

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

Nom du membre (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) Nom de famille : _____ Prénom : _____ Homme Femme

App. : _____ N° et rue : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Tél. au domicile : (_____) _____ Tél. au bureau : (_____) _____

Date de naissance du membre (JJ/MM/AAAA) : _____ Pays de naissance : _____ Non-fumeur* Fumeur

Profession (si vous êtes travailleur autonome, veuillez décrire la nature de votre entreprise et vos fonctions) : _____

Le demandeur est un : Ingénieur Étudiant en génie Technicien/technologue Titulaire d'un permis restreint
 Géologue/Géoscientifique Architecte Employé permanent à temps plein de l'association Membre stagiaire
 Titulaire d'un permis provisoire Nom de l'association provinciale ou territoriale : _____ N° de membre : _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT (si vous demandez la couverture du conjoint)

Nom du conjoint (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) Nom de famille : _____ Prénom : _____ Homme Femme

Date de naissance du conjoint (JJ/MM/AAAA) : _____ Pays de naissance : _____ Non-fumeur* Fumeur

Profession (si le conjoint est travailleur autonome, veuillez décrire la nature de l'entreprise et ses fonctions) : _____ Tél. au bureau : (_____) _____

* Les taux non-fumeurs sont offerts aux personnes qui n'ont pas fumé de cigarettes au cours des 12 derniers mois.

3. JE DEMANDE UNE

nouvelle couverture couverture supplémentaire Si vous avez actuellement une assurance au titre de ce régime, précisez le numéro de certificat : _____

Assurance vie temporaire (Ne tenez pas compte de la couverture déjà en vigueur.)

MEMBRE Veuillez indiquer le montant de couverture demandé, en tranches de 25 000 \$:
Ajouter la garantie Prolongation de l'assurance? Oui Non
Uniquement offerte au moment de la souscription initiale de l'assurance vie temporaire.

_____ \$
MONTANT DE COUVERTURE

CONJOINT Veuillez indiquer le montant de couverture demandé, en tranches de 25 000 \$:
Ajouter la garantie Prolongation de l'assurance? Oui Non
Uniquement offerte au moment de la souscription initiale de l'assurance vie temporaire.

_____ \$
MONTANT DE COUVERTURE

Reportez-vous à la brochure sur l'assurance vie temporaire pour obtenir des renseignements supplémentaires sur la garantie Prolongation de l'assurance.

Protection Accidents graves (Veuillez indiquer le montant de couverture demandé.)

	Jusqu'à 200 000 \$	Jusqu'à 400 000 \$	Jusqu'à 600 000 \$	Jusqu'à 800 000 \$	Jusqu'à 1 000 000 \$
Membre :					
Handicap grave	Jusqu'à 200 000 \$	Jusqu'à 400 000 \$	Jusqu'à 600 000 \$	Jusqu'à 800 000 \$	Jusqu'à 1 000 000 \$
Décès accidentel	25 000 \$	50 000 \$	75 000 \$	100 000 \$	125 000 \$
Votre prime mensuelle	<input type="checkbox"/> 1,50 \$	<input type="checkbox"/> 3,00 \$	<input type="checkbox"/> 4,50 \$	<input type="checkbox"/> 6,00 \$	<input type="checkbox"/> 7,50 \$
Conjoint :					
Handicap grave	Jusqu'à 200 000 \$	Jusqu'à 400 000 \$	Jusqu'à 600 000 \$	Jusqu'à 800 000 \$	Jusqu'à 1 000 000 \$
Décès accidentel	25 000 \$	50 000 \$	75 000 \$	100 000 \$	125 000 \$
Votre prime mensuelle	<input type="checkbox"/> 1,50 \$	<input type="checkbox"/> 3,00 \$	<input type="checkbox"/> 4,50 \$	<input type="checkbox"/> 6,00 \$	<input type="checkbox"/> 7,50 \$

Assurance vie et accidents des enfants (La prime mensuelle couvre tous vos enfants admissibles.)

	Jusqu'à 100 000 \$	Jusqu'à 200 000 \$	Jusqu'à 300 000 \$	Jusqu'à 400 000 \$	Jusqu'à 500 000 \$
Handicap grave	Jusqu'à 100 000 \$	Jusqu'à 200 000 \$	Jusqu'à 300 000 \$	Jusqu'à 400 000 \$	Jusqu'à 500 000 \$
Assurance vie temporaire	5 000 \$	10 000 \$	15 000 \$	20 000 \$	25 000 \$
Votre prime mensuelle	<input type="checkbox"/> 1,17 \$	<input type="checkbox"/> 2,34 \$	<input type="checkbox"/> 3,51 \$	<input type="checkbox"/> 4,68 \$	<input type="checkbox"/> 5,85 \$

4. MODE DE PAIEMENT

ANNUELLE MENSUELLE

a) Débitez mon compte :



_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Numéro de carte

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Date d'expiration

OU

b) Ci-joint mon chèque libellé à l'ordre de « Manuvie » (prime ANNUELLE uniquement)

_____ \$ x _____ + _____ † = _____ \$
Prime mensuelle totale N° de mois à courir jusqu'au 1^{er} avril (mois courant exclu) Taxe de vente provinciale (s'il y a lieu) MONTANT À PAYER JUSQU'AU 1^{er} AVRIL PROCHAIN

† Les résidents de l'Ontario doivent ajouter une taxe de vente provinciale de 8 %.
Les résidents du Québec doivent ajouter une taxe de vente provinciale de 9 %.
Les résidents du Manitoba doivent ajouter une taxe de vente provinciale de 8 %.

Par souci de commodité, si vous optez pour le paiement par prélèvement automatique ou par carte de crédit, vos prochaines primes seront réglées d'office selon ce mode de paiement.

MENSUELLE

Par prélèvement automatique sur le compte. Joindre un chèque portant la mention « NUL ».

Nous calculerons la taxe de vente provinciale (s'il y a lieu), ainsi que le rabais accordé pour les montants de couverture élevés auquel vous pourriez être admissible.

RENSEIGNEMENTS SUR LES PAIEMENTS

Paiement par prélèvement automatique sur le compte (PAC)

Nom du titulaire du compte :

Institution financière :

Adresse :

Ville :

Numéro du compte bancaire :

Numéro de domiciliation :

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

Comptes conjoints : 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.

Comptes d'épargne véritable : Comme l'approbation de mon/notre institution financière est requise pour les paiements préautorisés à partir des comptes d'épargne véritable, 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.

Par la présente, j'autorise/nous autorisons Manuvie à prélever sur mon/notre compte bancaire 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. Les prélèvements sur mon/notre compte peuvent varier, conformément aux dispositions du contrat d'assurance ou aux exigences relatives à l'administration du 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 par Manuvie et/ou par moi/nous d'un préavis écrit de 10 jours. Il est entendu qu'en cas de résiliation de la présente autorisation 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 au 1 877 598-2273, nous envoyer un courriel à l'adresse am_service@manuvie.com ou écrire à 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 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 demandeur) :

AUTORISATION DE PAIEMENT

Carte de crédit

Par la présente, j'autorise/nous autorisons 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 Manuvie ou par moi-même/nous-mêmes 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.

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

Les résidents du Québec peuvent détacher les deux pages suivantes et les envoyer directement à Manuvie à l'adresse indiquée dans le présent document.

5. VOS RENSEIGNEMENTS NON MÉDICAUX PERSONNELS

Veillez à répondre à toutes les questions et à fournir les renseignements demandés pour toutes les personnes qui présentent une demande de couverture. Si l'espace est insuffisant, veuillez utiliser une feuille distincte dûment signée et datée.

Avez-vous :

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

3. 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 :

4. Au cours des 12 prochains mois :
a) Avez-vous l'intention de voyager à l'extérieur du Canada ou des États-Unis?
Le cas échéant, veuillez indiquer le lieu, la date, la raison et la durée du séjour :

b) Avez-vous l'intention de changer de pays de résidence?
Dans l'affirmative, veuillez préciser le lieu, la date et la raison du déménagement, et indiquez si vous changerez de profession :

5. Au cours des cinq dernières années :
a) Avez-vous pris des médicaments ou des drogues à des fins autres que médicales, fait usage de marijuana, ou consulté ou été traité pour alcoolisme ou toxicomanie?
Dans l'affirmative, veuillez préciser tout type de drogues, de médicaments ou d'alcool, la consommation quotidienne, ainsi que les dates des dernières consommations :

b) Avez-vous été déclaré coupable d'un acte criminel ou faites-vous actuellement l'objet d'une accusation pour un acte criminel?
Le cas échéant, veuillez fournir des précisions :

c) Avez-vous déjà fait une déclaration de faillite à titre de particulier ou d'entreprise ou êtes-vous actuellement en train de le faire?
Le cas échéant, veuillez fournir des précisions, y compris la date de libération de la faillite :

Membre		Conjoint	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. DÉCLARATION DE SANTÉ

REMARQUE IMPORTANTE : Dans la présente section, toute référence aux tests, aux résultats de tests ou aux examens 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.

Nom du membre : _____ Tél. du membre : () _____

Nom du médecin du membre : _____ Tél. : () _____ Date de la dernière consultation : (JJ/MM/AAAA)

Raison et résultats de la dernière consultation : _____

Tests, traitement, médicaments prescrits (s'il n'y en a aucun, indiquez « aucun ») : _____

Résultats et état de santé actuel : _____

Nom du médecin du conjoint : _____ Tél. : () _____ Date de la dernière consultation : (JJ/MM/AAAA)
(si vous demandez la couverture du conjoint)

Raison et résultats de la dernière consultation : _____

Tests, traitement, médicaments prescrits (s'il n'y en a aucun, indiquez « aucun ») : _____

MEMBRE				CONJOINT			
Taille du membre :	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> m/cm	Poids :	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Taille du conjoint :	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> m/cm	Poids :	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Dans l'affirmative :	Gain <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Perte	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Dans l'affirmative :	Gain <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Perte	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Raison du changement : _____				Raison du changement : _____			

7. RENSEIGNEMENTS SUR LES AUTRES ASSURANCES ET LA SITUATION FINANCIÈRE

Membre		Conjoint	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous (le membre ou le conjoint) une couverture d'assurance vie en suspens ou en vigueur auprès de Manuvie ou d'une autre société?

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous (si l'espace est insuffisant, utilisez une feuille distincte et apposez-y votre signature et la date) :

Nom du demandeur	Nom de la société	Assurance individuelle ou d'entreprise	Montant de couverture	Prévoyez-vous remplacer cette couverture?
		<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Entreprise	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Entreprise	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Remarque : Si vous avez l'intention de remplacer une couverture (autre que celle dont vous bénéficiez peut-être au titre d'un régime d'assurance collective offert par un employeur), veuillez ne pas résilier votre couverture maintenant. 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.

MEMBRE : Revenu gagné annuel net, déduction faite des frais, avant impôts : _____ \$	CONJOINT : Revenu gagné annuel net, déduction faite des frais, avant impôts : _____ \$
MEMBRE ET CONJOINT : Montant de votre avoir net combiné (actif moins passif) : _____ \$	

8. RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

BÉNÉFICIAIRE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE ET DE DÉCÈS ACCIDENTEL DU MEMBRE

Par la présente, je (le membre) désigne la ou les personnes nommées ci-après pour recevoir toute prestation de décès payable au titre de la couverture souscrite. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les prestations seront versées aux ayants droit.

1. Nom de famille : _____ Prénom : _____

Lien avec le membre : _____ % de la prestation : _____

2. Nom de famille : _____ Prénom : _____

Lien avec le membre : _____ % de la prestation : _____

Si vous désignez un bénéficiaire qui 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 de famille : _____ 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 de décès deviennent exigibles, elles 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, par la présente, que cette désignation de bénéficiaire est révocable. Une copie, une télécopie ou une copie numérisée de la désignation de bénéficiaire figurant dans la présente demande de souscription est aussi valide que l'original.

BÉNÉFICIAIRE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE ET DE DÉCÈS ACCIDENTEL DU CONJOINT

Conformément au contrat d'assurance collective, le membre est d'office bénéficiaire de la couverture d'assurance vie temporaire et de décès accidentel du conjoint, à moins qu'il ne désigne un bénéficiaire qui recevra les prestations. Seul le membre a le droit de désigner un bénéficiaire et peut le faire ci-après s'il le souhaite.

Par la présente, je (le membre) désigne la ou les personnes nommées ci-après pour recevoir toute prestation de décès payable au titre de la couverture souscrite. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les prestations seront versées au membre.

1. Nom de famille : _____ Prénom : _____

Lien avec le membre : _____ % de la prestation : _____

2. Nom de famille : _____ Prénom : _____

Lien avec le membre : _____ % 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 de famille : _____ 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 de décès deviennent exigibles, elles 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, par la présente, que cette désignation de bénéficiaire est révocable. Une copie, une télécopie ou une copie numérisée de la désignation de bénéficiaire figurant dans la présente demande de souscription est aussi valide que l'original.

9. AVIS SUR LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS ET AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ

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 soins médicaux 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. Si vous lui en faites la demande, 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 (www.mib.com).

AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ. Les renseignements précis et détaillés demandés dans la demande 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 demande, offrir et administrer les services et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, aux mandataires, aux administrateurs et aux 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 des renseignements personnels pour vous offrir des produits et services est facultatif et vous pouvez y mettre fin, si vous le voulez, en écrivant à Manuvie à l'adresse indiquée ci-après. 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.

10. DÉCLARATION ET AUTORISATION (Veuillez lire attentivement avant de signer.)

Par la présente, je soussigné (le membre) soumet une demande de souscription d'assurance auprès de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie). J'atteste/Nous attestons que les déclarations contenues dans la présente demande et la Déclaration de santé qui y était jointe à l'origine sont véridiques et complètes.

Il est entendu que la présente demande, ainsi que tout autre formulaire signé par moi/nous relativement à celle-ci, constitue la base de tout certificat établi au titre de la présente. La ou les personnes à assurer conviennent 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/nous soussignés, la personne/les personnes à assurer ou le parent ou tuteur/les parents ou tuteurs de la personne à assurer, si elle est mineure, autorise/autorisons 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, tout bureau ou agence d'évaluation du crédit, 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/nous ou mon/notre état de santé, ou sur l'état de santé d'un membre de ma/notre 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 ou de toute demande de règlement subséquente. J'autorise/Nous autorisons Manuvie à consulter ses dossiers existants à cette fin. J'autorise/nous autorisons Manuvie à obtenir un rapport de solvabilité et/ou un rapport sur le consommateur.

J'autorise/Nous autorisons Manuvie, ses filiales, sociétés affiliées et mandataires à utiliser les renseignements fournis dans la présente demande et dans leurs dossiers existants pour m'offrir/nous offrir leurs produits ou services. Il est entendu que mon/notre consentement à l'utilisation de ces renseignements pour m'offrir/nous offrir des produits ou des services est facultatif et que je peux/nous pouvons 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.

Je déclare/Nous déclarons avoir reçu l'AVIS SUR LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS ainsi que l'AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ, et je confirme/nous confirmons en accepter les conditions.

Je soussigné (le membre) 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/Nous déclarons 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/Nous reconnaissons 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/Nous reconnaissons 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/notre Déclaration de santé dûment remplie) et la première prime, sous réserve de l'approbation des tarificateurs de la Société. Si je demande/nous demandons une nouvelle couverture et que ma/ notre demande est approuvée, je recevrai/nous recevrons un certificat faisant état de la couverture offerte et des principales dispositions contractuelles. Si je ne suis pas/nous ne sommes pas assurable(s), les primes payées seront remboursées intégralement.

En indiquant votre adresse électronique dans le présent document, vous consentez à ce que nous vous transmettions des renseignements ou des documents rattachés à cette demande ou au contrat, selon le cas, sous forme électronique.

Signature du membre

Date (JJ/MM/AAAA)

Fait à (ville et province)

Signature du conjoint (si la couverture du conjoint est demandée)

Date (JJ/MM/AAAA)

Fait à (ville et province)

RAPPORT DU CONSEILLER

Vous confirmez que vous avez communiqué au demandeur 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 cette opération.

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

De quelle façon préférez-vous être joint?	<input type="checkbox"/> par téléphone, à mon domicile <input type="checkbox"/> par téléphone, au bureau
<input type="checkbox"/> par courriel	Plage horaire souhaitée : <input type="checkbox"/> de 10 h à 15 h <input type="checkbox"/> de 15 h à 18 h

Pour obtenir de plus amples renseignements sur ces couvertures et sur les autres régimes parrainés par Ingénieurs Canada ou pour en faire la demande, visitez dès aujourd'hui le nouveau site Web à l'adresse **www.manuvie.com/ingenieursVIE**.

Pour un service personnalisé, appelez-nous sans frais au
1 877 598-2273
ou envoyez un courriel à l'adresse **am_info@manuvie.com**

VEUILLEZ ENVOYER VOTRE DEMANDE DÛMENT REMPLIE ACCOMPAGNÉE DE VOTRE PAIEMENT À L'ADRESSE SUIVANTE :
Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande.

Cette couverture est établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

