

Sommaire des garanties

PLAN HYPOTHÉCAIRE

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOTE : Il est important de remplir cette section (1) à l'écran avant d'imprimer le formulaire.

EMPRUNTEUR

Nom

Prénom

Sexe

 M

 F

Date de naissance

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
JOUR	MOIS	ANNÉE	ÂGE

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'HYPOTHÈQUE

ADRESSE DE LA PROPRIÉTÉ HYPOTHÉQUÉE

Adresse

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N°	RUE	APP.	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

Nombre de logements (s'il y a lieu)

Y a-t-il un commerce dans l'immeuble?

 Oui Non

Si oui, veuillez fournir des détails :

IDENTIFICATION DU CRÉANCIER (PRIVÉ OU INSTITUTION FINANCIÈRE)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM	TÉLÉPHONE	TÉLÉCOPIEUR

Adresse

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N°	RUE	BUREAU	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL

DÉTAILS DU PRÊT
 Prêt hypothécaire

 Marge de crédit hypothécaire

 \$
MONTANT INITIAL DU PRÊT
 \$
VERSEMENT MENSUEL
 (Capital, intérêts et taxes foncières si incluses)

Terme du prêt

 1 an

 2 ans

 3 ans

 4 ans

 5 ans

 Autre

Veuillez joindre une copie de l'entente hypothécaire.

Période d'amortissement

NOMBRE D'ANNÉES

Date du prêt

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
JOUR	MOIS	ANNÉE

Date d'admissibilité

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
JOUR	MOIS	ANNÉE

Date de la fin du terme

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
JOUR	MOIS	ANNÉE

3. PLAN HYPOTHÉCAIRE

EMPRUNTEUR

 Non-fumeur

 Fumeur

			SOMME ASSURÉE (\$)	PRIME MENSUELLE (\$)
Vie hypothécaire				
Invalidité hypothécaire				
Résidence principale <input type="checkbox"/> Option A : Durée 24 mois <input type="checkbox"/> Option B : Durée du prêt	Résidence secondaire <input type="checkbox"/> Option A : Durée 24 mois	Immeuble à revenus de 8 logements ou moins <input type="checkbox"/> Option A : Durée 24 mois <input type="checkbox"/> Option B : Durée du prêt		
Prime totale				\$

COEMPRUNTEUR

 Non-fumeur

 Fumeur

			SOMME ASSURÉE (\$)	PRIME MENSUELLE (\$)
Vie hypothécaire				
Invalidité hypothécaire				
Résidence principale <input type="checkbox"/> Option A : Durée 24 mois <input type="checkbox"/> Option B : Durée du prêt	Résidence secondaire <input type="checkbox"/> Option A : Durée 24 mois	Immeuble à revenus de 8 logements ou moins <input type="checkbox"/> Option A : Durée 24 mois <input type="checkbox"/> Option B : Durée du prêt		
Prime totale				\$
Prime mensuelle totale (Emprunteur et coemprunteur)				\$
Prime annuelle = prime mensuelle x 12				\$

La personne à assurer demande qu'une police soit établie par l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada conformément aux garanties choisies dans le présent document. Ce document fera partie de la proposition d'assurance.

Signé à

VILLE

ce

JOUR

MOIS

20

ANNÉE

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT

^{MD} Marque déposée de l'Association canadienne des Croix Bleue, une association de Croix Bleue indépendantes, utilisée sous licence par l'Association d'Hospitalisation Canassurance.

^{®*} Marque déposée de l'Association canadienne des Croix Bleue, une association de Croix Bleue indépendantes, utilisée sous licence par l'Association d'Hospitalisation Canassurance. ^{®*} Blue Shield est une marque déposée de Blue Cross Blue Shield Association.

