

# Proposition d'assurance-vie facultative

## DIRECTIVES

*Veillez écrire toutes les réponses en caractères d'imprimerie.*

1. *Veillez consulter l'administrateur de votre régime pour connaître le type de couverture offerte par votre régime et cocher (✓) la case appropriée pour indiquer le type de couverture désirée.*  
 PARTICIPANT UNIQUEMENT     PARTICIPANT ET CONJOINT     PARTICIPANT, CONJOINT ET PERSONNES À CHARGE
2. *Veillez voir à ce que TOUTES LES PARTIES soient remplies.*  
 Partie 1 - Renseignements sur le promoteur du régime - Doit être remplie par l'administrateur du régime.  
 Partie 2 - Renseignements sur le participant au régime - Doit être remplie par le participant au régime.
3. *Vous DEVEZ soumettre la présente proposition d'assurance-vie facultative à la Financière Manuvie accompagnée du formulaire GL2979F, Preuve d'assurabilité, DUMENT REMPLI.*  
*(AUCUNE preuve d'assurabilité N'EST EXIGÉE si le statut de « fumeur » est changé pour celui de « non-fumeur ».)*
4. *Si nécessaire, conservez une copie dans vos dossiers.*

### Partie 1 Renseignements sur le promoteur du régime

Numéro(s) de contrat	Numéro de compte/Division	Numéro de certificat	
		Catégorie	Rémunération annuelle \$
Promoteur du régime/Employeur			Date d'admissibilité (jj/mmmm/aaaa)

### Partie 2 Renseignements sur le participant au régime

Nom et prénom(s) du participant		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
Langue préférée/Language preference <input type="radio"/> Français/French <input type="radio"/> English/Anglais		Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	
Province du domicile		Avez-vous fumé (cigarettes, cigares, pipes, etc.) ou pris du tabac sous une autre forme au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
<b>Montant d'assurance-vie facultative :</b>			
Montant actuel de l'adhérent	_____	\$	
Montant supplémentaire demandé	_____	\$	
Montant total demandé	_____	\$	OU _____ x le salaire, s'il y a lieu

### Désignation de bénéficiaire

Nom et prénom(s) du bénéficiaire	Lien avec le participant/salarié
Au Québec, à moins d'avis contraire, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable. Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable.	<b>RÉSERVÉ AUX RÉSIDANTS DU QUÉBEC</b> Si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable

### Couverture du conjoint

*NOTA : Vous serez bénéficiaire de l'assurance de votre conjoint si vous êtes vivant à son décès; sinon, vos ayants droit seront bénéficiaires.*

Nom et prénom(s) du conjoint	Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
Votre conjoint a-t-il fumé (cigarettes, cigares, pipes, etc.) ou pris du tabac sous une autre forme au cours des 12 derniers mois?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Montant d'assurance-vie facultative :</b>		
Montant actuel de l'adhérent	_____	\$
Montant supplémentaire demandé	_____	\$
Montant total demandé	_____	\$
		OU _____ x le salaire, s'il y a lieu

### Couverture des personnes à charge

*NOTA : Vous serez bénéficiaire de l'assurance de la personne à votre charge si vous êtes vivant à son décès; sinon, vos ayants droit seront bénéficiaires.*

Nom et prénom(s) de la personne à charge	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
Montant total demandé	Lien avec le participant/salarié
	Étudiant à temps plein <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

### Attestation et autorisation

Je certifie que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets. J'autorise tout professionnel de la santé, toute autre compagnie d'assurance, toute commission des accidents du travail, mon employeur, ou d'autres personnes à divulguer et à échanger des renseignements demandés par la Financière Manuvie lorsqu'ils sont nécessaires au traitement de ma proposition d'assurance. Si mon numéro de certificat correspond à mon numéro d'assurance sociale, j'autorise son utilisation à des fins d'identification et d'administration de mon assurance collective. Je reconnais qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature du participant/salarié	Date (jj/mmmm/aaaa)
----------------------------------	---------------------

La Financière Manuvie reconnaît l'importance de la confidentialité des renseignements personnels. Les renseignements fournis seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie et maladie. Seules les personnes suivantes ont accès aux renseignements versés dans votre dossier :

- les employés et les représentants de la Financière Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que vous avez autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés dans votre dossier et, au besoin, de corriger tout renseignement inexact.