

PROPOSITION D'ASSURANCE SOINS MÉDICAUX ET SOINS DENTAIRES

*Tous les proposants doivent remplir les parties A, B, C et D.

*Tous les proposants doivent remplir et signer la
Déclaration du proposant.

Réservé à l'usage de la Financière Manuvie.

Saisie _____

Approbation _____

WSF

Code du conseiller

N° du logo

Partie A • Renseignements généraux

Nom de famille du proposant _____ Prénom _____ Initiale _____ N° de carte d'assurance maladie _____

App. _____ Numéro et rue _____ N° de téléphone au domicile () _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Profession _____

Nom du coproposant _____ Prénom _____ Profession du coproposant _____

N° de téléphone au travail du proposant () _____ N° de téléphone au travail du coproposant () _____

Courriel du proposant _____ Courriel du coproposant _____

Si nous avons besoin de renseignements supplémentaires, comment pouvons-nous vous joindre?

Par téléphone au domicile Par téléphone au travail Par courriel Meilleur moment pour appeler _____

Avez-vous actuellement une couverture au titre d'une assurance-santé collective offerte par un employeur ou en aviez-vous une récemment? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

N° du régime collectif _____ N° d'identification _____

Compagnie d'assurance _____ Date d'échéance des prestations (JJ/MM/AAAA) _____

N° du régime collectif _____ N° d'identification _____

Compagnie d'assurance _____ Date d'échéance des prestations (JJ/MM/AAAA) _____

Remarque pour les résidents du Québec :

Cette demande vise-t-elle à remplacer votre protection actuelle ? Oui Non

Si vous avez l'intention de remplacer votre protection actuelle, ne la résiliez pas maintenant. En effet, la Financière Manuvie pourrait ne pas être en mesure d'établir le contrat devant remplacer la couverture déjà en vigueur.

Désignation du bénéficiaire au titre de l'assurance Décès et mutilation par accident (en cas de décès, à défaut de désignation de bénéficiaire, le capital-décès est versé aux ayants droit) :

Par la présente, je désigne la ou les personnes ci-après pour recevoir tout capital-décès payable au titre de la couverture souscrite. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les prestations seront versées aux ayants droit.

Bénéficiaire du proposant

Nom _____

Lien avec le proposant _____

Part de la prestation (en %) _____

Si vous désignez une personne de moins de 18 ans comme bénéficiaire, les prestations seront consignées au tribunal, à moins qu'un fiduciaire n'ait été nommé; au Québec, les prestations seront versées directement au tuteur ou à l'administrateur, sans désignation de fiduciaire.

Nom du fiduciaire _____

Lien avec le proposant _____

Bénéficiaire du coproposant

Nom _____

Lien avec le coproposant _____

Part de la prestation (en %) _____

Nom du fiduciaire _____

Lien avec le coproposant _____

Résidents du Québec seulement :

Au Québec, un conjoint désigné à titre de bénéficiaire constitue une désignation irrévocable, à moins d'indication contraire. (Cochez la case ci-dessous si la désignation est révocable.)

Je déclare et stipule par la présente que la désignation de bénéficiaire faite dans la présente proposition est révocable. Je déclare et stipule par la présente que la désignation de bénéficiaire faite dans la présente proposition est révocable.

Partie B • Choix du régime

Remarque : Les options que vous choisissez s'appliquent à tous les membres de votre famille.

Je demande (nous demandons) le régime d'assurance-santé suivant :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Régime de base, soins médicaux et dentaires* | <input type="checkbox"/> Régime de base, soins dentaires* |
| <input type="checkbox"/> Régime Bronze, soins médicaux et dentaires | <input type="checkbox"/> Régime Bronze, soins dentaires* |
| <input type="checkbox"/> Régime Argent, soins médicaux et dentaires | <input type="checkbox"/> Régime Argent, soins dentaires* |
| <input type="checkbox"/> Régime Or, soins médicaux et dentaires | <input type="checkbox"/> Régime Or, soins dentaires* |

*Vous n'avez pas à remplir le questionnaire médical de la présente proposition pour souscrire ces régimes.

Proposition d'assurance-santé – Page 2

*Tous les proposants doivent remplir les parties A, B, C et D.

*Tous les proposants doivent remplir et signer la Déclaration du proposant.

Partie C • Options de paiement

Paiement initial Par la présente, j'autorise/nous autorisons la Financière Manuvie à prélever une somme correspondant aux deux premières primes mensuelles, soit _____ \$, sur le compte indiqué ci-dessous :

Option 1 Compte bancaire (prélèvement automatique)

Option 2 Compte de carte de crédit

Paiements suivants par :

Option 1 Prélèvement automatique sur mon compte bancaire (PAC)

Périodicité : Mensuelle Semestrielle (rabais de 2 %) Annuelle (rabais de 4 %)

Important : Nous avons besoin d'un chèque portant la mention « NUL » aux fins de vérification. Veuillez remplir la Partie D.

Option 2 Carte de crédit

Périodicité : Mensuelle Semestrielle Annuelle

À noter que l'option de paiement par carte de crédit n'ouvre pas droit aux rabais. Veuillez remplir la Partie D.

Option 3 Facturation directe

Périodicité : Semestrielle (rabais de 2 %) Annuelle (rabais de 4 %)

Partie D • Renseignements sur les paiements et autorisation

Information au sujet des paiements par carte de crédit et autorisation

Par la présente, j'autorise/nous autorisons la Financière Manuvie à faire un prélèvement sur mon/notre 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 la Financière Manuvie ou par moi/nous moyennant un avis écrit. La Financière Manuvie pourrait 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. Le cas échéant, l'institution financière ne sera en aucun cas tenue responsable. Des frais de 25 \$ seront imposés pour chaque opération sans provision.

Carte de crédit : Visa MasterCard American Express

Numéro de compte _____ 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 _____ Date _____ (JJ/MM/AAAA)

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

Veuillez utiliser les coordonnées bancaires suivantes :

Coordonnées bancaires figurant sur le chèque couvrant le premier paiement

OU

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

Banque Manuvie
500 KING ST. NORTH
WATERLOO, ONTARIO N2J 4C6

MEMO _____

⑈ 1 0 8 ⑈ ⑈ 0 1 2 2 ⑈ 5 4 0 ⑈ 0 0 0 1 ⑈ 0 0 1 1 ⑈

Numéro de domiciliation Numéro de l'institution Numéro de compte

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.

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

Institution financière _____ Adresse _____

Compte conjoint : S'agit-il d'un compte conjoint pour lequel 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 sans privilège de chèques, j'ai pris/nous avons pris les dispositions nécessaires pour permettre les prélèvements automatiques sur mon/notre compte. J'ai/Nous avons joint à la présente un bordereau de retrait 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.

Par la présente, j'autorise/nous autorisons la Financière Manuvie à faire un prélèvement automatique sur mon/notre compte bancaire **le premier jour ouvrable de chaque mois ou aux environs de cette date** afin de couvrir les primes d'assurance exigibles après que j'aurai/nous aurons signé la présente autorisation. Le montant prélevé sur mon/notre compte peut varier, conformément aux dispositions de mon/notre contrat d'assurance ou tel qu'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. Si la banque ou l'institution financière n'honore pas un prélèvement mensuel automatique à la date prévue, la Financière Manuvie pourra tenter d'effectuer de nouveau ce prélèvement au cours des 30 jours suivants. La Financière Manuvie se réserve le droit de demander qu'un autre mode de paiement soit utilisé si le prélèvement est refusé. Tous les prélèvements uniques ou automatiques sur mon/notre compte de banque seront traités comme des DPA personnels (débits préautorisés personnels) au sens que leur donne l'Association canadienne des paiements (ACP) dans sa Règle H-1. La présente entente peut être résiliée en tout temps moyennant l'envoi par la Financière Manuvie ou par moi/nous d'un préavis écrit de 10 jours. Il est entendu qu'en cas de résiliation de la présente entente de prélèvement automatique, l'assurance peut prendre fin, à moins que la Financière 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 l'ACP, à l'adresse www.cdnpay.ca. Si vous avez des questions au sujet des prélèvements sur votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous par téléphone, au 1 800 268-3763, par courriel à renseignements@manuvie.com, ou par la poste à Financière 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 l'entente de PAC. 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 l'ACP, à l'adresse www.cdnpay.ca.

Signature du titulaire du compte _____ Date _____ (JJ/MM/AAAA)

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

Adresse du titulaire du compte (s'il ne s'agit pas du proposant) _____

Questionnaire médical – Page 4

L'assurance peut être refusée ou accordée moyennant certaines conditions ou une surprime, selon vos antécédents médicaux ou ceux de votre famille. L'assurance prend effet au plus tôt le premier jour du mois qui suit l'approbation finale de la présente proposition.

***Tous les proposant doivent remplir et signer la Déclaration du proposant ci-dessous.**

Section D • Déclaration médicale

- Est-ce que vous, votre coproposant ou l'une des personnes à charge désignées avez consulté un médecin ou un professionnel de la santé autorisé, reçu un traitement ou présenté des signes relativement à ce qui suit : (✓ Cocher « Oui » ou « Non » pour chaque question.)
 - Hypertension, taux élevé de cholestérol, ou tout trouble cardiaque ou du système circulatoire Oui Non
 - Troubles du cœur ou des vaisseaux sanguins, souffle cardiaque, douleurs thoraciques, angine de poitrine, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT) Oui Non
 - Douleurs ou troubles au niveau du dos, du cou, des disques ou des genoux, fibromyalgie, ostéoporose, ostéopénie, douleurs chroniques, paralysie, faiblesse ou engourdissements, ou tout autre trouble musculo-squelettique Oui Non
 - Troubles du système digestif, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladie ou troubles du foie, incluant l'hépatite (y compris l'état de porteur) Oui Non
 - Troubles mentaux, nerveux, affectifs ou neurologiques, incluant la dépression, l'anxiété, l'hyperactivité avec déficit de l'attention et le stress Oui Non
 - Abus d'alcool ou de drogue, ou toute dépendance Oui Non
 - Allergies, asthme, bronchite, trouble respiratoire, dyspnée ou apnée du sommeil Oui Non
 - Troubles du système immunitaire, y compris test de dépistage du syndrome d'immunodéficience acquise (sida) et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) Oui Non
 - Arthrite, rhumatisme ou polyarthrite rhumatoïde Oui Non
 - Cancer, tumeur, kyste, polype ou toute excroissance Oui Non
 - Troubles cutanés Oui Non
 - Troubles mammaires, ménopause, troubles de l'appareil reproducteur, infertilité ou procréation médicalement assistée Oui Non
 - Trouble de la vessie, des reins ou de la prostate, ou tout autre trouble de l'appareil génito-urinaire Oui Non
 - Céphalée ou migraines Oui Non
 - Diabète, troubles endocriniens, troubles de l'hypophyse ou de la thyroïde, ou lupus Oui Non
 - Troubles des yeux ou des oreilles Oui Non
 - Autres problèmes, affections, maladies ou troubles Oui Non Veuillez préciser : _____
- Est-ce que vous, votre coproposant ou l'une des personnes à charge désignées avez une déficience physique, une anomalie congénitale, un problème de santé, une blessure, une maladie ou d'autres troubles **non mentionnés** ci-dessus, ou avez déjà été traité ou hospitalisé relativement à l'un de ces problèmes? Oui Non
- Vous a-t-on recommandé à vous, au coproposant ou à une personne à charge désignée, une investigation, une intervention chirurgicale ou une hospitalisation **qui n'a pas eu lieu**, ou attendez-vous des examens ou des résultats d'examens? Oui Non
- Est-ce que vous, votre coproposant ou l'une des personnes à charge désignées avez été invalides ou incapables d'exercer des activités normales quotidiennes pendant au moins 2 semaines au cours des 5 dernières années? Oui Non
- Si vous avez répondu « Oui » à au moins une des questions 1 à 4 de la section D, veuillez donner des précisions ci-dessous :

Question n°	Nom de la personne	Maladie/Affection/Diagnostic	Date du diagnostic	Durée	Nom et numéro de téléphone du professionnel de la santé reconnu et (ou) de l'hôpital	État actuel

- Est-ce que vous, votre coproposant ou l'une des personnes à charge désignées prenez des médicaments, ou recevez des injections de sérum ou tout autre traitement actuellement, prévoyez y avoir recours au cours des 3 prochains mois ou avez cessé d'y avoir recours au cours des 3 derniers mois? Oui Non
- Si vous avez répondu « Oui », donnez les précisions ci-dessous :

Nom de la personne	Nom du médicament/sérum/traitement	Affection traitée	Concentration et dose quotidienne du médicament/sérum	Durée de la période d'administration

- Est-ce que vous, la coproposante ou l'une des personnes à charge désignées êtes enceinte? Oui Non
- Si « Oui », nom de la femme enceinte _____ Date prévue de l'accouchement (JJ/MM/AAAA) _____

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, la Financière 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 (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres de la Financière 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 se trouver dans des territoires de compétence à l'extérieur du Canada et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires.

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 la Financière Manuvie à l'adresse indiquée ci-après. Votre dossier sera gardé en lieu sûr dans nos bureaux. 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, Marchés des groupes à affinités, Financière Manuvie, P.O. Box 4213, Station A, Toronto (Ontario) M5W 5M3.

Déclaration du proposant • Tous les proposant doivent remplir cette section

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

Cochez cette case si vous ne désirez pas recevoir d'autres renseignements ou documents sur les produits de la Financière Manuvie.

J'atteste/Nous attestons que les déclarations aux présentes sont véridiques et complètes et constituent, avec tout autre formulaire signé par moi-même/nous-mêmes relativement à la présente proposition, la base de tout contrat établi au titre des présentes. Par les présentes, j'autorise/nous autorisons tout médecin ou professionnel de la santé dûment autorisé, tout hôpital, toute pharmacie, toute clinique ou tout autre établissement de santé, toute compagnie d'assurance, tout agent, tout courtier, tout intermédiaire de marché, tout promoteur de régime, tout tiers administrateur (le cas échéant), tout organisme gouvernemental, tout organisme d'enquêtes ou toute agence de sécurité, ou tout organisme ou toute personne possédant des dossiers ou des renseignements sur moi/nous ou sur mon/notre état de santé ou sur l'état de tout membre de ma/notre famille à assurer au titre de ce régime, à fournir ces renseignements à la Financière Manuvie ou à ses réassureurs aux fins de la présente proposition, de tout contrat établi au titre des présentes et de toute demande de règlement subséquente. En outre, j'autorise/nous autorisons la Financière Manuvie à consulter la présente proposition et ses dossiers existants à cette fin. Il est entendu que les blessures subies ou les problèmes de santé dont les premiers signes sont apparus à la date de la présente proposition ou antérieurement peuvent ne pas être couverts par mon/notre contrat et que le fait de ne pas communiquer de tels renseignements pourrait entraîner le refus d'une demande de règlement et, s'il y a lieu, l'annulation ou la modification de mon/notre contrat. La Financière Manuvie se réserve le droit de recouvrer les prestations versées si une blessure ou un problème de santé qui existait à la date de la présente proposition ou avant n'a pas été signalée. Je reconnais/nous reconnaissons avoir pris connaissance de l'Avis sur la vie privée et la confidentialité de la Financière Manuvie et j'en accepte/nous en acceptons les termes. Je conviens/Nous convenons que la couverture ne prendra pas effet avant le premier jour du mois suivant l'approbation finale. Par la présente, je désigne/nous désignons la ou les personnes nommées comme bénéficiaires pour recevoir les sommes assurées payables au titre de l'assurance Décès et mutilation par accident. Une photocopie de la présente autorisation signée est aussi valide que l'original.

(JJ/MM/AAAA)

Fait à

Signature du proposant principal

Date

(JJ/MM/AAAA)

Fait à

Signature du coproposant

Date

Rapport du conseiller • À l'usage exclusif du conseiller ou de l'agent

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

- le nom de la société 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 la présente opération.

Votre nom (prénom et nom de famille)	Code du conseiller	Signature ✕
--------------------------------------	--------------------	----------------

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

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

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

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 dûment remplie à l'agence ou à la société en question.

Le Régime d'assurance soins médicaux et soins dentaires – Association est offert par la Financière Manuvie (La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers).

Les régimes sont établis par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Les noms Manuvie et Financière Manuvie, le logo qui les accompagne et le titre d'appel « Pour votre avenir » sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qui elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence. SM Marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. © 2011 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés.