

Le Professionnel – Assurance soins médicaux et dentaires pour retraités

Tous les proposants doivent remplir les parties A, B, C et E. Tous les proposants doivent remplir et signer la section « Déclaration et autorisation du proposant ».

Tous les proposants doivent être couverts au titre du régime d'assurance maladie de leur province ou de leur territoire au Canada afin d'être admissibles à ce produit d'assurance. Si l'un des proposants ne satisfait pas à cette exigence, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle pour plus de renseignements.

Lorsque vous souscrivez une assurance, votre succession est indiquée comme bénéficiaire. Dans votre trousse de bienvenue, vous trouverez un formulaire que vous pouvez utiliser pour changer de bénéficiaire.

Partie A – Renseignements généraux

Proposant principal

Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale _____

Est-ce que chacun des proposants a une couverture d'assurance maladie provinciale ou territoriale? Oui Non

Adresse du domicile _____ N° d'unité/appartement _____ Ville _____ Province/territoire _____ Code postal _____

N° de tél. (domicile) _____ N° de tél. (travail) _____

Courriel (facultatif) _____

Si nous avons besoin de renseignements supplémentaires, comment pouvons-nous communiquer avec vous? Téléphone (domicile) Téléphone (travail) Courriel

Le proposant est membre de : _____ Numéro de membre : _____

Coproposant

Nom de famille _____ Prénom _____

Téléphone _____ Courriel (facultatif) _____

Si nous avons besoin de renseignements supplémentaires, comment pouvons-nous communiquer avec vous? Téléphone Courriel

Avez-vous actuellement ou avez-vous récemment eu une couverture d'assurance collective offerte par un employeur? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Proposant principal

Numéro du contrat d'assurance collective _____ Numéro d'identification _____

Compagnie d'assurance _____ Date de fin de la couverture JJ/MM/AAAA _____

Coproposant

Numéro du contrat d'assurance collective _____ Numéro d'identification _____

Compagnie d'assurance _____ Date de fin de la couverture JJ/MM/AAAA _____

Remarque pour les résidents du Québec :

La présente proposition vise-t-elle à remplacer une couverture en vigueur autre que celle de votre assurance collective toujours en vigueur ou ayant pris fin récemment?

Oui Non

Si vous avez l'intention de remplacer une couverture qui n'est pas celle de votre assurance collective toujours en vigueur ou ayant pris fin récemment, ne la résiliez pas maintenant. En effet, Manuvie pourrait ne pas être en mesure d'établir un contrat pour remplacer un produit d'assurance en vigueur. La couverture pour médicaments sur ordonnance offerte au titre de ce régime est limitée à la partie des frais qui n'est pas couverte par le régime d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). La couverture ne remplace pas celle du régime de la RAMQ. Pour être admissible à la couverture au titre de ce régime, vous devez obligatoirement posséder une carte d'assurance maladie provinciale et être inscrit au régime d'assurance médicaments de la RAMQ, ou bénéficier d'une couverture équivalente au titre d'un régime d'assurance collective.

Partie B – Choix de la couverture

Rappel : Votre choix de couverture s'appliquera à tous les membres de votre famille.

Je demande/Nous demandons la couverture suivante :

Régime de base

Pour cette option, il n'est pas nécessaire de remplir le questionnaire médical (Partie D) ci-après.

Régime intermédiaire

Vous devez remplir le questionnaire médical (Partie D) ci-après si vous souscrivez l'assurance plus de 90 jours après la cessation de votre assurance collective ou si vous n'avez jamais eu de couverture au titre d'un régime d'assurance collective.

Régime complet

Vous devez remplir le questionnaire médical (Partie D) ci-après.

Partie C – Personnes à assurer

Nom de famille	Prénom	Code	Sexe	Date de naissance JJ/MM/AAAA	Âge	Fumeur? Nbre de cigarettes par jour	Taille po/cm	Poids lb/kg	Variation de poids au cours de la dernière année		Cause du changement de poids
									Gain	Perte	
Proposant		00									
Coproposant		01									
Personne à charge		02									
Personne à charge		02									
Personne à charge		02									
Personne à charge		02									

Si vous manquez d'espace où que ce soit dans la présente proposition, veuillez joindre une feuille distincte, dûment signée et datée.

Partie D – Questionnaire médical

Selon vos antécédents médicaux et ceux de votre famille, il est possible que la demande de couverture soit refusée ou que la couverture vous soit accordée moyennant certaines conditions ou une prime plus élevée. La couverture entrera en vigueur au plus tôt le premier jour du mois suivant l'approbation définitive de la présente proposition et la réception du paiement de la première prime.

Tous les proposants doivent remplir et signer la section « Déclaration et autorisation du proposant ».

D'autres renseignements médicaux peuvent être nécessaires à l'évaluation de votre proposition. Si vous manquez d'espace où que ce soit dans la présente proposition, veuillez joindre une feuille distincte, dûment signée et datée.

Maladies ou affections préexistantes inadmissibles au titre de la couverture

Veuillez noter qu'il s'agit d'une liste partielle des affections inadmissibles les plus courantes et qu'il peut y avoir d'autres affections inadmissibles au titre de la couverture.

- Examens, test et interventions chirurgicales en attente
- Crise cardiaque, angine de poitrine, accident vasculaire cérébral, fibrillation auriculaire
- Coronaropathie, acrosyndrome, anévrisme
- Angioplastie ou pontage coronarien par greffe
- Diabète diagnostiqué avant l'âge de 50 ans (à l'exclusion du diabète gestationnel entièrement résolu)
- Cancer diagnostiqué ou traité au cours des dix dernières années
- Anxiété, dépression ou trouble de l'humeur avec traitement amorcé récemment ou récent changement de posologie; hospitalisation récente ou arrêt de travail récent
- Maladie d'Alzheimer, démence, maladie de Parkinson, sclérose en plaques
- Maladie de Huntington, dystrophie musculaire
- Sida ou VIH positif
- Syndrome de Down, infirmité motrice cérébrale, fibrose kystique, spina bifida
- Abus de drogue ou d'alcool au cours des cinq dernières années

Déclaration médicale

1. Nom du médecin ou du travailleur de la santé qui détient la majorité de vos dossiers médicaux :

Proposant : _____

Coproposant : _____

Enfants : _____

Indiquez la date et la raison pour laquelle vous, le coproposant et vos enfants avez consulté un médecin ou un travailleur de la santé pour la dernière fois, y compris dans une clinique sans rendez-vous ou dans le cadre d'une consultation à distance :

Proposant : _____

Coproposant : _____

Enfants : _____

Déclaration médicale (suite)

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.

- 2. Avez-vous des symptômes ou des préoccupations pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou un travailleur de la santé?
- 3. Au cours des cinq dernières années, est-ce que vous, le coproposant ou vos enfants :
 - a) avez reçu d'un médecin ou un travailleur de la santé une recommandation de test, de traitement, d'examen, d'intervention chirurgicale (y compris une intervention chirurgicale d'un jour) ou d'hospitalisation (qu'ils aient eu lieu ou non), ou attendez actuellement des résultats de tests?
 - b) avez été invalide ou incapable d'exercer des activités normales quotidiennes, quelle qu'en soit la cause, pendant au moins deux semaines consécutives?
- 4. Utilisez-vous actuellement des médicaments sur ordonnance, de l'équipement médical ou un appareil d'auto-surveillance, ou prévoyez-vous le faire au cours des trois prochains mois (à l'exclusion des contraceptifs et des médicaments contre le rhume ou la grippe)?
- 5. Est-ce que vous, le coproposant ou vos enfants avez déjà consulté un médecin ou un travailleur de la santé au sujet de ce qui suit :
 - a) hypertension ou taux de cholestérol élevé?
 - b) crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, douleur thoracique ou autre maladie ou trouble cardiaque ou de la circulation?
 - c) douleurs chroniques, douleurs ou troubles dorsaux, articulaires ou musculosquelettiques, fibromyalgie, goutte, arthrite, polyarthrite rhumatoïde, lupus, sclérodermie, ostéopénie ou ostéoporose, ou paralysie, faiblesse ou engourdissement?
 - d) maladie de Crohn, colite, colite ulcéreuse, syndrome du côlon irritable, reflux gastriques, cirrhose, hépatite (active ou à l'état de porteur) ou tout autre trouble de l'estomac, du côlon, du pancréas ou du foie?
 - e) dépression, anxiété, stress, trouble du sommeil, trouble déficitaire de l'attention (TDA), trouble de l'alimentation, autisme ou tout autre trouble psychologique ou émotionnel?
 - f) épilepsie, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, démence, maladie de Parkinson ou autre trouble ou maladie du système nerveux?
 - g) céphalée ou migraines?
 - h) abus d'alcool ou de drogue, ou toute dépendance?
 - i) allergies, asthme, bronchite, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), apnée du sommeil ou autre trouble ou maladie respiratoire?
 - j) tests ou traitements (y compris les traitements prophylactiques) pour le sida ou le VIH (à l'exclusion des tests de routine négatifs pour la grossesse, le don de sang, l'immigration ou l'assurance)?
 - k) cancer, tumeur, leucémie ou lymphome, ou kyste ou croissance?
 - l) acné, rosacée, eczéma, psoriasis ou autre trouble ou maladie de la peau?
 - m) infertilité ou procréation assistée, syndrome des ovaires polykystiques ou tout autre trouble mammaire ou de l'appareil reproducteur?
 - n) maladie ou trouble des reins, cystite interstitielle ou autre trouble de la vessie, hypertrophie bénigne de la prostate ou autre trouble de la prostate, herpès génital ou toute autre maladie ou infection transmise sexuellement (MTS ou ITS)?
 - o) diabète ou hyperglycémie, hyperthyroïdie, hypothyroïdie, troubles de l'hypophyse ou autre maladie ou trouble du système endocrinien?
 - p) cataracte(s), glaucome, perte de la vision, trouble de l'ouïe, acouphène, trouble de l'équilibre ou autre maladie ou trouble de l'œil ou de l'oreille?
- 6. Est-ce que vous ou la coproposante êtes enceinte?
Dans l'affirmative, est-ce que vous ou la coproposante avez déjà eu des complications liées à la grossesse actuelle ou à une grossesse antérieure?

Proposant	Coproposant	Enfant(s)
OUI	OUI	OUI
NON	NON	NON

Veuillez indiquer la date prévue d'accouchement : JJ/MM/AAAA
Et le poids avant la grossesse (précisez s'il s'agit de livres ou de kilogrammes) :

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions précédentes, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

Personne à assurer	Question	Précisions (Indiquez le diagnostic, si vous le connaissez, les traitements suivis, la date des examens subis, la raison pour laquelle ils ont été subis, les résultats, les récurrences ainsi que le nom de tous les médecins traitants.)

Partie E – Options de paiement

Paiement initial : Par la présente, j'autorise/nous autorisons Manuvie à prélever une somme correspondant aux deux (2) premières primes mensuelles, soit _____ \$, de la façon suivante :

Prélèvements automatiques sur le compte (PAC)

Important : Le paiement initial sera prélevé le jour de l'approbation de la proposition (et non à la date d'effet de l'assurance). Les paiements suivants seront prélevés le premier jour de chaque mois. Pour présenter une proposition en toute sécurité avec votre carte de crédit, appelez nos conseillers en assurance autorisés au **1 877 598-2273** ou visitez le site **www.manuvie.ca/IngenieursMSD**.

Les paiements suivants seront réglés comme suit :

Option n° 1 Prélèvements automatiques sur le compte (PAC)

Périodicité des PAC : Mensuelle Semestrielle (rabais de 2 %) Annuelle (rabais de 4 %)

Important : À des fins de vérification, nous exigeons un chèque portant la mention « NUL ».

Option n° 2 Facturation directe

Périodicité de la facturation directe : Semestrielle (rabais de 2 %) Annuelle (rabais de 4 %)

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

Veuillez utiliser les renseignements bancaires suivants :

Renseignements figurant sur le chèque couvrant le premier paiement; ou

Renseignements suivants (ne remplissez la section ci-dessous que si vous ne joignez pas un chèque portant la mention « NUL ») :

Nom du titulaire du compte _____

Numéro de domiciliation _____ Numéro de l'institution _____ Numéro du compte bancaire _____

Institution financière _____ Adresse du titulaire du compte _____

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 **1 877 598-2273**, par courriel à l'adresse **renseignements@manuvie.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) _____

Déclaration relative aux renseignements personnels

Dans la présente déclaration, les termes « vous », « votre » et « vos » renvoient au participant au régime ou à la personne titulaire des droits attachés au contrat, à l'assuré et au parent ou au tuteur de tout enfant désigné comme assuré, mais n'ayant pas atteint l'âge légal pour donner son consentement. Les termes « nous », « notre », « nos » et « la Compagnie » renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, ses sociétés affiliées et ses filiales.

Les mises à jour concernant la présente déclaration et d'autres renseignements sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels sont publiés à l'adresse www.manuvie.ca.

Nous recueillons, utilisons, vérifions et communiquons vos renseignements personnels à des fins déterminées, et seulement avec votre consentement, ou dans la mesure où la loi l'exige ou l'autorise. En cliquant sur « Transmettre » ou en signant la demande, vous consentez à ce que nous recueillions, utilisions et communiquions vos renseignements personnels, tel qu'il est indiqué dans la présente *Déclaration relative aux renseignements personnels*. Toute modification au consentement doit faire l'objet d'une entente écrite avec la Compagnie.

Quels renseignements personnels recueillons-nous?

Selon le produit que vous avez demandé, 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 ou votre numéro de permis de conduire;
- des renseignements médicaux que toute organisation ou personne possède à votre sujet;
- une copie de tout dossier de conduite automobile du bureau des véhicules automobiles de la province ou du territoire visé;
- un rapport d'enquête, d'évaluation du crédit ou de solvabilité ou un rapport contenant des renseignements financiers provenant d'autres organisations ou d'autres personnes ou sources possédant des renseignements ou des dossiers à votre sujet;
- 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 données bancaires pour administrer les garanties;
- d'autres renseignements personnels dont nous pourrions avoir besoin pour administrer notre relation d'affaires 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?

- Dans les demandes et les formulaires que vous avez remplis;
- dans le cadre d'autres interactions entre vous et la Compagnie;
- 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 votre régime maintenant et dans l'avenir,
 - des sources publiques, comme les organismes gouvernementaux et les sites Internet,
 - des professionnels de la santé, notamment des médecins praticiens, des établissements de soins de santé, des pharmacies et tout autre établissement médical,
 - les autres sociétés d'assurance,
 - les administrateurs de régimes de l'État et de programmes d'avantages sociaux.

À quelles fins utilisons-nous vos renseignements personnels?

Nous utilisons vos renseignements personnels aux fins suivantes :

- administrer adéquatement les produits et les 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, établir le régime et administrer les droits qui s'y rapportent;
- nous conformer aux exigences légales et réglementaires;
- en apprendre davantage sur vous et sur la manière dont vous préférez faire affaire avec nous;
- analyser les données qui nous aident à mieux comprendre nos clients afin que nous puissions améliorer les produits et services que nous fournissons;

- 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.

À qui communiquons-nous vos renseignements personnels?

- Aux personnes et autres parties avec lesquelles nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de votre régime maintenant et dans l'avenir;
- aux employés, agents et représentants autorisés;
- 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 et d'enquête, et des services paramédicaux);
- à votre médecin.

Les personnes, organisations et fournisseurs de services susmentionnés se trouvent au Canada et dans des territoires à l'étranger, 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.

Pendant combien de temps conservons-nous vos renseignements personnels?

La plus longue des périodes suivantes :

- la période prescrite par la loi et les lignes directrices établies pour le secteur des services financiers, et
- la période requise pour administrer les produits et services que nous vous fournissons.

Retrait de votre consentement

Vous pouvez retirer votre consentement à l'utilisation de vos renseignements personnels en vue de vous offrir d'autres produits ou services, à l'exception des offres accompagnant les relevés qui vous sont envoyés par la poste.

À moins que les lois fédérales ou provinciales ne vous en donnent le droit, vous ne pouvez pas nous retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation, à la conservation ou à la communication des renseignements personnels dont nous avons besoin pour établir ou administrer le régime. Si vous nous retirez effectivement votre consentement, un régime ne pourra être établi et les sommes dues ne pourront être versées aux termes du contrat, ou nous pourrions traiter le retrait de votre consentement comme une demande de résiliation du contrat.

Si vous souhaitez retirer votre consentement, veuillez appeler notre Centre de service à la clientèle au 1 877 598-2273 ou écrire au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse indiquée ci-après.

Exactitude et accès

Vous nous informerez de tout changement apporté à vos coordonnées. 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. Si vous avez des questions, si vous voulez recevoir des renseignements supplémentaires au sujet des personnes qui ont accès à vos renseignements personnels ou en ce qui concerne nos politiques et procédures en matière de protection des renseignements personnels, ou si vous voulez consulter ou corriger les renseignements personnels vous concernant que nous avons en dossier, veuillez vous adresser par écrit au :

Responsable de la protection des renseignements personnels

Manuvie

P.O. Box 1602

500 King Street North

Waterloo (Ontario) N2J 4C6

Privacy_office_canadian_division@manulife.com

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. En communiquant avec nous par courriel, vous nous autorisez à communiquer avec vous par courriel.

Déclaration et autorisation du proposant

Tous les proposants doivent remplir la présente section.

J'atteste/Nous attestons que les déclarations contenues dans les présentes sont véridiques et complètes, et constituent, avec tout autre formulaire que j'ai/nous avons signé relativement à la présente proposition, la base de tout contrat établi au titre des présentes. Par la présente, j'autorise/nous autorisons tout médecin ou professionnel de la santé dûment autorisé, tout hôpital, toute pharmacie, clinique ou tout autre établissement de santé, assureur, conseiller, courtier, intermédiaire de marché, promoteur de régime, tiers administrateur (le cas échéant), tout organisme gouvernemental, tout organisme d'enquêtes ou toute agence de sécurité, ou tout autre organisme ou toute autre personne possédant des dossiers ou des renseignements sur moi/nous ou sur mon/notre état de santé, ou sur l'état de santé de tout membre de ma/notre famille à assurer au titre de ce régime, à fournir ces renseignements à Manuvie ou à ses réassureurs aux fins de la présente proposition, de tout autre contrat établi au titre de la présente et de toute demande de règlement ultérieure. J'autorise/Nous autorisons également Manuvie à consulter la présente proposition et ses dossiers existants à ces fins. Il est entendu que les blessures subies ou les affections médicales dont les premiers signes sont apparus à la date de la présente proposition ou avant cette date peuvent ne pas être couvertes par mon/notre contrat et que le fait de ne pas communiquer cette information pourrait entraîner le refus d'une demande de règlement ou encore l'annulation ou la modification de mon/notre contrat. Manuvie se réserve le droit de recouvrer les prestations versées si une blessure ou une affection médicale qui existait à la date de la présente proposition ou avant cette date n'a pas été signalée. J'accuse/Nous accusons réception de la *Déclaration relative aux renseignements personnels* de Manuvie, et j'en accepte/nous en acceptons les conditions. Je comprends et conviens/Nous comprenons et convenons que la couverture ne prendra effet que le premier du mois suivant l'approbation définitive et la réception du paiement de la première prime.

Une photocopie de la présente autorisation dûment signée est aussi valide que l'original.

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

Signature du coproposant _____ Fait à _____ Ville, Province _____ Date _____ JJ/MM/AAAA

Des questions?

Communiquez avec Manuvie par téléphone au numéro sans frais **1 877 598-2273**
du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure de l'Est

Par courriel à l'adresse **am_info@manulife.com**

Ou en ligne à l'adresse **www.manuvie.ca/IngenieursMSD**

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



L'assurance 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, 2021. 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.