Protection sans frais et conseils professionnels

SERVICES-CONSEILS
Régime Protection hypothécaire

Protection (à concurrence de 300 000 $) sans rien payer, durant la période de consultation gratuite

Choisissez Vie ou Vie et Invalidité. (Impossible de choisir uniquement Invalidité)

Dites-nous comment le conseiller peut vous joindre.

EMPRUNTEURS	DATE DE NAISSANCE	PÉRIODE DE CONSULTATION GRATUITE PRIME MENSUELLE jusqu'au 30 janvier 2013	PRIME MENSUELLE à compter du 1er février 2013 VIE	AJOUT : INVALIDITÉ
Gaston Lemieux Courriel : _____@_____ Téléphone : _____	2 mai 1979	0,00 $	25,00 $ PARAFER POUR CHOISIR ☐	15,00 $ ☐
Catherine Boisvert Courriel : _____@_____ Téléphone : _____	15 mars 1981	0,00 $	18,00 $ PARAFER POUR CHOISIR ☐	15,00 $ ☐
			Prêt hypothécaire: 225 000 $	

S'il y a « AJOUT : INVALIDITÉ », la prime correspond à l'addition des deux primes (Vie et Invalidité)

Répondez aux questions médicales.

	Non	Oui	Non	Oui
1. Avez-vous déjà souffert d'une des affections suivantes ou été traité(e) pour l'une d'entre elles : trouble cardiaque, douleurs thoraciques, accident vasculaire cérébral, rétrécissement ou blocage d'une artère, anévrisme, cancer, tumeurs, troubles pulmonaires ou hépatiques incluant hépatite ou état de porteur de l'hépatite, maladie du sang, diabète, hyperglycémie modérée à jeun, troubles pancréatiques, syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie ou toute autre forme de douleur chronique, toute anomalie du système immunitaire, test de VIH positif, sida, ou vous a-t-on déjà conseillé de cesser ou de réduire votre consommation de médicaments, de drogues ou d'alcool?	☐	☐	☐	☐
2. Au cours des trois dernières années, avez-vous souffert de l'une des affections suivantes ou été traité(e) pour l'une d'entre elles : **troubles mentaux ou nerveux** (dépression, anxiété, stress, etc.), troubles neurologiques (incluant crises d'épilepsie), hypertension, troubles rénaux ou urinaires, saignements gastro-intestinaux, **maux de dos ou de genou**, arthrite, autres problèmes musculo-squelettiques ou toute autre maladie, affection, intervention chirurgicale, blessure ou anomalie congénitale non mentionnée?	☐	☐	☐	☐
3. Faites-vous présentement l'objet de tests, utilisez-vous des médicaments ou recevez-vous d'autres traitements, ou vous a-t-on conseillé de subir d'autres tests, traitements ou interventions chirurgicales, ou votre dossier a-t-il été référé à un autre médecin?	☐	☐	☐	☐
4. Au cours des douze derniers mois, avez-vous fumé une substance quelle qu'elle soit ou consommé du tabac sous une forme ou sous une autre?	☐	☐	☐	☐
5. Au cours des trois dernières années, avez-vous déjà dû vous absenter du travail pour des raisons médicales pendant au moins un mois?	☐	☐	☐	☐

Tous les emprunteurs doivent signer ci-dessous.

SIGNER _____ DATE (JJ,MM,AA) _____ SIGNER _____ DATE (JJ, MM, AA) _____

Remplissez la partie 1 ou 2 sur la perception des primes.

PARTIE 1 - Directives pour la perception des primes par prélèvement automatique sur un compte bancaire.
Annexez un chèque portant la mention « NUL » ou copiez les numéros d'un chèque ci-dessous.

Date _____

PAYEZ À L'ORDRE DE _____ _____ $

_____ DOLLARS

POUR _____ _____

NUL

⑈013⑈ ⑆01429 ⑈002⑆ 2222⑈ 11111111⑈

Numéro du chèque ☐☐☐ Numéro de la succursale ☐☐☐☐☐ Numéro de l'institution ☐☐☐ Numéro du compte ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

PARTIE 2 - Directives pour la perception des primes par débit d'une carte de crédit

☐ VISA ☐ MasterCard N° de carte ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Exp. ☐☐ / ☐☐

Signez SIGNER _____ DATE (JJ,MM,AA) _____

Des questions?
1 855 688-9755

201203