





## Section 5 : Renseignements financiers (suite)

À remplir seulement si le régime de remplacement du revenu en cas d'invalidité est demandé.

- A. Quel était votre revenu gagné annuel net? (Déduction faite des frais professionnels normaux, mais avant impôts.)  
L'an dernier : \$ Il y a deux ans : \$
- B. 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
- C. Est-ce qu'un revenu vous sera versé ou continuera de vous être versé si vous devenez invalide? Oui Non
- D. Si « oui », indiquez la source et le montant annuel que vous recevrez :
- E. 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
- F. Êtes-vous admissible à l'assurance-emploi? Oui Non

À remplir seulement si le régime d'assurance frais généraux est demandé.

- A. Veuillez indiquer le montant total de prestation mensuelle que vous demandez, par tranches de 100 \$ : \$
- B. À combien s'élève le montant total de vos frais généraux chaque mois? \$
- C. Partagez-vous les frais généraux? Oui Non  
Si « oui », quel est le pourcentage des frais que vous assumez? %

### Preuve de revenu :

Si votre assurance remplacement du revenu en cas d'invalidité (demandée et en vigueur) dépasse 3 500 \$ par mois au total, veuillez soumettre les pages 1, 2 et 3 de vos déclarations de revenus des deux dernières années. Si l'entreprise est constituée en personne morale, veuillez également en soumettre les derniers états financiers.

## 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

Veillez 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	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 :
  
5. Au cours des cinq dernières années :
  - a) Pris des médicaments à des fins autres que médicales ou fait usage de marijuana, 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

Proposant

OUI NON

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

- 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'ou ie, 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  motifs 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, nœvus dysplasique, syndrome du nœvus dysplasique, lésions, taches de rousseur ou grains de beauté qui ont changé de dimension ou de couleur ou qui ont saigné, psoriasis, dermatite, nœvus 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)  tes-vous enceinte?

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

b) Quel était votre poids avant la grossesse? (en lb ou en kg)

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

### 3. Au cours des 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 cons cutes?
- 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?

## Section 8 : Vos renseignements médicaux (suite)

Proposant  
OUI | NON

### 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 | 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 au 1 800 668-0195 ou visitez [manuvie.com/professionnel](http://manuvie.com/professionnel).

#### Annuellement

Ci-joint mon chèque, libellé à l'ordre de « Manuvie » (prime ANNUELLE uniquement)

	\$ X	+	=	\$
Prime mensuelle totale	N <sup>bre</sup> de mois à courir jusqu'au 1 <sup>er</sup> mars (excluant le mois courant)	Taxe de vente provinciale s'il y a lieu	<b>MONTANT À PAYER D'ICI LE 1<sup>er</sup> MARS</b>	

#### Mensuellement

Par prélèvement automatique sur le compte (PAC) – veuillez joindre un chèque portant la mention « NUL ».

Nous calculerons la taxe de vente provinciale (s'il y a lieu), ainsi que le rabais accordé pour les montants de couverture élevés auquel vous pourriez être admissible.

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

### 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](http://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](mailto: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](http://www.paiements.ca).

Nom du titulaire du compte \_\_\_\_\_ Signature du titulaire du compte \_\_\_\_\_

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

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

## Information concernant MIB, 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](http://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 recueillons-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;

Vous pouvez vérifier les renseignements contenus dans votre dossier, et exiger une rectification s'il y a lieu, en communiquant avec MIB, Inc. à l'adresse suivante :

**MIB, Inc.**

**330 University Avenue, Suite 501**

**Toronto (Ontario) M5G 1R7**

**Téléphone : 416 597-0590**

**Télécopieur : 416 597-1193**

**Courriel : [canada\\_disclosure@mib.com](mailto:canada_disclosure@mib.com)**

- 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](mailto: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](http://www.manuvie.ca).



## Déclaration et autorisation – Veuillez lire attentivement avant de signer.

Par la présente, je soussigné (le proposant) soumetts 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 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 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, Inc. » 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.

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 **www.manuvie.com/professionnel**.

Pour un service personnalisé, appelez-nous sans frais au **1-800-668-0195**  
du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h  
ou envoyez un courriel à l'adresse **am\_info@manuvie.com**.

---

**Veillez 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.



Établi par **La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie)**.

Manuvie, le M stylisé, et Manuvie & M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisées par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.  
© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2020. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.