

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

A division of CFMWS  
Une division des SBMFC

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 pour non-fumeurs s'appliquent aux personnes qui n'ont pas fait usage de produits du tabac ou de produits de désaccoutumance au tabac, quels qu'ils soient, au cours des 12 derniers mois et qui répondent aux normes de santé de Manuvie. Le statut de fumeur ou de non-fumeur est déterminé lorsque votre couverture est approuvée.

Nom du proposant :

Nom de famille

Prénom

Adresse du domicile :

Rue

N° d'appartement

Ville

Province

Code postal

Date de naissance :

JJ / MM / AAAA

Lieu de naissance (province, pays) :

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 :
  - 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?

OUI | NON

## 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. \_\_\_\_\_

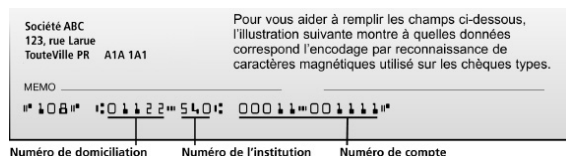
## Partie F – Mode de paiement

### 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](http://www.paiements.ca). Si vous avez des questions au sujet des prélèvements sur votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous par téléphone au 1 855 887-7809, par courriel à l'adresse [am\\_service@manuvie.com](mailto: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](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) Rue N° d'appartement Ville Province Code postal

## Partie H – Avis sur la communication des renseignements personnels

Les renseignements se rapportant à votre assurabilité sont confidentiels. L'assureur ou ses réassureurs peuvent toutefois en faire un bref rapport à MIB Inc. (anciennement connu sous le nom de Bureau de renseignements médicaux), un organisme à but non lucratif créé par les sociétés d'assurance pour communiquer des données d'assurance à ses membres. Si vous présentez une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement à une société membre, MIB lui fournira, sur demande, tout renseignement qu'il possède à votre sujet dans ses dossiers. À la réception d'une demande de votre part, MIB vous communiquera l'information qui figure dans votre dossier. Pour joindre

MIB, composez le 416 597-0590. Si vous doutez de l'exactitude des renseignements qui figurent dans votre dossier, vous pouvez communiquer avec MIB et demander qu'ils soient corrigés. Voici ses coordonnées : 330 University Avenue, bureau 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7. L'assureur ou ses réassureurs peuvent aussi communiquer les renseignements figurant dans leur dossier à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous pourriez présenter une proposition d'assurance vie ou maladie, ou une demande de règlement. Les personnes désirant obtenir des renseignements sur MIB peuvent consulter le site Web de cet organisme, à l'adresse [www.mib.com](http://www.mib.com).

## Partie I – Avis sur la vie privée et la protection des renseignements personnels

Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans la proposition sont nécessaires aux fins du traitement de celle-ci. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, Manuvie créera un dossier de services financiers contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter votre proposition d'assurance, offrir et administrer les services, et traiter les demandes de règlement relativement à l'assurance souscrite. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des demandes de règlement de Manuvie, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou ayant été autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver

dans des territoires de compétence situés à l'étranger et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires. Votre consentement à l'utilisation de vos renseignements personnels pour vous offrir des produits et services recommandés ou parrainés par la Financière SISIP 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 agent. 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, P.O. Box 1602, Del. Stn 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6.

## Partie J – Déclaration et autorisation (à lire attentivement avant de signer)

Par la présente, je soumetts une proposition d'assurance à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie). J'atteste que les déclarations contenues dans la présente proposition sont véridiques et complètes et constituent, avec tout autre formulaire signé par moi relativement à la présente, la base de tout contrat émis en vertu de la présente. Je conviens que toute fausse déclaration portant sur des faits importants, y compris une déclaration erronée quant à l'usage du tabac, rendra l'assurance annulable à la demande de l'assureur. Je conviens également que le suicide dans les deux années qui suivent la date d'effet n'est pas couvert. Je comprends que d'autres exclusions et restrictions s'appliquent à la couverture souscrite. J'autorise par la présente les médecins autorisés, professionnels de la santé, hôpitaux, pharmacies, cliniques ou autres établissements médicaux, MIB Inc., les compagnies d'assurance, agents, courtiers, intermédiaires de marché, promoteurs de régime, administrateurs de contrats collectifs ou tiers administrateurs (s'il y a lieu), les organismes d'État, organismes d'enquête et de sécurité, ou tout autre organisme ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur moi ou mon état de santé, à fournir ces renseignements à Manuvie ou à ses réassureurs, aux fins de la présente proposition, de toute couverture établie au titre de la présente et de toute demande de règlement subséquente. J'autorise également Manuvie à consulter la présente proposition et ses dossiers existants à ces fins. Je comprends que dans le cadre de la présente proposition, Manuvie peut exiger un examen médical, une analyse d'urine ou des tests comme un profil sanguin (y compris un test de dépistage du VIH), qui seront alors effectués sans frais pour le proposant. Il est entendu que tout résultat positif révélant une maladie infectieuse sera signalé aux autorités médicales

compétentes, si la loi l'exige. Je déclare que je comprends les raisons pour lesquelles les renseignements médicaux sont exigés ainsi que les risques et les avantages que présente le fait d'accorder ou de refuser mon consentement.

Je sais aussi que l'assurance prendra effet à la date à laquelle Manuvie recevra la proposition dûment remplie (y compris la déclaration de santé) et la première prime, sous réserve de l'approbation des tarificateurs de la compagnie. Si ma proposition est approuvée, je recevrai un contrat faisant état de la couverture offerte et des principales dispositions contractuelles.

Je soussigné désigne par la présente la ou les personnes nommées comme bénéficiaires pour recevoir les sommes assurées payables conformément à tout contrat/certificat d'assurance établi au titre de la présente.

Je déclare avoir reçu l'AVIS SUR LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ainsi que l'AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (Partie H et Partie I), et je confirme que j'en accepte les termes.

L'assureur ou ses réassureurs peuvent aussi communiquer les renseignements figurant dans leur dossier à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous pourriez présenter une proposition d'assurance vie ou maladie, ou une demande de règlement. Les personnes désirant obtenir des renseignements sur MIB peuvent consulter le site Web de cet organisme, à l'adresse [www.mib.com](http://www.mib.com).

Une photocopie de la présente autorisation dûment signée a le même effet et la même valeur que l'original.

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 \_\_\_\_\_

Veillez 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](http://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, 2019. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.