossier auprès de toute personne physique ou morale, organisation et institution publique ou parapublique détenant des renseignements personnels me concernant, notamment auprès des professionnels de la santé et des établissements de santé, du Bureau de renseignements médicaux, des institutions financières, des compagnies d'assurance et de réassurance, des agents de renseignements personnels, des agences d'investigation ou de crédit, de mon employeur ou de mes employeurs antérieurs ; b) à ne communiquer aux dites personnes ou organismes que les renseignements personnels me concernant qui sont nécessaires à l'objet du dossier ou requis par la loi ; c) à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'originale. Cette autorisation est valide pour la durée requise à la réalisation des fins pour lesquelles elle a été demandée. Je reconnais que La Compagnie peut refuser de traiter ma réclamation si je ne donne pas plein effet à cette autorisation. (5) Je reconnais avoir pris connaissance des restrictions et exclusions applicables à cette protection d'assurance mentionnés dans le feuillet explicatif destiné aux membres de l'ANCAI.

Date : _____
Mois Jour Année

X

Signature de la personne assurée

