



Pour obtenir plus de renseignements au sujet de cette demande, composez le 1-888-689-9876

Veuillez envoyer cette demande par télécopieur au 416-487-0251

www.faceforward.ca

INFORMATION CONCERNANT L'EMPRUNTEUR/DEMANDEUR

NOTE: LE DEMANDEUR, LORSQUE MARIÉ, PEUT FAIRE UNE DEMANDE POUR L'OBTENTION D'UN COMPTE SÉPARÉ.

Demandeur Primaire <input type="checkbox"/>		Si cosignataire, donnez le nom du demandeur:			Vous Contactez Avant de Télécopier? Oui <input type="checkbox"/>	
Cosignataire: <input type="checkbox"/>					Non <input type="checkbox"/>	
Facultatif M. <input type="checkbox"/>	Prénom & Initiale(s):			Nom:		
Mme. <input type="checkbox"/>	Mlle. <input type="checkbox"/>					
No. de Téléphone Résidentiel:		Autre No. de Téléphone (Jour):		No. de Télécopieur:		Courriel:
Adresse Actuelle:		Apt#:	Ville:	Prov.:	Code Postal:	Depuis combien de temps à cette adresse?
Propriétaire Locataire <input type="checkbox"/>	Loyer ou hypothèque mensuel: \$	Hypothécaire:	NAS (Facultatif au Québec):	No. de permis de conduire (Facultatif au Québec):	Date de Naissance: JJ / MM / AA	
Profession:		Employeur Actuel (Nom de Compagnie):	Personne-ressource:	No. de Téléphone de L'Employeur:		Durée d'emploi?:
Temps Plein <input type="checkbox"/>	Temps Partiel <input type="checkbox"/>	Retraité <input type="checkbox"/>	Revenu Mensuel Brut: \$	Revenu Mensuel Net: \$	Autres Revenus (Précisez): \$	
Travailleur Autonome <input type="checkbox"/>		Étudiant <input type="checkbox"/>		Si Travailleur Autonome, indiquez le Nom de votre Source de Revenu / Nom de votre Comptable:		
No. de Téléphone de votre Comptable:						
Nom de Banque:		Adresse de la Succursale:		No. de Téléphone:		Chèques <input type="checkbox"/> Épargne <input type="checkbox"/> No. de Compte:

INFORMATION CONCERNANT LE COSIGNATAIRE/PARTIE À ÊTRE COMPLÉTÉE SI APPLICABLE

Facultatif M. <input type="checkbox"/>		Prénom & Initiale(s):			Nom:		
Mme. <input type="checkbox"/>		Mlle. <input type="checkbox"/>					
No. de Téléphone Résidentiel:		Autre No. de Téléphone (Jour):		No. de Télécopieur:		Courriel:	
Adresse Actuelle:		Apt#:	Ville:	Prov.:	Code Postal:	Depuis combien de temps à cette adresse?	
Propriétaire Locataire <input type="checkbox"/>	Loyer ou hypothèque mensuel: \$	Hypothécaire:	NAS (Facultatif au Québec):	No. de permis de conduire (Facultatif au Québec):	Date de Naissance: JJ / MM / AA		
Profession:		Employeur Actuel (Nom de Compagnie):	Personne-ressource:	No. de Téléphone de L'Employeur:		Durée d'emploi?:	
Temps Plein <input type="checkbox"/>	Temps Partiel <input type="checkbox"/>	Retraité <input type="checkbox"/>	Revenu Mensuel Brut: \$	Revenu Mensuel Net: \$	Autres Revenus (Précisez): \$		
Travailleur Autonome <input type="checkbox"/>		Étudiant <input type="checkbox"/>		Si Travailleur Autonome, indiquez le Nom de votre Source de Revenu / Nom de votre Comptable:			
No. de Téléphone de votre Comptable:							
Nom de Banque:		Adresse de la Succursale:		No. de Téléphone:		Chèques <input type="checkbox"/> Épargne <input type="checkbox"/> No. de Compte:	

Dès que cette demande de financement aura été approuvée, nous contacterons votre médecin ou votre centre médical. Si vous souhaitez obtenir une réponse immédiate ou désirez nous faire part d'instructions ou d'informations particulières, veuillez nous l'indiquer dans l'espace prévu ci-après :

Conformément au code criminel du Canada, si vous obtenez du crédit sous un faux prétexte, ou avec une fausse déposition, vous êtes coupable d'une offense criminelle.

Je/Nous sommes intéressé(s) par le programme facultatif d'assurance vie et infirmité accidentelle des créanciers. Je/Nous comprenons que ce n'est pas nécessaire pour obtenir un crédit. Le programme d'assurance vie des créanciers, protège mon/nôtre compte pour la balance du taux de l'emprunt, à être payé au complet, si l'emprunteur mourrait. Le programme d'infirmité accidentelle me/nous couvre pour les montants mensuels si l'emprunteur deviendrait infirme à cause d'un accident. Le prix de l'assurance sera ajouté à mon/nôtre emprunt selon la formule suivante : \$1.50 pour \$100.00 par année pour l'assurance simple et \$2.70 pour \$100.00 par année pour l'assurance conjointe. Pour plus d'information, contactez Medicard®. Cette assurance est garantie par "La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie". *Valide seulement pour le programme de prêt.

Si vous êtes propriétaire d'une compagnie et vous êtes intéressés à déduire 100% de vos dépenses médicales, cocher ici pour plus d'information.

TERMES ET CONDITIONS

Je comprends que les renseignements identifiés ci-dessus (l'information rassemblée) visent à faciliter l'obtention de financement des services financiers Medicard Inc. (Medicard). Ils s'avèrent exacts et complets. J'autorise par les présentes et j'accepte la collection de l'information rassemblée et que Medicard, ses successeurs et attributaires fassent n'importe quelles investigations de crédit, d'emploi et de salaire jugées nécessaires s'il le faut de temps en temps, et le partage, ou l'échange de l'information rassemblée et n'importe rapport à ce sujet pour ces intentions avec toutes compagnies de crédit et par Medicard, ses successeurs et attributaires ou toutes autres compagnies avec qui j'ai ou propose d'avoir une relation financière. Ce consentement est donné pour se conformer aux conditions de la législation applicable des rapports de crédit.

X _____ Date _____ X _____ Date _____
Signature du cosignataire (seulement si applicable)

\$ _____ Montant de financement requis _____
Date approximative du procédé _____
Durée du prêt 6 mois 1 an 2 ans 3 ans 4 ans

_____ Nom du Patient _____
_____ Nom de la clinique et nom du médecin _____
_____ No. de téléphone de la clinique _____

Cocher ici en cas d'urgence

