

Proposition d'assurance pour Emporte-moi^{MC} Assurance-vie

Section 1 : Renseignements sur le proposant

Nom de famille	Prénom	Initiale	Homme	Femme
Adresse du domicile	N° d'unité/appartement	Ville		
Province	Code postal	Date de naissance JJ/MM/AAAA	Âge	J'atteste que je suis : Fumeur Non-fumeur*
Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)	N° de membre Costco		

Renseignements sur le conjoint (si vous demandez la couverture du conjoint)

Nom de famille	Prénom	Initiale	Homme	Femme
Adresse du domicile	N° d'unité/appartement	Ville		
Province	Code postal	Date de naissance JJ/MM/AAAA	Âge	J'atteste que je suis : Fumeur Non-fumeur*
Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)			

*Le statut de non-fumeur s'applique aux personnes qui n'ont pas fait usage de tabac ou de produits de désaccoutumance au tabac, y compris les e-cigarettes et les produits de vapotage, au cours des 12 derniers mois. Le statut de fumeur ou de non-fumeur est déterminé lorsque votre couverture est approuvée.

Section 2 : Montant d'assurance demandé

Je désire souscrire le régime Emporte-moi^{MC} Assurance-vie :

Proposant

Veillez indiquer le montant de couverture demandé :
Couverture de 25 000 \$ à 200 000 \$ offerte.

\$

Conjoint

Veillez indiquer le montant de couverture demandé :
Couverture de 25 000 \$ à 200 000 \$ offerte.

\$

Au titre du régime Emporte-moi Assurance-vie, vous êtes admissible à un montant d'assurance égal ou inférieur au montant de votre assurance-vie collective.

Proposant : Couverture existante

Veillez fournir des renseignements sur votre régime d'assurance-vie collective actuel ou qui a cessé récemment :

Nom de l'employeur	Montant d'assurance-vie
Compagnie d'assurance	Date de cessation de l'assurance JJ/MM/AAAA
Numéros de groupe et d'identification	

Avez-vous l'intention de remplacer une couverture existante (autre que celle dont vous bénéficiez au titre d'un régime d'assurance collective offert par un employeur) par la présente assurance? Oui Non

Si vous avez répondu « oui », veuillez ne pas résilier votre couverture maintenant. En effet, une déclaration ou un formulaire de remplacement peut être exigé. Avant de remplir le reste de la proposition, veuillez communiquer avec nous au 1 866 707-4922. Il est possible que nous ne soyons pas en mesure d'établir un contrat d'assurance s'il s'agit d'un remplacement.

Conjoint : Couverture existante

Veillez fournir des renseignements sur votre régime d'assurance-vie collective actuel ou qui a cessé récemment :

Nom de l'employeur	Montant d'assurance-vie
Compagnie d'assurance	Date de cessation de l'assurance JJ/MM/AAAA
Numéros de groupe et d'identification	

Avez-vous l'intention de remplacer une couverture existante (autre que celle dont vous bénéficiez au titre d'un régime d'assurance collective offert par un employeur) par la présente assurance? Oui Non

Si vous avez répondu « oui », veuillez ne pas résilier votre couverture maintenant. En effet, une déclaration ou un formulaire de remplacement peut être exigé. Avant de remplir le reste de la proposition, veuillez communiquer avec nous au 1 866 707-4922. Il est possible que nous ne soyons pas en mesure d'établir un contrat d'assurance s'il s'agit d'un remplacement.

Section 3 : Renseignements sur le bénéficiaire

Bénéficiaire(s) de la couverture du proposant :

Par la présente, je désigne la ou les personnes nommées comme bénéficiaires dans la présente proposition pour recevoir toute prestation de décès payable au titre de la couverture souscrite. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les prestations seront versées à la succession.

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| 1. Nom de famille | Prénom |
| Lien avec vous, le proposant | % de la prestation |
| 2. Nom de famille | Prénom |
| Lien avec vous, le proposant | % de la prestation |

Si votre bénéficiaire est mineur lorsque la prestation devient exigible, cette prestation sera consignée au tribunal ou au curateur public, à moins qu'un fiduciaire n'ait été nommé. En désignant un fiduciaire ci-dessous, vous reconnaissez que si le bénéficiaire est mineur à la date de versement de la prestation, celle-ci sera versée au fiduciaire, lequel la gardera en fiducie jusqu'à la majorité du bénéficiaire.

Fiduciaire :

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| 1. Nom de famille | Prénom |
| Lien avec le bénéficiaire | % de la prestation |

Résidents du Québec seulement :

Au Québec, si vous désignez un bénéficiaire qui a moins de 18 ans lorsque le capital-décès devient exigible, le capital-décès sera versé au tuteur ou à l'administrateur du bénéficiaire; aucun fiduciaire ne peut être nommé. La désignation d'un conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, sauf indication contraire. (Cochez la case ci-dessous si la désignation est révoicable.)

Par la présente, je déclare et stipule que la désignation de bénéficiaire faite dans le présent formulaire est révoicable.

Bénéficiaire(s) de la couverture du conjoint :

Conformément au contrat d'assurance collective, le proposant est d'office bénéficiaire de la couverture d'assurance vie temporaire et de décès accidentel du conjoint, à moins qu'il ne désigne un bénéficiaire qui recevra les prestations. Seul le proposant a le droit de désigner un bénéficiaire et peut le faire ci-après s'il le souhaite.

Par la présente, je (le proposant) désigne la ou les personnes nommées ci-après pour recevoir tout capital-décès payable au titre de la couverture souscrite. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les prestations seront versées au proposant.

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| 1. Nom de famille | Prénom |
| Lien avec le conjoint | % de la prestation |
| 2. Nom de famille | Prénom |
| Lien avec le conjoint | % de la prestation |

Si votre bénéficiaire est mineur lorsque la prestation devient exigible, cette prestation sera consignée au tribunal ou au curateur public, à moins qu'un fiduciaire n'ait été nommé. En désignant un fiduciaire ci-dessous, vous reconnaissez que si le bénéficiaire est mineur à la date de versement de la prestation, celle-ci sera versée au fiduciaire, lequel la gardera en fiducie jusqu'à la majorité du bénéficiaire.

Fiduciaire :

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| 1. Nom de famille | Prénom |
| Lien avec le bénéficiaire | % de la prestation |

Résidents du Québec seulement :

Au Québec, si vous désignez un bénéficiaire qui a moins de 18 ans lorsque le capital-décès devient exigible, le capital-décès sera versé au tuteur ou à l'administrateur du bénéficiaire; aucun fiduciaire ne peut être nommé. La désignation d'un conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, sauf indication contraire. (Cochez la case ci-dessous si la désignation est révoicable.)

Par la présente, je déclare et stipule que la désignation de bénéficiaire faite dans le présent formulaire est révoicable.

Une copie, une télécopie, une copie numérisée ou une image de la désignation de bénéficiaire figurant dans la présente demande est aussi valide que l'original.

Section 4 : Renseignements sur les paiements

Par la présente, j'autorise / nous autorisons Manuvie à prélever une somme correspondant à la prime initiale, soit, \$, ainsi que les primes subséquentes sur le compte indiqué ci-dessous :

Compte bancaire (prélèvement automatique) – mensuellement

Important : Nous avons besoin d'un chèque portant la mention « NUL » aux fins de vérification.

Pour présenter une proposition en toute sécurité avec votre carte de crédit, appelez nos conseillers en assurance autorisés au **1 866 707-4922** ou **am_info@manulife.ca**.

Par souci de commodité, si vous optez pour le paiement par prélèvement automatique ou par carte de crédit, vos prochaines primes seront réglées d'office selon ce mode de paiement.

Renseignements sur les prélèvements automatiques sur le compte (PAC) et autorisation

Nom du titulaire du compte	Institution financière			
Adresse				Ville
Numéro du compte bancaire	Numéro de domiciliation			
Type de compte :	Compte-chèques personnel	Compte-chèques/d'épargne	Compte d'épargne	Compte courant
	Compte de dépôt direct	Autre		

Comptes conjoints : S'agit-il d'un compte conjoint au titre duquel une seule signature est requise? Oui Non

Si plus d'une signature est requise pour les prélèvements sur le compte, les deux titulaires du compte doivent signer la présente autorisation.

Comptes d'épargne véritable : Comme l'approbation de mon/notre institution financière est requise pour les paiements préautorisés à partir des comptes d'épargne véritable, j'ai/nous avons pris les dispositions nécessaires pour permettre les prélèvements sur mon/notre compte. J'ai/Nous avons joint à la présente un bordereau de prélèvement portant le timbre d'approbation de mon/notre institution financière et attestant que les montants exigibles peuvent être prélevés sur mon/notre compte d'épargne véritable.

Paiement par prélèvement automatique sur le compte (PAC)

Par la présente, j'autorise/nous autorisons Manuvie à faire un prélèvement sur mon/notre compte bancaire afin de couvrir les primes d'assurance exigibles à la date à laquelle je signe/nous signons la présente autorisation ou après cette date.

La somme prélevée sur mon/notre compte peut varier, conformément aux dispositions de mon/notre contrat d'assurance et selon les exigences relatives à l'administration de mon/notre contrat. **Je renonce/Nous renonçons au droit de recevoir tout autre avis relatif au montant ou à la date de chaque prélèvement automatique sur mon/notre compte.** Si la banque ou l'institution financière n'honore pas un prélèvement mensuel automatique à la date prévue, Manuvie pourra tenter d'effectuer de nouveau ce prélèvement au cours des 30 jours suivants. Manuvie se réserve le droit de demander qu'un autre mode de paiement soit utilisé si le prélèvement est refusé. Tout prélèvement ponctuel ou automatique sur mon/notre compte bancaire sera traité comme un retrait personnel selon la définition de Paiements Canada dans sa Règle H-1.

La présente entente peut être résiliée en tout temps moyennant l'envoi par Manuvie ou par moi/nous d'un préavis écrit de 10 jours. Il est entendu qu'en cas de résiliation de la présente autorisation de prélèvement automatique, l'assurance pourrait prendre fin, à moins que Manuvie ne reçoive le paiement sous une autre forme.

Vous pouvez obtenir un formulaire de résiliation en communiquant avec votre institution financière ou en visitant le site de Paiements Canada, à l'adresse www.paiements.ca. Si vous avez des questions au sujet des prélèvements sur votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous par téléphone au 1 866 707-4922, par courriel à l'adresse am_info@manulife.ca ou par la poste à l'adresse Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

Vous disposez de certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente entente. Vous avez, par exemple, le droit d'être remboursé en cas de prélèvement non autorisé ou non conforme à la présente entente. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou de plus amples renseignements au sujet de vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez le site de Paiements Canada, à l'adresse www.paiements.ca.

Signature du titulaire du compte _____ Date JJ/MM/AAAA

Deuxième signature (s'il s'agit d'un compte conjoint) _____ Date JJ/MM/AAAA

Adresse du titulaire du compte (s'il n'est pas le proposant)

Information concernant MIB, LLC

Nous estimons que les renseignements contenus dans votre proposition sont confidentiels. Cependant, Manuvie ou ses réassureurs chargés de votre contrat peuvent faire un rapport à MIB, LLC en se basant sur votre demande, ou à d'autres sociétés d'assurance auxquelles vous soumettez une proposition d'assurance vie, maladie ou maladies graves ou auxquelles une demande de règlement a été présentée. MIB, LLC est un organisme à but non lucratif mis sur pied par les sociétés d'assurance vie pour partager des renseignements avec ses membres. Si vous soumettez une proposition d'assurance ou une demande de règlement à une société membre, MIB, LLC communiquera tout renseignement qu'il possède à votre sujet dans ses dossiers. Vous pouvez vérifier les renseignements contenus dans votre dossier, et exiger une rectification s'il y a lieu, en communiquant avec MIB, LLC à l'adresse suivante :

MIB, LLC

330 University Avenue, Suite 501

Toronto (Ontario) M5G 1R7

Téléphone : 416 597-0590

Télécopieur : 416 597-1193

Courriel : canada_disclosure@mib.com

Avis relatif aux renseignements fournis à Costco

Le membre et son conjoint savent et acceptent que Manuvie communique à Costco Wholesale Canada Ltd. (« Costco ») les renseignements figurant dans les sections « Renseignements sur le membre » et « Renseignements sur le conjoint » ci-dessus, ainsi que des copies de toute plainte, tout commentaire ou toute remarque importante qu'ils pourraient de temps à autre formuler à Manuvie. Costco utilisera ces renseignements pour évaluer le niveau de satisfaction de sa clientèle à l'égard des services offerts par Manuvie et pour aviser le membre et son conjoint de tout changement apporté aux services.

Déclaration relative aux renseignements personnels

À Manuvie, la protection de vos renseignements personnels et le respect de votre vie privée nous tiennent à cœur.

« Nous », « notre », « nos » renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers aux sociétés affiliées et filiales.

Pourquoi recueillons-nous, utilisons-nous et divulguons-nous de vos renseignements personnels?

Dans le but d'établir et de gérer notre relation avec vous, de vous fournir des produits et des services, d'administrer nos activités et de respecter les exigences légales et réglementaires.

Quels renseignements personnels recueillons-nous?

Selon le produit ou le service, nous recueillons des renseignements personnels précis à votre sujet, notamment :

- des renseignements permettant d'établir votre identité, comme votre nom, votre adresse, vos numéros de téléphone, votre adresse de courriel, votre date de naissance, votre numéro de permis de conduire, votre numéro de passeport ou votre numéro d'assurance sociale (NAS);
- des renseignements financiers, des rapports d'enquête, des rapports d'évaluation du crédit ou des rapports de solvabilité;
- des renseignements sur la façon dont vous utilisez nos produits et services, ainsi que des renseignements sur vos préférences, caractéristiques démographiques et champs d'intérêt;
- des renseignements sur les services bancaires et l'emploi;
- des renseignements médicaux que toute organisation ou personne possède à votre sujet;
- toute analyse qui peut être nécessaire aux fins de tarification;
- d'autres renseignements personnels dont nous pourrions avoir besoin pour administrer vos produits et services et gérer notre relation avec vous.

Nous utilisons des moyens honnêtes et licites pour recueillir des renseignements personnels à votre sujet.

Où recueillons-nous des renseignements personnels à votre sujet?

Selon le produit ou le service, nous recueillons des renseignements personnels auprès de ces sources :

- les demandes et formulaires que vous avez remplis;
- d'autres interactions entre vous et nous;
- d'autres sources, notamment :
 - votre conseiller ou vos représentants autorisés;
 - des tiers avec lesquels nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de vos produits ou services maintenant et dans l'avenir;
 - des sources publiques, comme les organismes gouvernementaux, les agences d'évaluation du crédit et les sites Internet;
 - des institutions financières;
 - votre employeur ou votre promoteur de régime et ses agents autorisés, conseillers et fournisseurs de services de régime;
 - MIB, LLC (anciennement Medical Information Bureau);
 - les professionnels de la santé, notamment les médecins praticiens, les établissements de soins de santé, les pharmacies et tout autre établissement médical.

À quelles fins utilisons-nous vos renseignements personnels?

Selon le produit ou le service, nous utiliserons vos renseignements personnels pour :

- administrer les produits et services que nous vous fournissons et gérer notre relation avec vous;
- confirmer votre identité et vérifier l'exactitude des renseignements que vous nous fournissez;
- évaluer votre demande;
- respecter les exigences légales et réglementaires;
- en apprendre davantage sur vous et sur la manière dont vous préférez faire affaire avec nous;
- analyser des données pour prendre des décisions et mieux comprendre nos clients afin d'améliorer les produits et les services que nous fournissons;
- mener des audits et des enquêtes, et vous protéger contre la fraude;
- déterminer votre admissibilité à d'autres produits et services qui sont susceptibles de vous intéresser, et vous fournir des précisions sur ces produits et services;
- automatiser le traitement pour nous aider à prendre des décisions concernant vos interactions avec nous, comme les demandes, les approbations ou les refus.

À qui communiquons-nous vos renseignements?

Selon le produit ou le service, nous communiquons vos renseignements personnels :

- aux personnes, institutions financières, réassureurs et autres parties avec lesquelles nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de votre produit ou service maintenant et dans l'avenir;
- aux employés, agents et représentants autorisés;
- à votre conseiller et à ses employés, et à toute agence qui a signé une entente avec nous et qui dispose du droit de superviser, directement ou indirectement, votre conseiller et ses employés;
- votre employeur ou votre promoteur de régime et ses agents autorisés, conseillers et fournisseurs de services de régime;
- à toute personne ou à toute organisation à qui vous avez donné votre consentement;
- aux personnes autorisées par la loi à consulter vos renseignements personnels;
- aux fournisseurs de services qui ont besoin de ces renseignements pour nous fournir leurs services (par exemple des services de traitement des données, de programmation, de stockage des données, d'étude de marché, d'impression, de distribution, de soins paramédicaux et d'enquête);
- à votre médecin;
- aux autorités de santé publique, au besoin.

Sauf lorsqu'il y a des restrictions contractuelles, les personnes, organisations et fournisseurs de services susmentionnés se trouvent au Canada et dans des territoires à l'étranger. Par conséquent, vos renseignements personnels peuvent faire l'objet de transferts interprovinciaux ou transfrontaliers afin de vous fournir des services et sont ainsi soumis aux lois de ces territoires.

Lorsque nous transmettons des renseignements personnels à nos fournisseurs de services, nous exigeons qu'ils les protègent de façon conforme à nos politiques et pratiques en matière de protection des renseignements personnels.

Retrait de votre consentement

Vous pouvez retirer votre consentement à notre utilisation de vos renseignements personnels à certaines fins, sous réserve des restrictions juridiques et contractuelles.

Vous ne pouvez pas retirer votre consentement à ce que nous recueillons, utilisons, communiquons ou divulguons les renseignements personnels qui nous sont nécessaires pour émettre ou administrer vos produits et services. Si vous le faites, il se peut que nous ne puissions pas vous fournir les produits ou services demandés ou que nous traitons le retrait de votre consentement comme une demande de résiliation ou refus du produit ou du service.

Si vous souhaitez retirer votre consentement, veuillez téléphoner à notre Centre de service à la clientèle au **1 877 268-3763**, ou écrire au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse indiquée ci-dessous.

Exactitude

Vous nous informerez de tout changement apporté à vos coordonnées. Si vos renseignements personnels ont changé ou si vous devez corriger des inexactitudes dans vos renseignements personnels dans nos dossiers, vous pouvez contacter **1 877 268-3763**.

Accès

Vous avez le droit de consulter les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet, d'en vérifier l'exactitude et au besoin d'y faire apporter les corrections appropriées. Vous pouvez envoyer vos demandes à : **Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, P.O. Box 1602, Del Stn 500-4-A, Waterloo, Ontario N2J 4C6** ou à Canada_Privacy@manulife.ca.

Pour en savoir plus, consultez notre [politique de protection des renseignements personnels de la Division canadienne de Manuvie](#). Veuillez noter qu'il est impossible de garantir la protection des communications par courriel. Ne nous envoyez pas de renseignements de nature confidentielle par courriel.

Déclaration et autorisation – Veuillez lire attentivement avant de signer.

Je/Nous soussigné(s), le(s) proposant(s), fais/faisons par les présentes une demande d'assurance à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Je reconnais/Nous reconnaissons que les déclarations aux présentes sont vraies et complètes, et qu'associées à tout autre formulaire signé par moi-même/nous-mêmes relativement à la présente proposition, elles constituent la base de toute police émise en vertu des présentes. Je comprends/Nous comprenons que toute présentation erronée des faits, y compris une erreur sur le statut de fumeur, entraînera la nullité de l'assurance sur l'instance de l'assureur. Un suicide dans les deux années qui suivent la date d'effet de la protection n'est pas assuré. Je comprends/Nous comprenons que certaines exclusions et restrictions s'appliquent à la couverture demandée, y compris les exclusions relatives aux affections préexistantes. Je reconnais/Nous reconnaissons que l'assurance prendra effet à la date à laquelle Manuvie recevra ma/notre proposition dûment remplie et la première prime, sous réserve de l'approbation des tarificateurs de la Compagnie.

En ce qui concerne l'assurance demandée, je soussigné/nous soussignés, la personne/les personnes à assurer, autorise/autorisons par la présente les médecins agréés, les praticiens, les hôpitaux, les pharmacies, les cliniques ou d'autres établissements médicaux, les sociétés d'assurance, MIB LLC, l'administrateur du contrat collectif, le promoteur du régime d'assurance, les organismes d'enquête et de sécurité, les mandataires, les courtiers ou les intermédiaires de marché, les organismes d'État ou les autres organismes ou personnes possédant des dossiers ou des renseignements sur moi/nous ou mon/notre état de santé à fournir les renseignements en question à Manuvie ou à ses réassureurs, aux fins de la présente proposition, du contrat ou de toute demande de règlement subséquente.

J'autorise/Nous autorisons Manuvie à consulter ses dossiers existants à cette fin. J'autorise/nous autorisons Manuvie à conserver un dossier personnel sur moi/nous et sur ma/notre couverture d'assurance.

Par les présentes, j'autorise/nous autorisons la (les) personne(s) désignée(s) comme bénéficiaire(s) à recevoir les prestations payables à mon/notre décès. J'ai lu et compris/Nous avons lu et compris la Déclaration relative aux renseignements personnels, et je confirme que j'en accepte/nous confirmons que nous en acceptons le contenu.

Une photocopie de la présente autorisation est réputée avoir la même validité que son original.

Signature du proposant _____ Signé à _____ Ville (Province) _____ Date JJ/MM/AAAA

Signature du conjoint _____ Signé à _____ Ville (Province) _____ Date JJ/MM/AAAA

Veuillez envoyer la proposition dûment remplie à l'adresse suivante :

Poste :
Manuvie
P.O. Box 670
Stn Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4B8

Messagerie :
Manuvie
500 King Street
Marchés des groupes à affinités, Affaires nouvelles
Poste de livraison 500-GB
Waterloo (Ontario) N2J 4C6

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec Manuvie au **1 866 707-4922**.



Emporte-moi^{MC} Assurance-vie est établie par **La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie)**.

Manuvie, le M stylisé, et Manuvie & M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisées par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.

© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2023. Tous droits réservés.

Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Rendez-vous à l'adresse manuvie.ca/accessibilite pour obtenir de plus amples renseignements.