

Déclaration sur l'usage de substances fumables

Assurance collective

À remplir par le participant/conjoint. L'assuré qui n'a pas fumé (cigarettes, cigares, pipes, etc.) ni pris de tabac sous une autre forme au cours des 12 derniers mois a droit à la réduction du taux de prime de l'assurance facultative accordée aux non-fumeurs. Si vous ou votre conjoint répondez à cette condition, veuillez remplir le présent formulaire et le faire parvenir au promoteur de régime.

1 Renseignements sur le participant	Numéro de contrat	Numéro de certificat du participant	Nom du promoteur de régime
	Nom de famille et prénom du participant		Province du domicile
Renseignements sur le conjoint À remplir seulement si le conjoint est couvert.	Nom de famille et prénom du conjoint		
2 Déclaration	<p>Par la présente, je déclare à titre de participant/conjoint :</p> <p><input type="radio"/> que je n'ai pas fumé (cigarettes, cigares, pipes, etc.) ni pris de tabac sous une autre forme au cours des DOUZE derniers mois;</p> <p><input type="radio"/> que mon conjoint n'a pas fumé (cigarettes, cigares, pipes, etc.) ni pris de tabac sous une autre forme au cours des DOUZE derniers mois.</p>		
3 Signature et autorisation La présente déclaration doit être signée et datée afin d'être valide.	<p>Je certifie que je (c'est-à-dire le participant, le conjoint ou tout enfant à charge ayant la capacité de contracter, selon le cas) présente une demande d'assurance collective (couverture) et que les renseignements fournis sont exacts et complets. Je reconnais que si des renseignements faux, incomplets ou trompeurs sont fournis, ma demande peut être refusée ou ma couverture, prendre fin. J'autorise la Financière Manuvie (Manuvie) à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (renseignements) aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications ou du traitement de ma demande, ainsi qu'à des fins de tarification médicale. Je suis autorisé à consentir à la collecte, l'utilisation, la conservation, l'échange et la divulgation de renseignements pertinents au sujet de tout enfant mineur touché par la présente demande de couverture lorsqu'ils sont nécessaires aux fins ci-dessus, et je reconnais que toutes les déclarations faites par moi-même dans la présente s'appliquent également à cet enfant mineur. Je comprends que Manuvie effectuera des recherches dans le cadre de l'étude de la présente demande et pourrait avoir besoin de renseignements me concernant, notamment en rapport avec mes activités, mon revenu, mon emploi, mon instruction, ma formation, mon état de santé, mes antécédents médicaux et traitements, y compris les notes cliniques. J'autorise toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. Je comprends que toute couverture n'entrera en vigueur que lorsqu'elle aura été approuvée par Manuvie. Si mon numéro d'assurance sociale correspond à mon numéro de certificat, j'autorise son utilisation à des fins d'identification et d'administration. Je reconnais qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. Je reconnais que je peux me renseigner davantage sur les méthodes et motifs qui déterminent la collecte, l'utilisation, la conservation ou la divulgation des renseignements personnels en consultant la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels qui se trouve dans le site www.manuvie.ca/assurancecollective ou en m'adressant au promoteur du régime.</p>		
	Signature du participant		Date (jj/mmmm/aaaa)
	Signature du conjoint		Date (jj/mmmm/aaaa)
	<p>Tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches; • les personnes que vous avez autorisées; et • les personnes autorisées par la loi. <p>Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.</p>		
4 Envoi du formulaire	<p>Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :</p> <p>Administration – Participants au régime Financière Manuvie P.O. Box 2026 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2Z1</p>		