

Proposition d'assurance-vie facultative et preuve d'assurabilité - Version électronique

Assurance collective

DIRECTIVES - Veuillez écrire toutes les réponses en caractères d'imprimerie.

1. Veuillez 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
 CONJOINT ET/OU PERSONNES À CHARGE

2. Veuillez voir à ce que TOUTES LES PARTIES soient remplies.

Partie 1 - Renseignements sur le promoteur de régime - **DOIT ÊTRE REMPLIE EN PREMIER PAR L'ADMINISTRATEUR DE RÉGIME.**

Parties 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 8 - Renseignements sur le participant ou le conjoint - Doivent être remplies par le participant ou le conjoint avant que le formulaire soit envoyé à la Financière Manuvie.

3. Si nécessaire, conservez une copie dans vos dossiers.

1 Renseignements sur le promoteur de régime

| | | | |
|---|---------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Numéro(s) de contrat | Numéro de division | Numéro de certificat du participant | |
| | | Catégorie | Rémunération annuelle \$ |
| Promoteur de régime | | Date d'admissibilité (jj/mmmm/aaaa) | |
| Montant d'assurance-vie facultative : <input type="radio"/> Dollars OU <input type="radio"/> Tranches OU <input type="radio"/> Multiple du salaire | | | |
| Montant actuel du participant | \$ | OU | tranches de \$ |
| Montant supplémentaire demandé | \$ | OU | tranches de \$ |
| Montant total demandé | \$ | OU | tranches de \$ |
| Montant d'assurance-vie facultative du conjoint : <input type="radio"/> Dollars OU <input type="radio"/> Tranches OU <input type="radio"/> Multiple du salaire | | | |
| Montant actuel du conjoint | \$ | OU | tranches de \$ |
| Montant supplémentaire demandé | \$ | OU | tranches de \$ |
| Montant total demandé | \$ | OU | tranches de \$ |
| Montant d'assurance-vie facultative des personnes à charge : <input type="radio"/> Dollars OU <input type="radio"/> Tranches | | | |
| Montant actuel de la personne à charge | \$ | OU | tranches de \$ |
| Montant supplémentaire demandé | \$ | OU | tranches de \$ |
| Montant total demandé | \$ | OU | tranches de \$ |
| Nom de l'administrateur de régime | | Date (jj/mmmm/aaaa) | |
| Numéro de téléphone | Adresse de courriel | | |

2 Déclaration du participant

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
| Nom et prénom du participant | | | |
| Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin | Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) | Numéro de téléphone (domicile) | Numéro de téléphone (travail) |
| Adresse du participant (numéro, rue, appartement) | | | |
| Ville | | Province | Code postal |
| Taille _____ m _____ cm _____ pi _____ po | Poids <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb | 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 | |
| Avez-vous perdu ou pris plus de 10 livres au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui, veuillez répondre à ce qui suit : | | | |
| Combien de livres ou de kilos avez-vous perdus ou pris? <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb | S'agit-il d'une prise ou d'une perte de poids? | Raison | |
| Nom et prénom du médecin personnel | | | |
| Adresse du médecin personnel (numéro, rue, bureau) | | | Numéro de téléphone |
| Ville | | Province | Code postal |

3 Désignation de bénéficiaire

Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les AYANTS DROIT sont présumés être les bénéficiaires.

Nota : vous serez bénéficiaire de l'assurance de votre conjoint et des enfants à votre charge si vous êtes vivant à leur décès; sinon, vos ayants droit seront bénéficiaires.

Dans le cas de bénéficiaires mineurs.

| | | |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Nom et prénom du bénéficiaire | Lien avec le participant | Pourcentage du capital % |
| Nom et prénom du bénéficiaire | Lien avec le participant | Pourcentage du capital % |
| Nom et prénom du bénéficiaire | Lien avec le participant | Pourcentage du capital % |
| TOTAL | | 100 % |

Je nomme _____ bénéficiaire fiduciaire des sommes dues à tout bénéficiaire mineur (ne s'applique pas au Québec).

Irrévocabilité

Réservé aux résidents du Québec
Au Québec, à moins d'avis contraire, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable.
Si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est
 Révocable Irrévocable

Nota : Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable. Veuillez joindre le consentement signé et daté au présent formulaire. **Il vous revient de vous assurer de la validité de votre désignation.**

4 Déclaration du conjoint

Nom et prénom du conjoint

| | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
| Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin | Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) | Numéro de téléphone (domicile) | Numéro de téléphone (travail) |
| Taille _____ m _____ cm _____ pi _____ po | Poids <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb | 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 | |
| Avez-vous perdu ou pris plus de 10 livres au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui, veuillez répondre à ce qui suit : | | | |
| Combien de livres ou de kilos avez-vous perdus ou pris? <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb | S'agit-il d'une prise ou d'une perte de poids? | Raison | |
| Votre médecin personnel est-il le même que celui du participant? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si non, veuillez remplir la section ci-dessous. | | | |
| Nom et prénom du médecin personnel | | | |
| Adresse du médecin personnel (numéro, rue, bureau) | | | Numéro de téléphone |
| Ville | | Province | Code postal |

5 Déclaration sur les personnes à charge

Ne remplir qu'en cas de demande d'adhésion des personnes à charge.

Veuillez fournir les renseignements suivants sur chaque personne à charge à assurer.

| NOM COMPLET DE LA PERSONNE À CHARGE ADMISSIBLE | SEXE | LIEN AVEC LE PARTICIPANT | DATE DE NAISSANCE (jj/mmmm/aaaa) | TAILLE | | POIDS | |
|--|---|--------------------------|----------------------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|
| | | | | <input type="radio"/> m <input type="radio"/> pi | <input type="radio"/> cm <input type="radio"/> po | <input type="radio"/> kg | <input type="radio"/> lb |
| | <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin | | | | | | |
| | <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin | | | | | | |
| | <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin | | | | | | |
| | <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin | | | | | | |

Le médecin personnel est-il le même que celui du participant? Oui Non
Si non, veuillez remplir la section ci-dessous.

Nom et prénom du médecin personnel

| | | | |
|--|--|----------|---------------------|
| Adresse du médecin personnel (numéro, rue, bureau) | | | Numéro de téléphone |
| Ville | | Province | Code postal |

6 Questionnaire médical

| | Participant | Conjoint | Enfants |
|---|--|--|--|
| 1. Au cours des trois dernières années, avez-vous soumis une proposition d'assurance-vie ou d'assurance-maladie qui a été refusée, différée ou modifiée de quelque façon que ce soit? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 2. Au cours des trois dernières années, avez-vous consulté un médecin ou avez-vous été traité pour une des affections suivantes : hypertension, douleurs à la poitrine, crise cardiaque, souffle au cœur, accident cérébrovasculaire, cancer, tumeur, ulcère, colite, diabète, asthme, épilepsie, mal de dos, troubles mentaux, nerveux ou émotifs, anxiété ou dépression, infection urinaire, maladie transmise sexuellement, alcoolisme, toxicomanie ou tout autre trouble ou maladie du cœur, du sang, des poumons, du foie, des reins ou du système urinaire? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 3. Au cours des trois dernières années, vous a-t-on dit que vous souffriez d'une affection immuno-déficitaire, y compris du SIDA ou d'affections reliées au SIDA (ARS), ou d'hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques, ou avez-vous obtenu des résultats d'examen révélant que vous avez peut-être été exposé au virus du SIDA (p. ex. virus VIH, HTLV III, LAV)? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 4. Au cours des trois dernières années, avez-vous subi une intervention chirurgicale ou été hospitalisé? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 5. Avez-vous consulté un médecin ou autre praticien au cours des 60 derniers jours et, le cas échéant, vous a-t-il informé que vous deviez suivre un traitement ou subir un examen, un test diagnostique ou une intervention chirurgicale, qui n'a pas encore été effectué? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 6. Au cours des cinq dernières années, avez-vous passé une radiographie, un électrocardiogramme, un test sanguin ou tout autre test à d'autres occasions que lors de l'examen médical de routine. Avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux ou autre? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 7. Avez-vous des antécédents familiaux de maladies héréditaires ou congénitales (p. ex. chorée de Huntington, diabète, troubles cardiaques ou rénaux)? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 8. Est-ce que vous, votre conjoint ou l'une des personnes à votre charge avez (a) effectué des vols à titre de pilote, d'élève-pilote ou de membre d'équipage au cours des 12 derniers mois ou avez-vous l'intention de le faire? (b) pratiqué des sports dangereux tels la course, la plongée sous-marine, le parachutisme ou tout autre sport dangereux au cours des 12 derniers mois ou avez-vous l'intention de le faire? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| Veuillez indiquer quelle activité. _____ | | | |

Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, veuillez fournir les renseignements suivants.

Si vous manquez d'espace, veuillez joindre un autre formulaire ou une feuille (les deux documents doivent être signés et datés).

| N° DE LA QUESTION | NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE | PRÉCISIONS OU NOM DE L'AFFECTION | DATE ET DURÉE | TRAITEMENTS ET RÉSULTATS (RÉTABLISSEMENT OU SÉQUELLES) | NOM ET ADRESSE DES MÉDECINS ET DES HÔPITAUX |
|-------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------|--|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

7 Attestation et autorisation

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.

| | |
|---|---------------------|
| Signature du participant | Date (jj/mmmm/aaaa) |
| Signature du conjoint (nécessaire seulement si une preuve concernant l'assurabilité du conjoint est fournie dans le présent formulaire) | Date (jj/mmmm/aaaa) |

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 :

- 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.

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.

8 Directives d'envoi

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

**Tarification médicale, Collective
Financière Manuvie
P.O. Box 2026
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2Z1**

This document is also available in English at www.manulife.ca/groupbenefits