Manuvie

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

Proposition d'assurance vie temporaire 10 ans pour diplômés

72101 001 P9999

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 :

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 : Montant d'assurance demandé

Couverture demandée : ☐ Nouvelle couverture ☐ Couverture additionnelle

Si vous avez actuellement une assurance au titre de ce régime, précisez le numéro de votre certificat :

Assurance vie temporaire (Ne tenez pas compte de la couverture déjà en vigueur. La couverture maximale est de 2 000 000 $.)

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

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

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

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

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

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.

Bénéficiaire(s) de la couverture du proposant :

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

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.

Bénéficiaire(s) de la couverture du conjoint :

1. Nom de famille — Prénom

   Lien avec le proposant — % de la prestation

2. Nom de famille — Prénom

   Lien avec 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

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.

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.

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 4 : Déclaration sur l'état de santé

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

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 :

Si la couverture du conjoint est demandée

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 :

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 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.

	Proposant		Conjoint	
	OUI	NON	OUI	NON
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 :	☐	☐	☐	☐
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 :	☐	☐	☐	☐

Section 5 : Vos renseignements personnels (suite)

	Proposant OUI	Proposant NON	Conjoint OUI	Conjoint NON
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 :	☐	☐	☐	☐
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 6 : 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 OUI	Proposant NON	Conjoint OUI	Conjoint 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?	☐	☐	☐	☐

Section 6 : Vos renseignements médicaux (suite)

	Proposant OUI	Proposant NON	Conjoint OUI	Conjoint NON
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 :	☐	☐	☐	☐
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

Antécédents médicaux familiaux

	Proposant OUI	Proposant NON	Conjoint OUI	Conjoint NON
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?	☐	☐	☐	☐

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

Résidents du Québec seulement :

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

Nom du proposant Prénom Initiale Téléphone

Section 7 : 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 8 : Renseignements sur les paiements

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 $
Prime mensuelle totale		Nmbre de mois à courir jusqu'au (mois courant exclu)		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, Inc.

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, Inc. 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, Inc. 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, Inc. communiquera tout renseignement qu'il possède à votre sujet dans ses dossiers.

Déclaration relative aux renseignements personnels

Dans la présente déclaration, les termes « vous », « votre » et « vos » renvoient au titulaire de contrat ou à la personne titulaire des droits attachés au contrat, à l'assuré qui donne son consentement. Les termes « nous », « notre », « nos » et « la Société » 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;
- un rapport d'enquête, d'évaluation du crédit ou de solvabilité ou un rapport contenant des renseignements financiers provenant de toute organisation, personne ou source 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;
- d'autres renseignements personnels dont nous pourrions avoir besoin pour administrer notre relation d'affaires avec vous;
- des renseignements médicaux que toute organisation ou personne possède à votre sujet;
- tout test qui pourrait être nécessaire pour que nous décidions si nous vous assurons, et à quelles conditions, notamment un examen médical ou une analyse sanguine;
- vos renseignements personnels auprès de MIB Inc., comme l'explique la section « Information concernant MIB, Inc. »;
- une copie de tout dossier de conduite automobile du bureau des véhicules automobiles de la province ou du territoire visé.

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

Où recueillions-nous des renseignements personnels à votre sujet?

- les demandes et les formulaires que vous avez remplis;
- d'autres interactions entre vous et la Société;
- 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 contrat maintenant et dans l'avenir,
  - des sources publiques, comme les organismes gouvernementaux et les sites Internet.

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 contrat et administrer les droits qui y sont attachés;
- 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, institutions financières et autres parties avec lesquelles nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de votre contrat 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;
- aux organismes de santé publique concernés, si les tests de laboratoire effectués sur vous à notre demande donnent des résultats positifs relativement à des maladies infectieuses.

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.

Les renseignements personnels que vous fournissez dans la présente demande :

- feront partie de tous les contrats à la suite de la présente demande, même si vous n'êtes ni le titulaire ni l'une des personnes à assurer au titre de ce contrat imprimé;
- seront communiqués à tous les titulaires de ces contrats et à tout titulaire ultérieur ainsi qu'à toutes les personnes à assurer.

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, provinciales ou territoriales 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 contrat. Si vous nous retirez effectivement votre consentement, un contrat 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 1 877 268-3763 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.

Vous trouverez notre politique de confidentialité et nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels sur le site manuvie.ca.

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/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 Inc., 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, Inc. » 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.

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

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

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

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'assurace vie temporaire,
visitez le site Web à l'adresse **www.manuvie.com/infodiplomes** dès aujourd'hui.

Si vous avez besoin d'aide ou si vous désirez parler à un conseiller en assurance autorisé,
appelez Manuvie au **1 888 913-6333** du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HE)
ou envoyez un courriel à l'adresse **am_info@manuvie.com.**

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, 2022. 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.

22_381453 03/2022 AC AF1288F