

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

Régime d'assurance parrainé par Ingénieurs Canada :

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE COLLECTIVE

Section 1 : Renseignements sur le proposant

Le proposant est :

Ingénieur	Étudiant en génie	Technicien/Technologue	Titulaire d'un permis restreint	Géologue/Géoscientifique
Architecte	Employé permanent à temps plein de l'association		Membre en formation	Titulaire d'un permis provisoire

Nom de l'association provinciale ou territoriale :

Numéro de membre :

Nom de famille	Prénom	Initiale	Homme	Femme
Adresse du domicile	N° d'unité/appartement	Ville		
Province	Code postal			
Date de naissance JJ/MM/AAAA	Lieu de naissance (province, pays)		Fumeur	Non-fumeur*
N° de téléphone principal	Courriel			
Emploi				
Êtes-vous travailleur autonome? Oui Non Si « oui », veuillez décrire la nature de vos activités et vos tâches :				

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

Nom de famille du conjoint	Prénom	Homme	Femme
Date de naissance du conjoint JJ/MM/AAAA	Lieu de naissance (province, pays)	Fumeur	Non-fumeur*
Emploi du conjoint (si travailleur autonome, veuillez décrire la nature des activités et des tâches) :			
N° de téléphone principal			

*Les taux non-fumeurs s'appliquent aux personnes qui n'ont pas fait usage de produits du tabac ou de produits de désaccoutumance au tabac, sous quelque forme que ce soit, y compris les cigarettes électroniques, au cours des 12 derniers mois.

Section 2 : Je demande l'assurance pour la première fois

Assurance vie temporaire (La couverture maximale est de 1 500 000 \$.)

Proposant Veuillez indiquer le montant de couverture demandé, en tranches de 25 000 \$:

\$ MONTANT DE COUVERTURE
(plus 50 000 \$ ajoutés automatiquement**)

NOUVELLE offre spéciale de lancement : Couverture additionnelle de 50 000 \$ sans frais pendant un maximum de deux ans, sous réserve des critères d'admissibilité** (nous ajouterons automatiquement 50 000 \$ de couverture sans frais).

Ajouter la garantie Prolongation de l'assurance? Oui Non

Uniquement offerte au moment de la souscription initiale de l'assurance vie temporaire. Veuillez consulter la brochure pour en savoir plus.

Conjoint Veuillez indiquer le montant de couverture demandé, en tranches de 25 000 \$:

\$ MONTANT DE COUVERTURE

Ajouter la garantie Prolongation de l'assurance? Oui Non

Uniquement offerte au moment de la souscription initiale de l'assurance vie temporaire. Veuillez consulter la brochure pour en savoir plus.

** Pour être admissibles, sans frais, à l'offre d'assurance vie temporaire additionnelle de 50 000 \$ pendant un maximum de deux ans, les membres doivent répondre aux critères d'admissibilité à l'assurance vie temporaire parrainée par Ingénieurs Canada : être âgés de 18 à 65 ans, demander pour la première fois une assurance vie temporaire parrainée par Ingénieurs Canada et ne pas s'être vu refuser antérieurement une couverture d'assurance vie temporaire de Manuvie, ainsi que demander une couverture d'assurance vie temporaire d'au moins 25 000 \$. L'offre s'adresse uniquement aux membres (elle ne concerne pas la couverture du conjoint). Les nouveaux demandeurs admissibles obtiendront d'office une couverture d'assurance vie temporaire supplémentaire de 50 000 \$, exempte de primes, pendant une période maximale de deux ans. Après cette période, nous communiquerons avec les membres pour déterminer s'ils souhaitent conserver la couverture additionnelle de 50 000 \$. Afin de conserver la couverture après l'expiration de la période d'exonération des primes, les membres devront alors payer les primes exigibles. Si nous ne recevons pas de réponse, l'assurance vie temporaire additionnelle de 50 000 \$ prendra fin.

Protection Accidents graves (Veuillez indiquer le montant de couverture demandé. Couverture de 25 000 \$ à 750 000 \$ offerte.)

Proposant :

Handicap grave	Jusqu'à 200 000 \$	Jusqu'à 400 000 \$	Jusqu'à 600 000 \$	Jusqu'à 800 000 \$	Jusqu'à 1 000 000 \$
Décès accidentel	25 000 \$	50 000 \$	75 000 \$	100 000 \$	125 000 \$
Votre prime mensuelle	1,50 \$	3,00 \$	4,50 \$	6,00 \$	7,50 \$

Conjoint :

Handicap grave	Jusqu'à 200 000 \$	Jusqu'à 400 000 \$	Jusqu'à 600 000 \$	Jusqu'à 800 000 \$	Jusqu'à 1 000 000 \$
Décès accidentel	25 000 \$	50 000 \$	75 000 \$	100 000 \$	125 000 \$
Votre prime mensuelle	1,50 \$	3,00 \$	4,50 \$	6,00 \$	7,50 \$

Section 2 : Montant d'assurance demandé (suite)

Assurance vie et accidents des enfants (La prime mensuelle couvre tous vos enfants à charge admissibles.)

Handicap grave	Jusqu'à 100 000 \$	Jusqu'à 200 000 \$	Jusqu'à 300 000 \$	Jusqu'à 400 000 \$	Jusqu'à 500 000 \$
Décès accidentel	5 000 \$	10 000 \$	15 000 \$	20 000 \$	25 000 \$
Votre prime mensuelle	1,17 \$	2,34 \$	3,51 \$	4,68 \$	5,85 \$

Proposant : Couverture existante

Avez-vous une assurance vie en vigueur ou à l'étude auprès de Manuvie ou d'une autre compagnie? Oui Non

Si « oui », veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de la compagnie d'assurance	Assurance individuelle ou d'entreprise		Montant de couverture	Prévoyez-vous remplacer cette couverture?	
	Individuelle	Entreprise		Oui	Non
	Individuelle	Entreprise	\$	Oui	Non
	Individuelle	Entreprise	\$	Oui	Non
	Individuelle	Entreprise	\$	Oui	Non

Remarque : S'il s'agit d'un remplacement de couverture, ne résiliez pas votre couverture existante avant d'avoir reçu et examiné votre nouveau contrat d'assurance. Une déclaration ou un formulaire de remplacement peut être exigé, et nous pourrions ne pas être en mesure d'établir un contrat d'assurance dans le cas d'un remplacement.

Conjoint : Couverture existante

Avez-vous une assurance vie en vigueur ou à l'étude auprès de Manuvie ou d'une autre compagnie? Oui Non

Si « oui », veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de la compagnie d'assurance	Assurance individuelle ou d'entreprise		Montant de couverture	Prévoyez-vous remplacer cette couverture?	
	Individuelle	Entreprise		Oui	Non
	Individuelle	Entreprise	\$	Oui	Non
	Individuelle	Entreprise	\$	Oui	Non
	Individuelle	Entreprise	\$	Oui	Non

Remarque : S'il s'agit d'un remplacement de couverture, ne résiliez pas votre couverture existante avant d'avoir reçu et examiné votre nouveau contrat d'assurance. Une déclaration ou un formulaire de remplacement peut être exigé, et nous pourrions ne pas être en mesure d'établir un contrat d'assurance dans le cas d'un remplacement.

Section 3 : Renseignements sur le bénéficiaire (assurance vie temporaire et assurance décès accidentel)

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 révocable.)

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

Section 3 : Renseignements sur le bénéficiaire (assurance vie temporaire et assurance décès accidentel) (suite)

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 proposant | % de la prestation |
| 2. Nom de famille | Prénom |
| Lien avec 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 révocable.)

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

Remarque : Les désignations de bénéficiaires ci-dessus ne s'appliquent qu'à la couverture supplémentaire souscrite. La désignation de bénéficiaire pour la couverture déjà en vigueur restera telle quelle. 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 financiers

- | | |
|--|----|
| Proposant : Quel est votre revenu gagné annuel net, déduction faite des frais, mais avant impôt? | \$ |
| Conjoint : Quel est votre revenu gagné annuel net, déduction faite des frais, mais avant impôt? | \$ |
| Proposant et conjoint : À combien s'élève votre avoir net combiné (actif moins passif)? | \$ |

Section 5 : Vos renseignements personnels

Veuillez répondre à toutes les questions et donner des précisions pour toutes les personnes à assurer.

Si l'espace est insuffisant, veuillez utiliser une feuille distincte dûment signée et datée.

Avez-vous :

- | 1. Déjà présenté une demande d'assurance qui a été refusée ou acceptée moyennant une modification ou l'imposition d'une surprime?
Si « oui », veuillez donner des précisions, y compris la date, le nom de la société et la raison : | <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Proposant</th><th colspan="2">Conjoint</th></tr><tr><th>OUI</th><th>NON</th><th>OUI</th><th>NON</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="4" style="height: 400px;"></td></tr></tbody></table> | Proposant | | Conjoint | | OUI | NON | OUI | NON | | | | |
|---|--|-----------|-----|----------|--|-----|-----|-----|-----|--|--|--|--|
| Proposant | | Conjoint | | | | | | | | | | | |
| OUI | | NON | OUI | NON | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 2. a) Au cours des cinq dernières années, été accusé ou déclaré coupable de conduite imprudente ou dangereuse, ou votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué?
Si « oui », veuillez fournir des précisions, y compris le nombre d'accusations et de condamnations, ainsi que la date de la dernière condamnation. En cas de suspension ou de révocation du permis de conduire, veuillez préciser la date à laquelle il a été suspendu ou révoqué : | | | | | | | | | | | | | |
| b) Au cours des deux dernières années, été accusé ou condamné pour avoir commis au moins deux infractions au Code de la route (par exemple, excès de vitesse, omission de s'arrêter, infraction relative au port de la ceinture de sécurité, distraction au volant ou défaut de se soumettre à l'alcootest)?
Si « oui », veuillez préciser la nature de toute infraction, la ou les dates, ainsi que le numéro du permis de conduire et la province qui l'a émis : | | | | | | | | | | | | | |
| 3. L'intention de piloter un aéronef, de faire de la plongée autonome, du parachutisme, du deltaplane, de la course automobile ou de l'alpinisme, ou de pratiquer toute autre activité dangereuse?
Si « oui », veuillez préciser le type d'activité pratiquée et les dates : | | | | | | | | | | | | | |

Proposant		Conjoint	
OUI	NON	OUI	NON

- | Proposant | | Conjoint | |
|-----------|-----|----------|-----|
| OUI | NON | OUI | NON |
| | | | |

Veuillez répondre à toutes les questions et fournir les précisions ci-après, ou joindre une feuille distincte dûment signée et datée.

Taille (en pi et po ou en cm) : _____ Poids (en lb ou en kg) : _____

Votre poids a-t-il subi une variation de plus de 10 lb (4,5 kg) au cours des douze derniers mois? Oui Non

Si « oui » : Gain (en lb ou en kg) : _____ Perte (en lb ou en kg) : _____

Raison du changement : _____

Nom du médecin

Numéro de téléphone du médecin

Date et raison de la dernière consultation :

Résultat de la dernière consultation et traitement ou médicament prescrit, le cas échéant :

4

Section 7 : Vos renseignements médicaux

IMPORTANT : Dans la présente section, toute référence aux tests, aux résultats de tests ou aux examens exclut les tests génétiques. Par « test génétique », on entend un test qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes à des fins telles que la prédiction d'une maladie ou des risques de transmission verticale, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

1. Avez-vous déjà eu des symptômes ou été traité pour l'un des troubles suivants :

Proposant		Conjoint	
OUI	NON	OUI	NON

- a) **Trouble touchant le cœur ou les vaisseaux sanguins**, notamment : angine, caillots sanguins, maladie cardiaque, pontage coronarien ou angioplastie, maladie cérébrovasculaire, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), douleurs thoraciques, essoufflement, crise cardiaque, souffle cardiaque, palpitations, hypertension, hypercholestérolémie, circulation déficiente, enflure des chevilles ou autres?
- b) **Trouble lié au nez, à la gorge ou aux poumons**, notamment : asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), bronchite chronique ou récidivante, emphysème, sarcoïdose, apnée du sommeil, tuberculose ou autres?
- c) **Trouble abdominal**, notamment : cirrhose, colite, maladie de Crohn, diverticulite, hémorragie gastro-intestinale, reflux gastro-intestinal, hépatite (active ou à l'état de porteur), syndrome du côlon irritable, maladie du foie, pancréatite, ulcère ou autres?
- d) **Trouble lié aux reins, à la vessie ou aux organes reproducteurs**, notamment : résultat anormal du test Pap, infection urinaire, calcul rénal, néphrite, fibromes, polykystose rénale, autre trouble des reins ou de la vessie, autre trouble de l'appareil reproducteur ou maladie transmise sexuellement, ou autres?
- e) **Trouble mammaire**, notamment : résultats anormaux à la suite d'une mammographie ou d'une biopsie, kystes, bosses ou autres changements physiques, ou autres?
- f) **Trouble touchant le système cérébral ou nerveux**, notamment : étourdissements, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques, engourdissements ou fourmillements, évanouissements ou syncope, épilepsie, tremblements, vertiges, paralysie ou autres?
- g) **Trouble visuel ou auditif**, notamment : cécité, vision trouble, surdité, glaucome, trouble de l'ouïe, trouble de la vue, labyrinthite, névrite optique, acouphène ou autres?
- h) **Trouble de santé mentale**, notamment : dépression, angoisse, stress, épuisement professionnel, tentative de suicide, idées suicidaires, troubles émotifs ou alimentaires, ou autres?
- i) **Trouble sanguin ou glandulaire**, notamment : diabète (y compris le diabète gestationnel et l'intolérance au glucose), glycémie anormale, anémie, prédisposition aux hémorragies, goutte, hémophilie, troubles des ganglions lymphatiques, troubles de la thyroïde ou autres troubles endocriniens, ou autres?
- j) **Trouble lié aux muscles, aux os et aux articulations**, notamment : fatigue chronique, douleur chronique, fibromyalgie, dystrophie musculaire, polyarthrite rhumatoïde ou arthrose, paralysie ou faiblesse, blessure ou trouble liés aux muscles, aux os, aux articulations ou à la colonne vertébrale causant des limitations ou des restrictions physiques, ou autres?
- k) **Affection cutanée**, notamment : carcinome basocellulaire, nævus dysplasique, syndrome du nævus dysplasique, lésions, taches de rousseur ou grains de beauté qui ont changé de dimension ou de couleur ou qui ont saigné, psoriasis, dermatite, nævus ou autres?
- l) **Trouble touchant le système immunitaire**, notamment : VIH, sida, hypertrophie généralisée des glandes lymphatiques, test révélant une exposition possible au VIH ou au virus du sida, ou autres?
- m) **Cancer**, kystes, bosses, polypes ou tumeurs?
- n) **Toute autre maladie ou affection** non mentionnée ci-dessus, ou préoccupation ou symptôme pour lequel vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement?

2. Si vous êtes une femme :

a) Êtes-vous enceinte?

Si « oui », veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement, ainsi que le nom et l'adresse de votre obstétricien ou gynécologue :

b) Quel était votre poids avant la grossesse?

(en lb ou en kg)

c) Avez-vous souffert de complications durant votre grossesse? Si « oui », veuillez donner des précisions :

3. Au cours des deux dernières années :

- a) Avez-vous eu un résultat anormal de mammographie, de dosage de l'antigène prostatique spécifique ou de tout autre test ou de toute autre investigation?
- b) Avez-vous consulté un spécialiste, vous êtes-vous fait prescrire des médicaments, avez-vous subi un autre traitement ou avez-vous été suivi (counseling) pour un autre trouble qu'une affection bénigne (rhume, grippe, etc.)?
- c) Vous a-t-on recommandé de subir une investigation plus approfondie, de voir un autre médecin ou de subir une intervention chirurgicale?
- d) Êtes-vous actuellement incapable d'accomplir toutes les fonctions normales de votre emploi habituel en raison d'une blessure ou d'une maladie?

Si vous avez répondu « oui » à toute partie des questions 1, 2 et 3, veuillez fournir des précisions ci-après :

N° de la question	Nom du proposant	Nature du trouble	Date et durée	Traitement et état actuel (S'il n'y en a aucun, inscrivez « aucun ».)	Médecin traitant ou hôpital

Section 7 : Vos renseignements médicaux (suite)

Antécédents médicaux familiaux

4. A-t-on diagnostiqué chez votre père, votre mère, l'un de vos frères ou l'une de vos sœurs l'une des affections suivantes :
- a) maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral ou cancer avant l'âge de 60 ans?
 - b) chorée de Huntington, polykystose rénale ou autre affection rénale (sauf les calculs rénaux), maladie de Parkinson, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig) ou autre maladie du motoneurone, diabète, hépatite ou rétinite pigmentaire?

Proposant		Conjoint	
OUI	NON	OUI	NON

Si vous avez répondu « Oui » à la question a) ou b) ci-dessus, veuillez donner des précisions ci-après.

Nom du proposant	Membre de la famille	Affection (en cas de cancer, précisez le type)	Âge au début de l'affection	Âge au décès et cause, s'il y a lieu

Assurance des enfants (À remplir si vous demandez l'assurance pour vos enfants)

Si l'adresse de l'enfant est différente de celle du proposant, veuillez fournir :

Nom et adresse du médecin de chaque enfant

Date de la dernière consultation JJ/MM/AAAA Raison de la dernière consultation

Traitement, médicaments prescrits (s'il n'y en a aucun, indiquez « aucun »)

Au cours de la dernière année, un enfant a-t-il perdu plus de cinq livres (2,25 kg)? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de l'enfant et la raison de la perte de poids :

Nom de l'enfant		Sexe	Date de naissance	Taille (en pieds et po ou en cm)	Poids (en lb ou en kg)
Prénom	Nom de famille				
		H F	JJ/MM/AAAA		
		H F	JJ/MM/AAAA		
		H F	JJ/MM/AAAA		
		H F	JJ/MM/AAAA		

Résidents du Québec seulement :

Si vous envoyez votre Déclaration de santé séparément à Manuvie, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom du proposant Prénom Initiales Téléphone

Section 8 : Renseignements sur les paiements

Mensuellement par prélèvement automatique sur le compte (PAC) – veuillez joindre un chèque portant la mention « NUL »
Veuillez remplir la section A ci-dessous.

Annuellement par chèque (libellé à l'ordre de Manuvie)

	\$ X	+	=	\$
Prime mensuelle totale	Nbre de mois à courir jusqu'au 1 ^{er} avril (mois courant exclu)	Taxe de vente provinciale (s'il y a lieu)	MONTANT PAYABLE LE 1^{ER} AVRIL PROCHAIN	

Pour présenter une demande d'adhésion en toute sécurité avec votre carte de crédit, appelez nos conseillers en assurance autorisés au **1 877 598-2273** et/ou visitez le site **manuvie.com/ingenieursVIE**.

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 paiements

Section A : En cas de paiement par prélèvement automatique sur le compte (PAC)

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.

Autorisation de paiement pour les options de paiement par prélèvement automatique sur le compte (PAC)

Par la présente, j'autorise/nous autorisons Manuvie à faire des prélèvements mensuels sur mon/notre compte bancaire à la date à laquelle les primes d'assurance sont exigibles ou après que j'ai signé/nous avons signé la présente autorisation. 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 un préavis de dix (10) jours relatif au montant et 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 trente (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 dix (10) jours. Il est entendu qu'en cas de résiliation de la présente entente 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 1 877 598-2273, par courriel à l'adresse am_service@manuvie.com 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.

Nom du titulaire du compte _____ Signature du titulaire du compte _____

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

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 recueillions, utilisions, communiquions ou divulguions 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.

Par la présente, je soussigné (le proposant) soumet une proposition d'assurance à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

J'atteste/Nous attestons que les déclarations contenues dans la présente proposition et la Déclaration de santé qui y était jointe à l'origine sont véridiques et complètes. Il est entendu que la présente proposition, ainsi que tout autre formulaire signé par moi/nous relativement à celle-ci, constitue la base de tout certificat établi au titre de la présente. La ou les personnes à assurer conviennent que toute fausse déclaration sur des faits importants, notamment une déclaration erronée quant au statut de fumeur, pourra entraîner l'annulation de l'assurance par l'assureur.

Il est entendu que des exclusions et des restrictions s'appliquent à la couverture demandée. Le suicide survenant dans les deux premières années n'est pas couvert. En ce qui concerne l'assurance demandée, je soussigné/nous soussignés, la personne/les personnes à assurer ou le parent ou tuteur/les parents ou tuteurs de la personne à assurer, si elle est mineure, 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, ou sur l'état de santé d'un membre de ma/notre famille à assurer conformément à la présente demande, à fournir les renseignements en question à Manuvie ou à ses réassureurs, aux fins de la présente demande, du contrat et 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 obtenir un rapport de solvabilité et/ou un rapport sur le consommateur.

J'autorise/Nous autorisons Manuvie, ses filiales, sociétés affiliées et mandataires à utiliser les renseignements fournis dans la présente proposition et dans leurs dossiers existants pour m'offrir/nous offrir leurs produits ou services. Il est entendu que mon/notre consentement à l'utilisation de ces renseignements pour m'offrir/nous offrir des produits ou des services est facultatif et que je peux/nous pouvons y mettre fin en communiquant par écrit avec Manuvie à l'adresse indiquée ci-après. Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

J'accuse/Nous accusons réception des avis « Information concernant MIB, LLC » et « Déclaration relative aux renseignements personnels » et je confirme/nous confirmons que j'en accepte/nous en acceptons les conditions.

Je soussigné (le proposant) désigne par la présente la ou les personnes nommées comme bénéficiaires pour recevoir les prestations payables à mon décès ou, s'il y a lieu, à celui de mon conjoint.

Je déclare/Nous déclarons avoir été informé(s) des raisons pour lesquelles les données médicales sont exigées, ainsi que des risques et des avantages que présente un consentement ou un refus. Il est entendu que ce consentement peut être révoqué en tout temps et que si, en raison d'une telle révocation, l'assureur n'est pas en mesure d'obtenir une preuve de sinistre, il se peut que des demandes de règlement soient refusées.

Je reconnais/Nous reconnaissons que l'assureur peut exiger un examen médical, une analyse d'urine ou des tests comme un profil sanguin général (y compris un test de dépistage du VIH), qui seront alors effectués sans frais pour moi/nous. Je reconnais/Nous reconnaissons que tout résultat positif révélant une maladie infectieuse sera signalé aux autorités médicales provinciales ou territoriales compétentes, si la loi l'exige et que, selon les renseignements médicaux fournis, Manuvie peut offrir une couverture d'assurance différente de celle qui a été demandée ou refuser la demande de couverture.

Il est entendu que l'assurance prend effet à la date à laquelle Manuvie reçoit la demande dûment remplie (y compris ma/notre Déclaration de santé dûment remplie) et la première prime, sous réserve de l'approbation des tarificateurs de la Société. Si je demande/nous demandons une nouvelle couverture et que ma/notre proposition est approuvée, je recevrai/nous recevrons un certificat faisant état de la couverture offerte et des principales dispositions contractuelles. Si je ne suis pas/nous ne sommes pas assurable(s), les primes payées seront remboursées intégralement.

En indiquant votre adresse de courriel dans le présent document, vous consentez à ce que nous vous transmettions des renseignements ou des documents rattachés à cette proposition ou au contrat, selon le cas, sous forme électronique.

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

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

Rapport du conseiller

Vous confirmez avoir communiqué au proposant les renseignements suivants :

- le nom de la compagnie ou des compagnies que vous représentez;
- le fait que vous recevez des commissions pour la vente de produits d'assurance vie, accidents et maladie, et que vous pouvez toucher une rémunération supplémentaire sous forme de boni, d'invitation à des congrès ou d'autres incitatifs; et
- tout conflit d'intérêts que vous pourriez avoir relativement à cette opération.

Votre nom (prénom et nom de famille)	Code du conseiller	Signature

Pour obtenir plus de renseignements sur ces régimes et les autres régimes parrainés par Ingénieurs Canada, ou pour en faire la demande, visitez dès aujourd'hui le site Web à l'adresse **www.manuvie.ca/nouveaudemandeur**.

Si vous avez besoin d'aide ou si vous voulez parler à un conseiller en assurance autorisé, appelez-nous au numéro sans frais **1 877 598-2273**
Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HE)

ou envoyez-nous un courriel à l'adresse **am_info@manulife.com**.

Veuillez envoyer votre formulaire de proposition dûment rempli, accompagné de votre paiement, à l'adresse suivante :
Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8

Le régime d'assurance est établi 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.