

# DEMANDE D'ADHÉSION

## Assurance hospitalisation-accident Scotia®

Client de la Banque Scotia admissible :

Établie par Scotia-Vie, compagnie d'assurance  
100, rue Yonge, bureau 400, Toronto (Ontario) M5H 1H1

### COMMENT ADHÉRER?

**Par TÉLÉPHONE.** Appelez sans frais au 1-800-361-8570. Des représentants sont à votre service du lundi au vendredi entre 8 h 30 et 19 h, HE.

**Par TÉLÉCOPIEUR.** Remplissez et signez la Demande d'adhésion et télécopiez-la sans frais à 1-800-647-8129.

**Par la POSTE.** Remplissez et signez la Demande d'adhésion ci-dessous et postez-la dans l'enveloppe pré-affranchie ci-jointe.

(Prière de corriger l'adresse au besoin.)

### CHOISISSEZ LA PROTECTION QUE VOUS DÉSIREZ SOUSCRIRE. (Cochez une seule des cases ci-dessous)

**Les primes tiennent compte de RABAIS SPÉCIAUX sur la garantie Client et conjoint et sur les montants de prestation plus élevés.**

	100 \$ par jour	150 \$ par jour	200 \$ par jour
Client seulement	<input type="checkbox"/> 5,95 \$/mois	<input type="checkbox"/> 8,50 \$/mois	<input type="checkbox"/> 10,95 \$/mois
Client et conjoint	<input type="checkbox"/> 9,95 \$/mois	<input type="checkbox"/> 14,45 \$/mois	<input type="checkbox"/> 18,55 \$/mois

(Taxe de vente en sus dans certaines provinces. La garantie est réduite de 25 % à l'âge de 65 ans et de 50 % à l'âge de 70 ans. La garantie prend fin à l'âge de 80 ans.)

#### Renseignements personnels :

Date de naissance  /  /   Homme  Femme  
mm jj aa

N° de téléphone

#### Renseignements sur votre conjoint :

(Si vous souscrivez l'assurance conjointe.)

Nom de famille

Prénom(s)

Date de naissance  /  /   Homme  Femme  
mm jj aa

#### Indiquez l'option de paiement de votre choix en cochant la case 1 ou 2, et donnez tous les renseignements requis.

**Option 1.**  Paiement tiré de votre compte épargne/chèques Scotia.

Compte n°  Succursale n°

**Option 2.**  Le paiement sera imputé à votre carte VISA\* Scotia.

Carte n°                       
(16 chiffres)

Date d'expiration de la carte VISA   /    
MM AA

Si vous choisissez l'option 1, veuillez joindre un chèque portant la mention «NUL».



**N'ENVOYEZ PAS D'ARGENT**

**Je demande par la présente** à souscrire l'Assurance hospitalisation-accident Scotia établie par Scotia-Vie, compagnie d'assurance (Scotia-Vie) pour la Banque de Nouvelle-Écosse (Banque Scotia). **Je comprends et j'accepte :** (i) que toute protection obtenue conformément à la présente formule d'adhésion, y compris, le cas échéant, la garantie de la conjointe ou du conjoint (Ma garantie) entrera en vigueur à la Date de l'attestation indiquée dans le Sommaire de l'attestation que je recevrai avec mon Attestation d'assurance, et ce, dans la mesure où mon premier paiement de prime aura été fait à cette date; (ii) que toute fausse déclaration, information trompeuse ou omission délibérée dans cette formule d'adhésion rendra Ma garantie nulle et non avenue; (iii) que les principales dispositions de Ma garantie sont décrites dans l'Attestation d'assurance, mais que Ma garantie est elle-même régie par le contrat collectif du régime d'Assurance hospitalisation-accident Scotia, lequel peut être consulté au siège social de Scotia-Vie; (iv) qu'afin d'administrer Ma garantie, la Scotia-Vie peut divulguer mes renseignements personnels à des tiers gestionnaires (dont certains peuvent se trouver à l'extérieur du Canada et être soumis à des lois locales); (v) et d'être lié par les conditions de l'Entente relative à la confidentialité des renseignements au sein du Groupe Banque Scotia, dont je recevrai copie avec ma lettre de confirmation de garantie, et qui se trouve également à l'adresse [www.banquescotia.com/confidentialite](http://www.banquescotia.com/confidentialite); (vi) et que si j'ai fait une demande de protection pour mon conjoint, je suis responsable de veiller à ce que mon conjoint ait lu, compris et accepté les conditions de l'Entente relative à la confidentialité des renseignements au sein du Groupe Banque Scotia; (vii) et que si je désire résilier cette assurance, il est entendu que je devrai en aviser Scotia-Vie par écrit.

**Je donne l'autorisation et demande** à Scotia-Vie de prélever automatiquement les primes exigibles pour cette assurance sur le compte mentionné ci-dessus.

Afin de m'assurer d'une protection ininterrompue, **je donne l'autorisation et demande** à la Banque Scotia de communiquer à Scotia-Vie tout renseignement que la Banque Scotia pourrait détenir relativement à mon nom, à mon adresse, à mon numéro de téléphone, et, s'il y a lieu, à mon numéro de compte de la Banque Scotia sur lequel sont prélevées mes primes versées à la Scotia-Vie.

**Je déclare :** (i) que les renseignements fournis à mon sujet dans cette formule d'adhésion (incluant mon âge et ma date de naissance) sont exacts et complets; (ii) que si j'ai fait une demande pour mon conjoint, les renseignements fournis à son sujet dans cette demande (incluant son âge et sa date de naissance) sont exacts et complets et que j'ai obtenu son consentement pour divulguer de tels renseignements à Scotia-Vie; que mon conjoint a lu les conditions de l'Entente relative à la confidentialité des renseignements au sein du Groupe Banque Scotia, et qu'il comprend et accepte ces conditions; (iii) et que j'ai le pouvoir d'autoriser le prélèvement de primes sur le compte bancaire ou le compte de carte de crédit indiqué plus haut.

**X**

Signature requise pour le compte

Date \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ SIGNER ET RETOURNER LA DEMANDE DANS L'ENVELOPPE FOURNIE À CETTE FIN**

<sup>MC</sup> Marque de commerce utilisée avec l'autorisation et sous le contrôle de La Banque de Nouvelle-Écosse.

<sup>®</sup> Marque déposée utilisée avec l'autorisation et sous le contrôle de La Banque de Nouvelle-Écosse.

\* VISA Int. /Usager lic. La Banque de Nouvelle-Écosse.