

Offre sans preuve - Régime progressif

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom	Prénom	Numéro de certificat	Numéro de contrat 24476
Adresse		Téléphone à la résidence () -	
Ville	Province	Code postal	N.A.S.
Date de naissance JOUR / MOIS / ANNÉE	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Langue de communication <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
État civil <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Autres : _____		Date JOUR / MOIS / ANNÉE	

PROTECTIONS

Votre situation		Votre choix		Date prévue de diplôme	
<input type="checkbox"/> Étudiant	Vous pouvez seulement choisir l'option Étudiants	<input type="checkbox"/> Option Étudiants	mm	aa	
<input type="checkbox"/> Résident	Vous pouvez choisir entre l'option Étudiants <u>ou</u> Résidents	<input type="checkbox"/> Option Résidents	mm	aa	

Étudiants		Résidents	
Assurance Vie	50 000 \$	Assurance Vie	150 000 \$
	50 000 \$	Assurance décès ou mutilation par accident	150 000 \$
Assurance décès ou mutilation par accident		Assurance Invalidité (carence 90 jours)	2 500 \$
Assurance Invalidité (carence 90 jours)	1 000 \$	Prime mensuelle	18 \$
Prime mensuelle	10 \$		
Gratuit première année			
Gratuit 2 ans si achète assurance auto ou habitation			

Sous-total mensuel	\$
Taxes 9%	\$
Total mensuel	\$

AUTORISATION DE RETRAIT BANCAIRE

PAR LA PRÉSENTE J'AUTORISE DALE PARIZEAU MORRIS MACKENZIE À DÉDUIRE DE MON COMPTE DÉCRIT SUR LE SPÉCIMEN CI-JOINT LE MONTANT DE LA PRIME MENSUELLE.

Signature du ou des détenteur(s) du compte

SI VOUS PAYEZ ANNUELLEMENT, VEUILLEZ JOINDRE UN CHÈQUE À L'ORDRE DE DALE PARIZEAU MORRIS MACKENZIE AU MONTANT TOTAL ANNUEL.

BÉNÉFICIAIRE OU SUCCESSION

Je désigne comme bénéficiaire (au décès)

Succession de l'adhérent(e) ou Conjoint(e) Conjoint(e) - Fils - Filles
 Frère - soeur Père - mère
 Fils - Filles Autres

Nom(s) _____

Bénéficiaire révocable Bénéficiaire irrévocable

Au Québec seulement : en l'absence de choix à la désignation, celle du conjoint légal est irrévocable et celle de tout autre bénéficiaire est révocable

SIGNATURE

Par la présente, je demande à Dale Parizeau Morris Mackenzie d'émettre un certificat pour les protections et garanties demandées. Toutes les conditions, stipulations, dispositions et droits énoncés dans le régime "OMNIMAX" font partie intégrante du contrat. L'encaissement ou montant accompagnant la présente ne constitue pas une preuve de l'acceptation du risque. De plus, je reconnais avoir gardé copie du présent formulaire. Je sais qu'une fausse déclaration ou une réticence peut entraîner la nullité du contrat.

DALE PARIZEAU MORRIS MACKENZIE

DATE

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT