

Nom du demandeur	Numéro de certificat
Nom du conjoint	Numéro de contrat

**Veillez répondre aux questions ci-dessous pour l'assuré ou les assurés demandant à bénéficier des taux non-fumeurs. Pour être admissible aux taux non-fumeurs, l'assuré doit être un non-fumeur conformément à la définition établie par la Financière Manuvie et répondre aux exigences de celle-ci en matière de santé.**

- |   | Réponses<br>du demandeur                                  | Réponses<br>du conjoint                                   |
|---|---|---|
| 1. Avez-vous déjà consommé du tabac, des produits de désaccoutumance au tabac ou de la marijuana?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions : Type(s) de produit(s) : _____<br>Date(s) de la dernière consommation : _____   |   |   |
| 2. Avez-vous déjà souffert d'un des troubles suivants ou été traité pour l'un d'eux : trouble mental ou nerveux (dépression, anxiété, etc.), trouble cardiaque ou circulatoire, douleurs thoraciques, hypertension, taux de cholestérol élevé, diabète, cancer, tumeurs, infection anormale ou anomalie du système immunitaire, asthme, toux chronique ou trouble pulmonaire, anomalie urinaire ou toute autre maladie ou blessure? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Sauf en ce qui concerne les examens de routine et les maladies bénignes (rhume, grippe, etc.), depuis l'établissement de votre contrat, avez-vous consulté un médecin, reçu des conseils d'ordre médical ou chirurgical, suivi un traitement médical ou chirurgical, subi des examens, tels qu'une analyse sanguine, un électrocardiogramme, une radiographie ou un examen par IRM, ou pris des médicaments?                     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Attendez-vous actuellement de passer des examens, de recevoir des résultats d'examen ou de subir des investigations?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Si vous avez répondu « oui » aux questions 2, 3 ou 4 ci-dessus, veuillez donner des précisions ci-après :

Nom	Nature ou trouble, test ou investigation	Date	Durée, s'il y a lieu	Résultats et état actuel	Nom du médecin traitant ou de l'établissement médical

5. a) Poids actuel du demandeur : \_\_\_\_\_  lb  kg    Taille : \_\_\_\_\_  pi/po  cm  
 b) Poids actuel du conjoint : \_\_\_\_\_  lb  kg    Taille : \_\_\_\_\_  pi/po  cm

Les déclarations contenues dans les présentes sont véridiques et complètes et constituent, avec tout autre formulaire signé par moi relativement à la présente demande, la base de tout certificat émis au titre de la présente. Il est entendu que toute présentation erronée des faits, y compris une fausse déclaration quant au statut de fumeur, entraînera l'annulation du contrat à la demande de l'assureur.

En ce qui concerne cette demande, j'autorise par la présente les médecins autorisés, praticiens, hôpitaux, cliniques ou autres établissements médicaux ou paramédicaux, compagnies d'assurance, le Medical Information Bureau (Bureau de renseignements médicaux) ou les autres organismes, institutions ou personnes possédant des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur un membre de ma famille assuré au titre du régime, ou sur notre état de santé, à fournir les renseignements en question à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers ou à ses réassureurs. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Les renseignements demandés ne seront utilisés que pour l'assurance et seront traités confidentiellement. L'assureur ou ses réassureurs peuvent toutefois faire un bref rapport au Medical Information Bureau (Bureau de renseignements médicaux). Le Bureau est un organisme à but non lucratif créé par les sociétés d'assurance vie pour communiquer des données d'assurance à ses membres. Avec votre autorisation, le Bureau fournira les renseignements contenus dans ses dossiers à toute société d'assurance membre à laquelle vous avez présenté une proposition d'assurance vie ou maladie ou à laquelle une demande de règlement est soumise. À votre demande, le Bureau vous fera connaître les renseignements qu'il possède dans votre dossier sur vous, votre conjoint et vos enfants assurés au titre du présent régime. Si vous doutez de l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez communiquer avec le Bureau et demander une correction. Le service de renseignements du Bureau est situé au 330 University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 1R7 (tél. : 416 597-0590).

\_\_\_\_\_  
Signature du proposant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du conjoint (si celui-ci demande les taux non-fumeurs)

\_\_\_\_\_  
Date

AF0272B (06/2007)