

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers



Proposition relative à l'assurance vie Temporaire 100 (T100) de la Financière SISIP

Veillez saisir l'information ou l'écrire à l'encre, en caractères d'imprimerie.

Partie A – Renseignements sur le proposant

Vous soumettez cette proposition en tant que :

Membre des FAC (Code : M)

Conjoint du membre des FAC (Code : S)

Enfant du membre des FAC (Code : C)

NUMÉRO DE MEMBRE DES FORCES ARMÉES CANADIENNES (FAC) :

(M/S/C)

Numéro de membre des FAC

Soumettez-vous cette proposition en tant que membre [M] ou encore au nom de votre conjoint [S] ou de l'un de vos enfants [C]? Veuillez entrer la lettre appropriée à la fin du numéro des Services aux membres.

Homme

Femme

Fumeur

Non-fumeur*

*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.

Nom du proposant :

Nom de famille

Prénom

Adresse du domicile :

Rue

N° d'appartement

Ville

Province

Code postal

Date de naissance :

Lieu de naissance (province, pays) :

JJ / MM / AAAA

Numéro de téléphone principal :

Courriel :

Profession :

Partie B – Montant d'assurance demandé (NE TENEZ PAS compte de toute couverture déjà en vigueur)

MONTANT DE LA COUVERTURE :

Choisissez le montant d'assurance vie Temporaire 100 dont vous avez besoin. La couverture est offerte par tranches de 25 000 \$. Le montant de couverture minimum est de 25 000 \$. La couverture en vigueur et la couverture souscrite ne peuvent pas excéder 100 000 \$.

25 000 \$

50 000 \$

75 000 \$

100 000 \$

Voulez-vous inclure une option d'exonération des primes?

Oui

Non

Vous devez choisir l'option d'exonération des primes lorsque vous soumettez la proposition d'assurance vie Temporaire 100. Veuillez consulter la brochure pour en savoir plus.

OPTIONS DE PAIEMENT DE LA PRIME :

Cotisation périodique – payable jusqu'à l'âge de 100 ans

Option de paiement pendant 20 ans**

** L'option de paiement pendant 20 ans est offerte aux personnes âgées de 18 à 60 ans.

COUVERTURE EN VIGUEUR

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

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de la compagnie	Individuelle ou Entreprise	Montant de couverture	Prévoyez-vous remplacer cette couverture?	
			Oui	Non
			Oui	Non

Nota : Si vous avez l'intention de remplacer une couverture, veuillez ne pas résilier votre couverture en vigueur jusqu'à ce que vous receviez votre nouveau contrat d'assurance. 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. Un formulaire de remplacement n'est pas nécessaire si vous désirez remplacer une portion de votre assurance vie temporaire SISIP existante.

Partie C – Renseignements sur le bénéficiaire

PROPOSANT

Par la présente, je désigne la ou les personnes nommées dans la présente proposition comme bénéficiaire(s) de tout capital-décès payable au titre de la couverture souscrite. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les prestations seront versées aux ayants droit.

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 _____

Bénéficiaire(s) en sous-ordre :

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 :

Nom (nom de famille et prénom) _____ Lien avec le bénéficiaire _____

Résidents du Québec seulement : Au Québec, si vous désignez un bénéficiaire qui a moins de 18 ans lorsque les prestations deviennent exigibles, celles-ci seront versées au tuteur ou à l'administrateur du bénéficiaire; aucun fiduciaire ne peut être nommé. Toute désignation d'un conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, sauf indication contraire. (Cochez la case ci-dessous si la désignation est révocable.)

Je déclare que la présente désignation de bénéficiaire est révocable.

Une copie, une télécopie ou une copie numérisée de la désignation de bénéficiaire figurant dans la présente proposition est aussi valide que l'original.

Partie D – Renseignements personnels

Avez-vous :

OUI | NON

1. déjà présenté une demande d'assurance qui a été refusée, ou encore acceptée moyennant une modification ou l'imposition d'une surprime? Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions, y compris la date, le nom de la compagnie 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? Dans l'affirmative, veuillez donner 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 au moins deux infractions au Code de la route (par exemple, excès de vitesse, défaut de s'arrêter, infraction relative au port de la ceinture de sécurité, distraction au volant ou défaut de se soumettre à l'alcootest)? Dans l'affirmative, veuillez préciser la nature de l'infraction ou des infractions, les dates, ainsi que le numéro du permis de conduire et la province émettrice.

3. a) au cours des cinq dernières années, 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? Dans l'affirmative, veuillez préciser le(s) type(s) de drogues ou d'alcool, ainsi que la ou les date(s) des dernières consommations.

- b) au cours des cinq dernières années, été déclaré coupable d'un acte criminel ou faites-vous actuellement l'objet d'une accusation pour un acte criminel? Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions.

- c) au cours des cinq dernières années, fait une déclaration de faillite, ou avez-vous actuellement l'intention de faire une déclaration de faillite, à titre de particulier ou d'entreprise? Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, y compris la date de libération de la faillite.

À l'extérieur de vos fonctions à titre de membre en service militaire, avez-vous :

4. 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? Dans l'affirmative veuillez préciser le type d'activité pratiquée et les dates.

5. a) prévu de voyager à l'extérieur du Canada ou des États-Unis au cours des 12 prochains mois? Dans l'affirmative, veuillez indiquer le lieu, la date, la raison et la durée du séjour.

- b) prévu de changer de pays de résidence au cours des 12 prochains mois? Dans l'affirmative, veuillez préciser où vous comptez déménager, quand vous comptez déménager ainsi que la raison du déménagement et indiquer si celui-ci donne lieu à un changement de profession.

Partie E – Votre déclaration de santé (Veuillez répondre à toutes les questions et fournir des précisions ci-après, ou joindre une feuille distincte dûment signée et datée.) Les résidents du Québec peuvent détacher cette section de déclaration et la faire parvenir à Manuvie directement à l'adresse indiquée dans la présente proposition.

IMPORTANT : Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens dans la présente section 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.

Votre nom _____ Votre numéro de téléphone _____

Nom du médecin _____ Numéro de téléphone du médecin _____

Adresse du médecin _____
N° et rue _____ N° du bureau _____ Ville _____ Province _____ Code Postal _____

Date, raison et résultat de la dernière consultation, ainsi que traitements ou médicaments prescrits, s'il y a lieu : _____

Taille _____ pi et _____ po / _____ cm Poids actuel _____ lb / kg

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

Dans l'affirmative : Gain _____ lb / kg Perte _____ lb / kg Raison du changement _____

INFORMATION MÉDICALE

1. Avez-vous déjà ressenti des symptômes liés à l'un des troubles suivants ou été traité pour l'un de ces troubles :

OUI | NON

- a) **Trouble touchant le cœur ou les vaisseaux sanguins**, notamment : angine, caillots sanguins, maladie cardiaque, pontage coronarien ou angioplastie, maladie cérébrovasculaire, accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT), douleurs thoraciques ou essoufflement, crise cardiaque, souffle cardiaque, palpitations, hypertension, hypercholestérolémie, mauvaise circulation sanguine, 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) **Affection rénale, trouble vésical ou trouble de l'appareil reproducteur**, notamment : résultat anormal du test Pap, infection vésicale, calcul rénal, néphrite, prostatite ou autre trouble de la prostate, protéines dans l'urine, infection des voies urinaires, présence de sucre ou de sang dans l'urine, fibromes utérins, polykystose rénale, autres troubles des reins ou de la vessie, autres troubles 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, crise convulsive, 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, autres troubles endocriniens, ou autres?
- j) **Problème 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) **Anomalie du système immunitaire**, notamment : VIH ou sida, hypertrophie généralisée des glandes lymphatiques, tests dont les résultats révèlent une exposition possible au virus du sida, ou autres?
- m) **Cancer**, kystes, bosses, polypes ou tumeurs?
- n) **Toute autre maladie ou affection non mentionnée ci-dessus**, ou symptômes ou préoccupations pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement?

Partie E – Votre déclaration de santé (suite)

2. Au cours des deux dernières années, avez-vous :

OUI NON

- eu un résultat anormal de mammographie, de dosage de l'antigène prostatique spécifique ou de tout autre test ou toute autre investigation?
- consulté un spécialiste, reçu une ordonnance pour médicaments de prescription, subi un autre traitement ou été suivi (counseling) pour un trouble autre qu'une affection bénigne (rhume, grippe, etc.)?
- été encouragé à vous soumettre à d'autres investigations, à voir un autre médecin ou à subir une chirurgie?
- été ou êtes-vous actuellement incapable d'accomplir toutes les fonctions normales de votre profession habituelle en raison d'une blessure ou d'une maladie?

Dans le cas d'une réponse affirmative à l'une ou plusieurs des questions ci-dessus, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

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

3. Vos antécédents médicaux familiaux :

- A-t-on diagnostiqué chez un membre de votre famille immédiate (père, mère, frère ou sœur) l'une des affections suivantes avant l'âge de 60 ans : une maladie cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou un cancer?
- Un membre de votre famille immédiate (père, mère, frère ou sœur) a-t-il déjà reçu le diagnostic de l'une des affections suivantes : 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 par l'affirmative 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

4. Si vous êtes une femme :

- Êtes-vous enceinte?
Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement, ainsi que le nom et l'adresse de votre obstétricien ou gynécologue.

- Quel était votre poids avant la grossesse? _____ lb / kg
- Avez-vous souffert de complications durant votre grossesse? Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions. _____

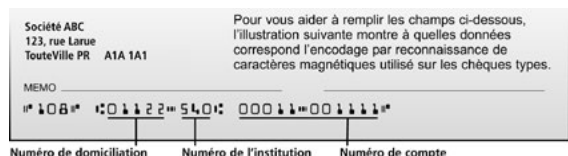
Partie F – Mode de paiement

OPTION 1 : MENSUELLEMENT PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE SUR LA COMPTE - PAC

Veuillez joindre un chèque portant la mention « NUL ».

OPTION 2: ANNUELLEMENT PAR CHEQUE

Veuillez joindre un chèque libellé à l'ordre de « Manuvie »



Partie G – Renseignements sur les paiements et autorisation de paiement

RENSEIGNEMENTS SUR LES PAIEMENTS | PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE SUR LE COMPTE (PAC)

Nom du titulaire du compte _____ Institution financière _____

Adresse _____ Ville _____

Numéro de compte bancaire _____ Numéro de domiciliation _____

Type de compte : Compte-chèques personnel Compte-chèques d'épargne Comptes d'épargne Compte courant
 Compte de dépôt direct Autre

Compte conjoint : 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.

Compte d'épargne véritable : Comme l'approbation de mon/notre institution financière est requise pour les paiements préautorisés à partir des comptes sans privilège de chèques, 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 | PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE SUR LE COMPTE (PAC)

Par la présente, j'autorise/nous autorisons Manuvie à prélever sur mon/notre compte les primes d'assurance mensuelles exigibles à la date de signature de la présente autorisation ou après cette date. J'autorise/Nous autorisons Manuvie à faire un prélèvement le **premier jour ouvrable de chaque mois ou aux environs de cette date**, sinon le jour ouvrable suivant, afin de couvrir les primes exigibles. La somme prélevée sur mon/notre compte peut varier, conformément aux dispositions de mon/notre contrat d'assurance ou comme il est nécessaire pour la gestion de mon/notre contrat. Je renonce/Nous renonçons au droit de recevoir tout autre avis relatif au montant ou à la date de chaque prélèvement automatique sur mon/notre compte. Si ma/notre banque ou mon/notre institution financière n'honore pas un prélèvement automatique mensuel la première fois à la date prévue, Manuvie pourra tenter d'effectuer de nouveau ce prélèvement au cours des 30 jours suivants. Manuvie se réserve le droit de me/nous demander de choisir un autre mode de paiement si un 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 H1. La présente entente peut être résiliée en tout temps moyennant l'envoi d'un **préavis écrit de 10 jours** par Manuvie ou par moi/nous. 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. Toute prime devant être remboursée relativement à la présente autorisation sera versée au titulaire du contrat.

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 1 855 887-7809, par courriel à l'adresse am_service@manuvie.com ou par la poste à Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

Partie G – Renseignements sur les paiements et autorisation de paiement (suite)

Vous disposez de certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à l'entente de PAC. Vous avez, par exemple, le droit d'être remboursé en cas de prélèvement non autorisé ou non conforme à la présente entente. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou de plus amples renseignements au sujet de vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez le site de Paiements Canada, à l'adresse www.paiements.ca.

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

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

Adresse du titulaire du compte _____
(s'il n'est pas le proposant) Rue N° d'appartement Ville Province Code postal

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.

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

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.

- 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.

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;

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 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 au titre de la présente. La personne à assurer convient 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, 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 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 Manuvie à consulter ses dossiers existants à cette fin. J'autorise Manuvie à obtenir un rapport de solvabilité et/ou un rapport sur le consommateur.

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 ci-après. Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

J'accuse réception des avis « 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 prestations payables à mon décès ou, s'il y a lieu, à celui de mon conjoint.

Je déclare 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 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 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 Déclaration de santé dûment remplie) et la première prime, sous réserve de l'approbation des tarificateurs de la Société. Si je demande une nouvelle couverture et que ma proposition est approuvée, je recevrai un certificat faisant état de la couverture offerte et des principales dispositions contractuelles. Si je ne suis pas assurable, 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.

Fait à (ville et province)

Date (JJ/MM/AAAA)

Signature du proposant

RAPPORT DU CONSEILLER

Vous confirmez que vous avez communiqué au proposant les renseignements suivants :

Code du conseiller

- le nom de la ou des sociétés que vous représentez;
- le fait que vous recevez un salaire pour la vente de produits d'assurance vie, accidents et maladie.

Votre nom (prénom et nom de famille)

Signature _____

Veuillez transmettre votre proposition dûment remplie et signée, avec votre paiement à l'adresse suivante :

PAR COURRIER :

Manuvie
P.O. Box 670 Stn Waterloo
Waterloo (Ontario)
N2J 4B8

PAR TÉLÉCOPIEUR :

1 888 264-2243

SERVICE À LA CLIENTÈLE :

📞 1 855 887-7809
(du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h HE)

✉ am_service@manuvie.com

🌐 SISIPT100.ca

RÉINITIALISER

IMPRESSION

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.

Assurance établie par **La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.**

Manuvie, Manuvie & M stylisé, et le M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisés par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence. © La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2021. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.