



Assurance maladies graves
Chèque-vie^{MD} de base

11804 001 WSFXL

Formulaire de proposition

Code du conseiller :
Nom du conseiller :
Courriel du conseiller :

Renseignements sur le proposant • Doit être un résident du Canada

Communication avec le proposant : Domicile Bureau Courriel

Nom _____ Prénom _____ Initiale _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Courriel _____

Date de naissance _____ (JJ/MMM/AAAA) Homme Femme

Téléphone (domicile) (_____) Téléphone (travail) (_____)

Votre choix de protection

Veillez noter que la couverture entre en vigueur le premier jour du mois suivant la date à laquelle la proposition et le paiement sont reçus par Manuvie.

Montant d'assurance demandé : 25 000 \$ 50 000 \$ 75 000 \$ (Veillez cocher une seule case)

Avec l'Option de remboursement des primes (offerte aux proposants de 18 à 55 ans) Oui Non (Veillez cocher une seule case)

Je déclare être : Fumeur Non-fumeur* (Veillez cocher une seule case)

* « Non-fumeur » s'entend d'une personne qui n'a pas consommé de produits du tabac, de succédanés de nicotine, de produits de désaccoutumance au tabac ou de marijuana depuis 12 mois.

Résidents du Québec seulement : Avez-vous l'intention d'utiliser la présente couverture d'assurance pour remplacer une couverture d'assurance existante (sauf une couverture offerte par le régime collectif d'un employeur)? Oui Non

Si vous avez répondu « oui », veuillez ne pas résilier votre couverture maintenant. En effet, une déclaration ou un formulaire de remplacement peut être exigé. Il est possible que nous ne soyons pas en mesure d'établir un contrat d'assurance s'il s'agit d'un remplacement.

Mode de paiement

Sélectionnez un mode de paiement : PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT Périodicité des paiements par carte de crédit : Mensuelle Annuelle
OU PRÉLÈVEMENTS MENSUELS AUTOMATIQUES SUR LE COMPTE

Renseignements sur les paiements par carte de crédit et autorisation

Par la présente, j'autorise Manuvie à faire un prélèvement sur mon compte le premier jour ouvrable de chaque mois ou aux environs de cette date afin de couvrir les primes d'assurance exigibles. La présente autorisation peut être révoquée par Manuvie ou par moi-même moyennant un avis écrit. Manuvie peut résilier la couverture ou changer le mode de paiement pour un autre mode acceptable si un prélèvement est refusé, quelle qu'en soit la raison. L'institution financière ne sera en aucun cas tenue responsable si une situation de ce genre survient. Des frais de 25 \$ seront facturés en cas d'insuffisance de fonds.

Carte de crédit : Visa MasterCard American Express

Numéro de carte de crédit _____ Date d'expiration _____ (MM/AAAA)

Nom du titulaire de la carte _____ Signature du titulaire de la carte _____

Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint de carte de crédit _____ Date _____ (JJ/MMM/AAAA)


Information au sujet des prélèvements automatiques sur le compte (PAC) et autorisation

Coordonnées bancaires pour les PAC :

Coordonnées bancaires figurant sur le chèque ci-joint portant la mention « NUL » (joindre un chèque portant la mention « NUL »)

OU

Coordonnées Indiquées ci-dessous : (ne remplissez les cases ci-dessous que si vous ne joignez pas un chèque portant la mention « NUL »)



Pour vous aider à remplir les champs ci-dessous, l'illustration suivante montre à quelles données correspond l'encodage par reconnaissance de caractères magnétiques utilisé sur les chèques types.

MEMO _____

|| 1 0 8 || : 0 1 2 2 5 4 0 : 0 0 1 1 0 0 1 1 1 ||

Numéro de domiciliation
Numéro de l'institution
Numéro de compte

Numéro de domiciliation _____ Numéro de l'institution _____ Numéro de compte _____

Institution financière _____ Adresse _____

J'autorise 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 compte peut varier, conformément aux dispositions du contrat d'assurance ou tel qu'il est nécessaire pour l'administration du contrat. **Je renonce au droit de recevoir un préavis de 10 jours relatif au montant et à la date de chaque prélèvement automatique sur mon compte.** Si la banque ou l'institution financière n'honore pas un prélèvement mensuel automatique 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 demander de choisir un autre mode de paiement si un prélèvement est refusé. Tous les prélèvements ponctuels ou automatiques sur mon compte bancaire seront traités comme des débits préautorisés personnels tels qu'ils sont définis dans la Règle H-1 de l'Association canadienne des paiements (ACP). La présente entente peut être résiliée en tout temps moyennant l'envoi par Manuvie ou par moi-même d'un préavis écrit de 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. Toute prime devant être remboursée relativement à la présente autorisation sera versée au titulaire du contrat. Je peux obtenir un formulaire de résiliation en communiquant avec mon institution financière ou en visitant le site de l'ACP, à l'adresse www.cdnpay.ca. Pour toute question au sujet des prélèvements sur le compte bancaire, je peux composer le 1 800 590-0970, envoyer un courriel à l'adresse am_service@manuvie.com ou écrire à Manuvie, P.O. Box 670, Stn. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

Je dispose de certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, j'ai 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 des précisions sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site de l'ACP, à l'adresse www.cdnpay.ca.

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

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

Adresse du titulaire du compte _____

Déclaration • Veuillez lire attentivement avant de signer

Déclaration sur l'état de santé

Je déclare que je n'ai jamais reçu de diagnostic, présenté de signes ou de symptômes, consulté un médecin ou passé des tests ayant donné des résultats anormaux à l'égard des affections suivantes :

- cancer, tumeur intracrânienne;
- cardiopathie (notamment angine et crise cardiaque), accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, maladie vasculaire périphérique ou diabète;
- hépatite (y compris l'état de porteur), maladie chronique du rein, sida ou VIH;

Je déclare que je n'ai jamais eu de pontage coronarien ou de chirurgie de l'aorte.

Je déclare que je n'ai subi aucun examen médical ou test diagnostique pour lequel j'attends des résultats et qu'aucun médecin ou spécialiste ne m'a recommandé de subir des examens médicaux ou des tests diagnostiques qui n'ont pas encore été effectués.

Je déclare qu'au cours des cinq dernières années, je n'ai pas présenté de signes ou de symptômes, reçu de traitement ou la recommandation de me faire traiter en relation avec l'abus de drogues ou d'alcool.

Déclaration générale

Par la présente, je présente une proposition d'assurance à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

J'atteste que les déclarations contenues dans les présentes sont véridiques et complètes, et je conviens qu'elles constituent la base de tout contrat délivré en vertu des présentes.

Je déclare être résident canadien ayant entre 18 et 65 ans. Il est entendu que ma protection entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la date à laquelle la proposition et le paiement sont reçus par Manuvie.

Je déclare avoir lu et compris l'information relative aux conditions de couverture au titre du régime et aux exclusions et restrictions applicables à cette couverture, y compris celles ayant trait aux affections préexistantes.

Il est entendu que si j'ai coché l'option applicable à la garantie et aux primes pour non-fumeurs, je n'ai fait usage d'aucune forme de tabac, de succédané de nicotine, de produit de désaccoutumance au tabac ou de marijuana depuis douze (12) mois. Il est entendu que toute fausse déclaration sur des faits importants, y compris sur le statut de fumeur, rendra l'assurance annulable à la demande de Manuvie.

J'accuse réception de l'Avis sur la vie privée et la confidentialité et j'en accepte les conditions.

Une photocopie de la présente autorisation signée est réputée avoir la même validité que son original.

(JJ/MMM/AAAA)

Signé à (ville, province)

Signature du proposant

Date

Rapport du conseiller • À l'usage exclusif du conseiller

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

- le nom de la ou des sociétés 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 l'opération en cause.

Votre nom (prénom et nom de famille) _____ Votre code de conseiller _____

Signature _____

Énumérez les conseillers qui ont joué un rôle dans la souscription. Nota : le premier conseiller nommé sera considéré comme le conseiller gestionnaire.

Nom du conseiller **gestionnaire** _____ Code de conseiller _____ Pourcentage de commission ____%

Nom du conseiller _____ Code de conseiller _____ Pourcentage de commission ____%

Réseau de distribution :

Agence générale principale (AGP)

Nom _____ Code d'AGP _____ Courriel de l'AGP _____

Réseau des comptes nationaux (RCN)

Nom _____ Code RCN _____ Courriel du RCN _____

Veuillez envoyer la proposition dûment remplie à l'adresse suivante :

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

Par messagerie
Manuvie
500 King Street
Marchés des groupes à affinités,
Affaires nouvelles
Poste de livraison 500-GB
Waterloo (Ontario) N2J 4C6

Expédier le contrat à : l'assuré au conseiller, adresse postale _____

Remarque : Si vous êtes lié par contrat à une Agence générale principale ou à une société du Réseau des comptes nationaux, veuillez transmettre la proposition à l'agence ou à la société en question.

Avis sur la vie privée et la confidentialité

Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans la proposition sont nécessaires à son traitement. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, Manuvie créera un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la proposition, offrir et administrer les services et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques, du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres de Manuvie ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent être dans des ressorts situés à l'extérieur du Canada et être soumis aux lois en vigueur dans ces ressorts.

Votre consentement quant à l'utilisation de vos renseignements personnels pour vous offrir des produits et services est facultatif, et vous pouvez mettre fin à cette utilisation en écrivant à Manuvie à l'adresse indiquée ci-dessous. Votre dossier est gardé en lieu sûr dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou mandataire. Vous pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, PO Box 1602, Del. Stn. 500-4-A, Waterloo, ON N2J 4C6.

Le présent régime est établi par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Le nom Manuvie et le logo qui l'accompagne sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence. ¹⁰⁰ Marque de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. © 2015 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés.