AMEX régime de prestations d'hospitalisation et de rétablissement

DEMANDE D'ADHÉSION

❑ **Oui, je désire adhérer au Régime de prestations d'hospitalisation et de rétablissement AMEX[MD].**

(M[me], M.) Prénom Initiale Nom de famille *(nom officiel complet en majuscules)*

Adresse (domicile) Ville

Province Code postal ( ) Téléphone (domicile) ( ) Téléphone (travail) Poste

JJ MM AAAA

Date de naissance *(OBLIGATOIRE)* Adresse électronique *(facultatif)*

Je comprends que ma couverture entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la date de réception de ma demande d'adhésion par Assurance-Vie ACE INA. Les renseignements demandés par Assurance-Vie ACE INA sur ma demande sont exigés aux fins de l'assurance pour, entre autres, traiter ma demande, gérer les primes, administrer l'assurance et enquêter sur la couverture souscrite et les demandes d'indemnité présentées. Assurance-Vie ACE INA consultera ses dossiers existants à ce sujet.

Message d'Assurance-Vie ACE INA à propos de vos renseignements personnels : de temps à autre, Assurance-Vie ACE INA peut utiliser vos renseignements personnels pour vous offrir une protection accrue ou d'autres produits et services au nom d'American Express. Si vous adhérez au régime au moyen de la présente demande et ne souhaitez pas que vos renseignements personnels soient utilisés à de telles fins, vous pouvez téléphoner à Assurance-Vie ACE INA au 1 877 534-3655 ou cocher la case suivante : □; Assurance-Vie ACE INA n'utilisera ni ne divulguera ces renseignements à des fins de marketing.

Autorisation de paiement

J'autorise le prélèvement de ma prime sur mon compte-Carte American Express.

Numéro de Carte American Express

M M A A
Date d'expiration

Signature

JJ MM AAAA
Date

CHOISISSEZ LA COUVERTURE DÉSIRÉE

❑ Individuelle ❑ Familiale

Nom du conjoint : (si vous choisissez la couverture familiale)

Date de naissance de votre conjoint : JJ MM AAAA

CHOISISSEZ LA PRIME

	Prime mensuelle – Accident seulement		Prime mensuelle – Accident et maladie	
	Jusqu'à 45 ans	Entre 45 et 64 ans	Jusqu'à 45 ans	Entre 45 et 64 ans
Individuelle	❑ 5,95 $	❑ 8,95 $	❑ 9,95 $	❑ 19,95 $
Familiale	❑ 9,95 $	❑ 16,95 $	❑ 18,95 $	❑ 38,95 $

Pour adhérer au régime, composez dès aujourd'hui le 1 877 777-1544 ou remplissez et retournez tout simplement la présente demande. Vous pouvez aussi la télécopier au 416 594-2835.

Assurance-Vie ACE INA
Régime de prestations d'hospitalisation et de rétablissement
CP 56368, succ. Brm B
Toronto (Ontario) M7Y 9C1

0905041a

CA090002