Manuvie

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers Diplômés

PROPOSITION D'ASSURANCE INVALIDITÉ

Section 1 : Renseignements sur le proposant

Je suis diplômé de

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 :

Section 2 : Montant d'assurance demandé

Couverture demandée : ☐ Nouvelle couverture ☐ Couverture supplémentaire

Si vous avez actuellement une assurance au titre de ces régimes, précisez le numéro du contrat ou du certificat

Si vous demandez une couverture supplémentaire, **ne tenez pas compte de la couverture déjà en vigueur.**

Assurance de protection du revenu en cas d'invalidité

Période d'attente : ☐ 30 jours ☐ 120 jours ☐ 180 jours

Montant de la couverture mensuelle demandée : ☐ **$** (de 100 $ à 3 500 $, par tranches de 100 $)

Garantie facultative – Ajustement au coût de la vie : ☐ Moins de 45 ans ☐ De 45 à 64 ans

Section 3 : Renseignements sur les autres couvertures d'assurance

Avez-vous une assurance de remplacement du revenu en cas d'invalidité ou frais généraux en suspens ou en vigueur auprès de Manuvie ou d'une autre société? ☐ Oui ☐ Non

Si « oui », veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de la société	Montant de couverture	Type d'assurance	Période d'attente	Période d'indemnisation	Imposable?	Cette couverture sera-t-elle remplacée?
	$				☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	$				☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	$				☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Remarque : Si vous avez l'intention de remplacer une couverture (autre que celle dont vous bénéficiez peut-être au titre d'un régime d'assurance collective offert par un employeur), veuillez ne pas résilier votre couverture existante. Au Québec, une déclaration ou un formulaire de remplacement peut être exigé. Il se pourrait que nous ne soyons pas en mesure d'établir un contrat d'assurance dans le cas d'un remplacement.

Section 4 : Renseignements sur le bénéficiaire

Bénéficiaire de la prestation au décès du proposant

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 à la succession.

Bénéficiaire(s) :

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 les prestations deviennent exigibles, ces prestations seront consignées 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 des prestations, celles-ci seront versées au fiduciaire, lequel les 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 au moment où les prestations deviennent exigibles, ces prestations seront versées au tuteur ou à l'administrateur du bénéficiaire, et 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.)

☐ Je déclare et stipule par les présentes que la désignation de bénéficiaire faite dans le présent formulaire est révocable.

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 5 : Renseignements financiers

A. Votre situation professionnelle : ☐ Employé (aucun droit de propriété) ☐ Travailleur autonome

B. Tâches (décrivez les tâches et précisez le temps consacré à chacune d'elles en pourcentage) :

C. Si vous êtes travailleur autonome, quelle est la structure organisationnelle de votre entreprise?
   ☐ Propriétaire unique ☐ Société en nom collectif ☐ Société par actions
   Si votre cabinet est constitué en société, indiquez le pourcentage de vos droits de propriété : %

D. Depuis combien de temps êtes-vous travailleur autonome? Depuis MM/AAAA

E. Si vous êtes travailleur autonome depuis moins de deux ans, veuillez donner des précisions sur votre expérience professionnelle antérieure, le cas échéant :

F. Combien d'heures travaillez-vous par semaine?

G. Avez-vous un emploi à temps partiel ou un autre emploi à temps plein? ☐ Oui ☐ Non
   Si « oui », veuillez donner des précisions :

H. Prévoyez-vous un changement dans votre revenu ou votre situation professionnelle au cours des douze prochains mois? ☐ Oui ☐ Non
   Si « oui », veuillez donner des précisions :

I. Indiquez votre part des frais généraux mensuels moyens, sans inclure le salaire que vous vous versez : $
   (À remplir seulement si vous êtes travailleur autonome et demandez l'assurance frais généraux.)

J. Quel était votre revenu gagné annuel net? (Déduction faite des frais professionnels normaux, mais avant impôts.)
   L'an dernier : $ Il y a deux ans : $

K. Votre avoir net personnel (actif moins passif, sauf les éléments d'actif à usage personnel comme la résidence, les automobiles, les bijoux) est-il supérieur à 5 000 000 $? ☐ Oui ☐ Non

L. Est-ce qu'un revenu vous sera versé ou continuera de vous être versé si vous devenez invalide? ☐ Oui ☐ Non
   Si « oui », indiquez la source et le montant annuel que vous recevrez :

M. Votre revenu non gagné ou votre revenu de placement de l'année dernière est-il supérieur à 30 000 $ ou à 15 % de votre revenu gagné annuel net assurable? ☐ Oui ☐ Non

N. Êtes-vous admissible à l'assurance-emploi? ☐ Oui ☐ Non

Les résidents du Québec peuvent détacher les trois pages suivantes et les envoyer directement à l'assureur. Cette proposition d'assurance n'est valide que si Manuvie reçoit une Déclaration sur l'état de santé dûment remplie.

Section 6 : Déclaration sur l'état de santé

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.

Nom du proposant

Numéro de téléphone du proposant

Nom du médecin

Numéro de téléphone du médecin

Adresse du médecin

Date et raison de la dernière consultation :

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

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 :

Section 7 : Vos renseignements personnels

Veuillez répondre à toutes les questions de manière détaillée. Si l'espace est insuffisant, veuillez utiliser une feuille distincte dûment signée et datée.

Avez-vous :	Proposant OUI	Proposant NON
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 :	☐	☐
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)? Le cas échéant, veuillez préciser la nature de toute infraction, la ou les dates, ainsi que le numéro du permis de conduire et la province émettrice :	☐	☐
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 :	☐	☐
4. Au cours des douze prochains mois : a) L'intention de voyager à l'extérieur du Canada ou des États-Unis? Si « oui », veuillez indiquer le lieu, la date, la raison et la durée du séjour :	☐	☐
b) L'intention de changer de pays de résidence? Si « oui », précisez où vous comptez déménager, quand vous comptez déménager ainsi que la raison du déménagement, et indiquez si vous changez d'emploi :	☐	☐

Section 7 : Vos renseignements personnels (suite)

	Proposant OUI	Proposant NON
5. Au cours des cinq dernières années :		
a) Pris des médicaments à des fins autres que médicales ou fait usage de cannabis, ou avez-vous consulté ou été traité pour alcoolisme ou toxicomanie? Si « oui », veuillez préciser le(s) type(s) de drogues, de médicaments ou d'alcool, la consommation quotidienne, ainsi que la ou les dates des dernières consommations :	☐	☐
b) Été déclaré coupable d'un acte criminel, ou faites-vous actuellement l'objet d'une accusation pour un acte criminel? Si « oui », veuillez fournir des précisions :	☐	☐
c) Fait une déclaration de faillite à titre de particulier ou d'entreprise, ou prévoyez-vous actuellement le faire? Si « oui », veuillez fournir des précisions, y compris la date de libération de la faillite :	☐	☐

Section 8 : Vos renseignements médicaux

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

Section 8 : Vos renseignements médicaux (suite)

	Proposant OUI	Proposant NON
3. Au cours des cinq dernières années :		
a) Vous a-t-on dit que vous souffriez de troubles liés à la colonne vertébrale, au dos ou au cou, ou avez-vous déjà subi des examens ou des traitements pour des troubles de cette nature, notamment : discopathie, douleur, foulure, entorse, sciatique ou autres?	☐	☐
b) Avez-vous eu des radiographies (notamment de la colonne ou des articulations) ou subi un électrocardiogramme (ECG), des analyses sanguines ou toute autre épreuve diagnostique?	☐	☐
c) Vous a-t-on conseillé une épreuve diagnostique, une consultation, une hospitalisation ou une chirurgie qui n'a pas encore eu lieu?	☐	☐
d) Avez-vous été hospitalisé ou invalide pour des raisons médicales pendant plus de deux semaines consécutives?	☐	☐
e) Avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé (entre autres, un chiropraticien, un psychologue, un psychiatre, un physiothérapeute, un ophtalmologiste, un naturopathe ou tout autre travailleur de la santé) pour quelque raison que ce soit, y compris des examens de santé de routine ou annuels?	☐	☐
4. 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) Ou 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, 3 ou 4, veuillez fournir des précisions ci-après :

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

Veuillez noter que, selon les renseignements médicaux fournis, Manuvie peut vous offrir une assurance différente de celle que vous demandez ou refuser la couverture.

Antécédents médicaux familiaux

	Proposant OUI	Proposant NON
5. 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?	☐	☐

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

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

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 9 : Renseignements sur les paiements

Mode de paiement

Pour présenter une demande d'adhésion en toute sécurité avec votre carte de crédit, appelez nos conseillers en assurance autorisés à **1 800 668-0195** ou visitez **www.manuvie.com/infodiplomes**.

☐ **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 ordre de Manuvie)

	$ x		+	0,00%	=	0,00	$
Prime mensuelle totale		N^mbre de mois à courir jusqu'au (mois courant exclu)		Taxe de vente provinciale		MONTANT PAYABLE LE PROCHAIN	

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 1-800-668-0195, 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.

Important : Veuillez imprimer et signer pour remplir cette demande. Les signatures numériques ne seront pas acceptées.

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'adminsitrer 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 gerer notre relation avec vous.

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

Où recueillions-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 servicesle. Si vous le faites, il se peut que nous ne puissions pas vous fournir les produits ou services demandés ou que nous traitions 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 contactez **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) soumets une proposition d'assurance à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

J'atteste que les déclarations contenues dans la présente proposition et la Déclaration sur l'état 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 relativement à celle-ci, constitue la base de tout certificat établi ou de toute couverture établie 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. Je comprends que des exclusions et 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, la personne à assurer ou le parent ou tuteur de la personne à assurer, si elle est mineure, autorise 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 ou mon état de santé, ou sur l'état de santé d'un membre de ma famille à assurer conformément à la présente proposition, à fournir les renseignements en question à Manuvie ou à ses réassureurs, aux fins de la présente proposition, du contrat et de toute demande de règlement subséquente. J'autorise Manuvie à consulter ses dossiers existants à ces fins.

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

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

Je soussigné (le proposant) désigne par la présente la ou les personnes nommées comme bénéficiaires pour recevoir les sommes assurées payables à mon décès.

Je déclare avoir été informé 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 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. Je reconnais 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 couverture.

Il est entendu que l'assurance prend effet à la date à laquelle Manuvie reçoit la proposition dûment remplie (y compris ma Déclaration sur l'état de santé dûment remplie) et la première prime, sous réserve de l'approbation des tarificateurs de la Société. Si ma proposition est approuvée, je recevrai un certificat faisant état de la couverture accordée et des principales dispositions du contrat. Si je ne suis pas assurable, les primes que j'aurai payées me 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.

Important : Veuillez imprimer et signer pour remplir cette demande. Les signatures numériques ne seront pas acceptées.

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

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 ou pour en faire la demande,
visitez dès aujourd'hui le site Web à l'adresse **manuvie.com/infodiplomes**.

Pour un service personnalisé, appelez-nous sans frais au **1-888-913-6333**
du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h
ou envoyez un courriel à l'adresse **am_info@manuvie.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

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.

Manuvie

Cette couverture 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.

23_787712 09/2023 AC AF1155F