

FORMULAIRE DE DEMANDE DE FINANCEMENT

Cocher ici en cas d'urgence.



INFORMATION CONCERNANT L'ENPRUNTEUR / DEMANDEUR

Mme. <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mlle. <input type="checkbox"/>	Prénom & Initiale(s):			Nom:	Date de naissance: (JJ/MM/AA)
No. de téléphone résidentiel:	Autre No. de téléphone (jour):		No. de portable:	Courriel:	
Adresse actuelle:		Apt:	Ville:	Prov.:	Code postal:
					Depuis combien de temps à cette adresse?
Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/>	Loyer ou hypothèque mensuel: \$	Créancier hypothécaire:	NAS (Facultatif):	No. de permis de conduire (Facultatif au Québec):	
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"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/>	Revenu mensuel brut: \$		Autres revenus (précisez): \$		
Si travailleur autonome, indiquez le nom de votre source de revenu / Nom de votre comptable:					No. de téléphone de votre comptable:
Veuillez procurer deux références personnelles	#1 Prénom:	Nom:		No. de téléphone:	
	#2 Prénom:	Nom:		No. de téléphone:	

INFORMATION CONCERNANT LE COSIGNATAIRE (A remplir si applicable)

Mme. <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mlle. <input type="checkbox"/>	Prénom & Initiale(s):			Nom:	Date de naissance: (JJ/MM/AA)
No. de téléphone résidentiel:	Autre No. de téléphone (jour):		No. de portable:	Courriel:	
Adresse actuelle:		Apt:	Ville:	Prov.:	Code postal:
					Depuis combien de temps à cette adresse?
Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/>	Loyer ou hypothèque mensuel: \$	Créancier hypothécaire:	NAS (Facultatif):	No. de permis de conduire (Facultatif au Québec):	
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"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/>	Revenu mensuel brut: \$		Autres revenus (précisez): \$		
Si travailleur autonome, indiquez le nom de votre source de revenu / Nom de votre comptable:					No. de téléphone de votre comptable:
Veuillez procurer deux références personnelles	#1 Prénom:	Nom:		No. de téléphone:	
	#2 Prénom:	Nom:		No. de téléphone:	

Je suis/Nous sommes intéressé(s) par le programme facultatif d'assurance vie et infirmité accidentelle des créanciers. Je comprends/Nous comprenons que ce n'est pas nécessaire pour obtenir un crédit. Le programme d'assurance vie des créanciers, protège mon/nôtre compte pour le solde du taux de l'emprunt, à être payé au complet, en cas de décès de l'emprunteur. Le programme d'infirmité accidentelle me/nous couvre pour les montants mensuels si l'emprunteur devenait 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, contacter iFinance. 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 recueillie) visent à faciliter l'obtention de financement des services financiers iFinance Canada Inc. ("iFinance"). Ils s'avèrent exacts et complets. J'autorise par les présentes et j'accepte la collecte de l'information recueillie et que iFinance, ses successeurs et attributaires fassent n'importe quelles investigations de crédit, d'emploi et de salaire jugées nécessaire 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 iFinance, ses successeurs et attributaires ou toutes autres compagnies avec qui j'ai ou me propose d'avoir une relation financière. Ce consentement est donné pour se conformer aux conditions de la législation applicable sur les rapports de crédit.

LIRE LES TERMES ET CONDITIONS CI-DESSOUS ET SIGNER SI VOUS ACCEPTEZ LES CONDITIONS.

Si vous êtes approuvé, iFinance va contacter votre médecin.

X _____ Date _____ X _____ Date _____
Signature du demandeur Signature du cosignataire

_____ Date approximative du procédé
Nom du patient

\$ _____
Montant de financement requis

_____ Nom du centre de traitement médical ou du médecin

S.V.P. choisir:

Prêt
 6 mois 1 an 2 ans 3 ans 4 ans 5 ans

or
 Carte de crédit renouvelable
 (i.e. pour les montants de moins de 200\$. Voir termes ci-dessous)

ENTENTE ET CONSENTEMENT RELATIFS A L'UTILISATION D'INFORMATIONS PERSONNELLES

Pour la demande d'une carte de crédit iFinance Medical

J'accepte cette lettre en tant que notification écrite de IFINANCE CANADA INC. ("IFINANCE") ses filiales, des fournisseurs de service et conseillers professionnels recevant, divulguant, échangeant et utilisant toute information personnelle me concernant pour les raisons énumérées ci - dessous.

IFINANCE, ses filiales et fournisseurs de service sont autorisés à utiliser toute information personnelle relative à mon compte ou à moi-même afin :

- a) D'établir, maintenir ou administrer mon compte ;
- b) De déterminer ma capacité à obtenir les produits, les biens et services offerts par IFINANCE, ses filiales, et certains fournisseurs de service, incluant le contrôle de mes antécédents d'achat ainsi que l'évaluation de l'état de mon crédit ;
- c) De déterminer l'adéquation des avantages du compte, les services ou les améliorations, et/ou toute autre offre de service intéressante pour moi ;
- d) De promouvoir et de lancer sur le marché des produits supplémentaires, des biens et services offerts par IFINANCE, ses filiales, et certains fournisseurs de service, y compris par les moyens du commercialisation directe ;
- e) De se conformer aux exigences juridiques et réglementaires.
- f) Pour toute autre raison ne contrevenant pas aux lois en vigueur.

Par la présente, j'autorise également toute personne contactée à ce sujet, de fournir une telle information. Je reconnais que mon consentement pour « l'utilisation d'information personnelle » comprend les clauses suivantes :

- a) IFINANCE sous condition que le détaillant accepte la carte pour laquelle je fais la demande (« le détaillant ») avec la décision de IFINANCE relativement à cette demande et si ma demande de carte est acceptée, mon numéro de compte et toute autre information que le détaillant peut raisonnablement exiger;
- b) Le détaillant fournissant à IFINANCE des renseignements relatifs à tout programme de fidélisation ou de récompense offert par ce détaillant ou ledit programme de fidélisation ou de récompense est administré par IFINANCE et l'obtention, l'échange de la dite information par IFINANCE.

Le crédit sera ouvert par IFINANCE après acceptation de la demande et je demande à ce qu'un compte de carte me soit attribué ainsi que tout renouvellement ou remplacement qui en découle. Toute information fournie par moi-même en liaison avec cette demande est sincère, complète et véridique.

Dans cette perspective d'entente et de consentement : « l'information personnelle » signifie : toute information relative à l'individu et autorise cet individu à être identifié. Afin d'évaluer ma demande de crédit et de continuer à contrôler la situation de mon crédit, et pour les raisons énumérées ci-dessous (la «nécessité de création du fichier »), j'autorise la création d'un fichier contenant des informations relatives à la situation de mon crédit ainsi que d'autres informations personnelles.

Les personnes qui auront accès à ces informations sont : uniquement les employés de IFINANCE et ses filiales dont les attributions concernent l'évaluation et la solvabilité des demandeurs, les demandes de crédit, le contrôle, le traitement des paiements ainsi que des sujets relatifs à la gestion du fichier.

Je comprends que je peux vous demander d'arrêter d'utiliser mes informations personnelles dans le but de promouvoir et de lancer sur le marché des produits supplémentaires, des biens et services offerts par IFINANCE, ses filiales et ses fournisseurs de service. Je consens à ce que mon numéro d'Assurance Sociale soit utilisé comme un moyen de m'identifier auprès des agences de renseignement de crédit et d'autres agences pour la comparaison d'antécédents de crédit ainsi que pour d'autres raisons administratives.

Je consens également à ce que les informations personnelles me concernant soient conservées aussi longtemps que l'on en aura besoin pour les raisons décrites ci - dessus, même après que j'ai cessé d'être un client de IFINANCE. J'ai le droit de signifier à IFINANCE, à ses filiales et à ses fournisseurs de service d'arrêter d'utiliser et / ou d'échanger des informations à mon propos afin de lancer sur le marché, leurs produits et services.

Je consens à ce que pendant la durée de tout emprunt ou de facilité de crédit, je m'engage à ne pas retirer mon consentement sur la collecte de renseignements en cours, l'utilisation ou la divulgation de mes informations personnelles concernant l'emprunt ou la facilité de crédit qui m'a été accordée. De plus, afin d'assurer l'exacititude et le bon fonctionnement du système de contrôle du crédit, je consens spécifiquement à la divulgation continue d'informations personnelles auprès des agences de renseignement de crédit, même après l'expiration de l'emprunt ou de la facilité de crédit et je promets de ne pas retirer un tel consentement.

Comment faire
une demande

Envoyez votre demande
par Télécopieur au :
1-888-689-9862

Visitez notre site internet pour
remplir une demande en ligne :
ifinancemedical.com

Composez le **1-888-689-9876**
pour faire une demande
par Téléphone