

# Les garanties personnelles – Une nouvelle occasion d’ajouter du zeste à votre programme d’avantages sociaux



## Les garanties personnelles – Une nouvelle occasion d’ajouter du zeste à votre programme d’avantages sociaux

Les garanties personnelles vous aident, de manière simple et abordable, à vous procurer la sécurité financière dont vous avez besoin. Elles se démarquent des avantages sociaux habituels du fait qu’il s’agit de garanties d’assurance individuelle et que vous êtes le titulaire du contrat. La couverture vous suit ainsi partout, même si vous changez d’emploi.

Les garanties personnelles sont un moyen simple de souscrire une **assurance vie**. Elles vous permettent de vous procurer une couverture abordable pour vous, votre conjoint ou vos enfants.

Elles vous sont offertes par l’intermédiaire du promoteur de régime et sont souscrites par la Financière Manuvie. Elles peuvent constituer un ajout précieux à votre planification financière, vous aidant à protéger encore davantage ce qui vous est le plus cher : votre famille et votre style de vie.



## Assurance vie personnelle

Il n'est jamais agréable de penser à la nécessité de souscrire une assurance vie, mais vous serez réconforté de savoir que vous avez protégé votre famille des répercussions financières qu'entraînerait votre décès ou celui de votre conjoint.

L'assurance vie personnelle s'ajoute à la couverture de base qui vous est offerte dans le cadre de votre programme d'avantages sociaux. Elle est conçue pour atténuer les conséquences désastreuses qu'une perte de revenu pourrait avoir sur votre style de vie ou sur celui de votre famille.

### L'assurance vie personnelle présente les avantages suivants :

- assurance vie de 25 000 \$ sur votre tête et sur celle de votre conjoint, sans que vous deviez fournir des renseignements médicaux détaillés\*;
- possibilité de souscrire une couverture maximale de 500 000 \$, par tranche de 25 000 \$, en fournissant des renseignements médicaux additionnels\*;
- assurance vie de 20 000 \$ sur la tête de chacun de vos enfants admissibles.

### Prestation du vivant

L'assurance vie personnelle comporte un autre avantage : la prestation du vivant. Si par malheur, vous ou votre conjoint êtes victime d'une maladie en phase terminale, la garantie de prestation du vivant prévoit le versement unique d'une avance équivalant à 50 % du montant de votre assurance vie personnelle, jusqu'à concurrence de 50 000 \$. Le montant de votre assurance vie personnelle est alors réduit du montant de la prestation du vivant qui a été versée. L'assurance vie personnelle doit être en vigueur depuis au moins deux ans pour qu'une prestation du vivant puisse être versée.

Si vous êtes atteint d'une maladie en phase terminale et si une prestation du vivant vous est versée, la prime de toute assurance vie personnelle n'aura pas à être acquittée pendant une période maximale de 12 mois.

La garantie de prestation du vivant vous procure une aide financière précieuse, au moment où vous en avez le plus besoin.

## Souscription facile

### Il est facile de souscrire les garanties personnelles

Nous avons tenu à rendre la souscription des garanties personnelles aussi simple et pratique que possible. Il vous suffit de :

1. déterminer le montant de couverture souhaité;
2. remplir et nous envoyer le formulaire de demande ainsi que les renseignements médicaux nécessaires, le cas échéant;
3. fournir les renseignements sur votre compte bancaire ou votre carte de crédit nécessaires au paiement des primes mensuelles.

La couverture entrera en vigueur une fois que votre demande d'assurance aura été approuvée. La souscription de vos garanties personnelles vous sera confirmée par la poste.

**Vous devez conserver dans vos dossiers une copie de votre formulaire de demande d'assurance, car il fera partie de votre contrat.**

### Calcul de la prime mensuelle

Pour calculer le montant de votre prime, vous n'avez qu'à suivre les étapes suivantes :

**Étape 1 :** déterminez le montant de couverture que vous souhaitez demander.

**Étape 2 :** calculez le nombre de tranches de 1 000 \$.  
Par exemple, une couverture de 25 000 \$ comprend 25 tranches.

**Étape 3 :** trouvez dans le tableau le taux de prime qui correspond à votre âge, à votre sexe et à votre usage des produits du tabac.

**Étape 4 :** multipliez le nombre de tranches par le taux de prime pour obtenir le montant de votre prime mensuelle.

- *Voir page 5 pour des précisions.*

## Divers modes de paiement vous sont offerts

Vous devez payer les primes des garanties personnelles directement à la Financière Manuvie, selon l'un des modes suivants :

- carte de crédit;
- prélèvement automatique.

Les primes sont prélevées le premier jour ouvrable de chaque mois.

## Admissibilité aux garanties personnelles

Si vous et votre conjoint (si vous demandez l'assurance du conjoint) avez entre 18 et 65 ans, habitez au Canada et êtes en bonne santé, comme il est décrit sur le formulaire de demande d'assurance, vous êtes admissibles aux garanties personnelles.

Si les enfants à votre charge sont en bonne santé, comme il est décrit sur le formulaire de demande d'assurance, ils sont admissibles à l'assurance vie personnelle de la naissance à l'âge de 21 ans.

Pour connaître les définitions de conjoint et d'enfant, veuillez vous reporter à la foire aux questions.

**Vous pouvez souscrire une garantie pour votre conjoint et vos enfants sans en souscrire une pour vous-même.**

## Dispositions relatives à la fin de la couverture

**En ce qui vous concerne**, le titulaire du contrat, la couverture offerte par la Financière Manuvie prend fin à la première des éventualités suivantes :

- à votre 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance;
- le jour où les primes cessent d'être acquittées;
- à votre décès;
- à la date à laquelle vous résiliez votre couverture ou votre contrat de garanties personnelles.

**En ce qui concerne votre conjoint**, la couverture offerte par la Financière Manuvie prend fin à la première des éventualités suivantes :

- au 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance de votre conjoint;
- le jour où les primes cessent d'être acquittées;
- au décès de votre conjoint;
- au décès du titulaire du contrat;
- à la date à laquelle vous résiliez votre contrat de garanties personnelles ou la couverture de votre conjoint.

**En ce qui concerne chaque enfant**, la couverture offerte par la Financière Manuvie prend fin à la première des éventualités suivantes :

- au 21<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'enfant en ce qui concerne l'assurance vie personnelle;
- le jour où les primes cessent d'être acquittées;
- au décès de l'enfant;
- au décès du titulaire du contrat;
- à la date à laquelle vous résiliez votre contrat de garanties personnelles ou la couverture de l'enfant.



## Foire aux questions

### Quand la couverture entre-t-elle en vigueur?

La couverture entre en vigueur le premier jour du mois suivant l'approbation de votre demande d'assurance et la réception de votre paiement de la prime initiale. La prime est exigible le premier jour du mois.

### Quels sont les renseignements médicaux requis?

Si, des renseignements médicaux détaillés sont nécessaires en raison du montant de couverture que vous demandez, vous devez remplir le questionnaire de preuve d'assurabilité et y divulguer toute affection, blessure ou maladie survenue avant la date de votre demande d'assurance ou à cette date. Comme le questionnaire de preuve d'assurabilité est joint au formulaire de demande d'assurance, vous pouvez facilement demander le montant de couverture dont vous avez besoin.

Dans la plupart des cas, il n'est pas nécessaire de se soumettre à un examen médical. Toutefois, nous nous réservons le droit de demander un examen médical si nous le jugeons nécessaire à l'évaluation de votre demande d'assurance.

### Faut-il que je désigne le bénéficiaire de mon assurance vie?

Vous serez automatiquement le bénéficiaire désigné de la somme assurée au titre de l'assurance vie de votre conjoint et de vos enfants, mais il est important que vous nommiez le bénéficiaire de la somme assurée au titre de votre propre couverture. Si vous ne désignez aucun bénéficiaire, nous verserons la prestation de décès éventuelle à vos ayants droit. Il est important de noter que des droits de succession peuvent être exigés sur les prestations d'assurance versées aux ayants droit. Selon les règles actuelles de l'Agence du revenu du Canada, les prestations de décès versées à un bénéficiaire désigné ne sont pas imposables. Pour en savoir plus à ce sujet, veuillez communiquer avec votre conseiller fiscal.

### Mon taux de prime va-t-il changer?

Les taux étant établis en fonction du groupe d'âge, chaque fois que l'assuré (vous ou votre conjoint) passera

à un nouveau groupe d'âge, votre taux de prime changera à la première date anniversaire du contrat suivant ce passage.

De plus, comme la couverture est renouvelable annuellement, le taux de prime sera rajusté certaines années. Ces rajustements entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet, et vous en serez informé au préalable.

### Comment définit-on non-fumeur dans le contrat?

Pour être considéré comme un non-fumeur, vous ou votre conjoint devez déclarer n'avoir fait usage d'aucun produit du tabac pendant les 12 mois précédant la date de votre demande de souscription de garanties personnelles. Ces produits incluent la cigarette, le cigare, le tabac à pipe, le tabac à chiquer, les timbres à la nicotine et la gomme à la nicotine.

### La taxe de vente provinciale s'applique-t-elle aux garanties personnelles?

Non, la taxe de vente ne s'applique pas aux primes des garanties personnelles.

### Les prestations sont-elles considérées comme un revenu imposable?

Non, à l'heure actuelle, les prestations ne sont pas considérées comme un revenu imposable. Cependant, les intérêts gagnés sur une prestation de décès avant son versement sont imposables. Au moment du règlement des sommes dues, un Relevé 3 (ou un T5 si vous habitez à l'extérieur du Québec) sera émis si les intérêts versés sont supérieurs à 50 \$. Pour en savoir plus à ce sujet, veuillez communiquer avec votre conseiller fiscal.

### Comment puis-je modifier le montant de la couverture en vigueur?

Pour modifier le montant de la couverture, vous n'avez qu'à remplir le formulaire de demande d'assurance. Si vous souhaitez augmenter le montant de la couverture pour vous-même ou pour votre conjoint à plus de 25 000 \$, vous devrez fournir des renseignements médicaux en remplissant le questionnaire de preuve d'assurabilité joint au formulaire de demande d'assurance.

## Pourquoi devrais-je préférer l'assurance vie personnelle à l'assurance individuelle traditionnelle ou à l'assurance crédit?

En général, les taux de primes des garanties personnelles sont plus avantageux que ceux de l'assurance individuelle. L'assurance vie personnelle est facile à souscrire. Il suffit de remplir un formulaire de demande d'assurance et, habituellement, il n'y a aucun examen médical à subir. Et contrairement à l'assurance crédit, comme l'assurance hypothécaire, le montant de la couverture des garanties personnelles ne diminue pas progressivement. Souvent, le capital des contrats d'assurance crédit est réduit à mesure que vous remboursez votre emprunt.

## Comment faire pour informer la Financière Manuvie des changements concernant mon adresse, mon compte bancaire, mon bénéficiaire ou les personnes à ma charge?

En ce qui concerne vos garanties personnelles, vous pouvez modifier en ligne les données relatives à votre compte bancaire ou à votre adresse. Vous n'avez qu'à accéder au site protégé à l'intention des participants, à l'adresse [www.manuvie.ca/garantiespersonnelles/vie](http://www.manuvie.ca/garantiespersonnelles/vie), au moyen de votre numéro de contrat de garanties personnelles. Pour modifier les données relatives aux personnes à charge ou au bénéficiaire, vous devrez nous envoyer un formulaire d'avis de changement, dont vous pourrez obtenir un exemplaire en consultant la section des formulaires du site protégé ou en appelant notre Service à la clientèle au 1 800 268-6195. Ce formulaire peut aussi servir à nous signifier un changement de compte bancaire ou d'adresse.

## Comment faire pour présenter une demande de règlement au titre des garanties personnelles?

Pour présenter une demande de règlement, vous n'avez qu'à remplir le formulaire approprié et à fournir une preuve de sinistre. Pour plus de renseignements à ce sujet, rendez-vous à l'adresse [www.manuvie.ca/garantiespersonnelles/vie](http://www.manuvie.ca/garantiespersonnelles/vie) ou téléphonez à notre Service à la clientèle, au 1 800 268 6195.

## Les renseignements figurant dans ma demande d'assurance et les résultats des examens médicaux demeureront-ils confidentiels?

À la Financière Manuvie, la protection des renseignements personnels qui nous sont confiés est d'une importance primordiale. Nous avons depuis longtemps mis en place des politiques et des pratiques relatives à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et à la protection des renseignements personnels de nos clients. Notre engagement envers la protection des renseignements personnels est précisé dans la politique de protection des renseignements personnels de la Division canadienne de la Financière Manuvie. Les garanties personnelles vous offrent une protection additionnelle, car votre contrat est souscrit directement auprès de la Financière Manuvie et votre employeur n'est pas informé des décisions relatives à votre demande d'assurance.

Pour en savoir plus sur la politique de protection des renseignements personnels de la Division canadienne de la Financière Manuvie, rendez-vous à l'adresse [www.manuvie.ca/garantiespersonnelles/vie](http://www.manuvie.ca/garantiespersonnelles/vie)

## Comment définit-on conjoint et enfant dans le contrat?

### Conjoint

Une personne, domiciliée au Canada, qui est votre conjoint légitime, ou la personne avec qui vous vivez une relation de couple de façon continue et qui est publiquement reconnue comme votre conjoint.

N'est pas considérée comme un conjoint :

- a) une personne dont vous êtes divorcé;
- b) une personne dont vous êtes séparé au titre d'une ordonnance du tribunal ou d'un jugement de séparation, ou une personne dont vous êtes séparé sans qu'il y ait ordonnance du tribunal ni jugement de séparation;
- c) une personne qui habite avec vous mais qui n'est pas publiquement reconnue comme votre conjoint

## Enfant

Votre enfant naturel ou adopté, ou votre beau-fils ou votre belle-fille qui

- a) est domicilié au Canada;
- b) n'est pas marié;
- c) ne travaille pas à temps plein;
- d) a moins de 21 ans et est à votre charge.

Une exclusion relative aux affections préexistantes s'applique si l'assurance vie personnelle a été souscrite sans que des renseignements médicaux détaillés aient été fournis.

Une **exclusion relative aux affections préexistantes** s'applique à toute affection pour laquelle l'assuré a présenté des signes ou des symptômes, a reçu ou aurait dû recevoir des soins médicaux, a consulté un médecin ou s'est fait prescrire des médicaments dans les **24 mois précédant** la date d'effet de l'assurance. Pendant les **24 premiers mois** d'assurance, aucune prestation n'est versée dans le cas d'une affection ayant un lien direct ou indirect avec une **affection préexistante**.

Pour être admissible à une couverture de 25 000 \$ ou moins sans qu'il soit nécessaire de remplir un questionnaire médical, vous devez nous faire parvenir une brève confirmation de notre hypothèse selon laquelle la personne sur la tête de laquelle vous souhaitez souscrire

l'assurance est en bonne santé, afin que nous soyons sûrs que cette personne n'est pas atteinte d'une affection préexistante. S'il est ensuite déterminé que la personne était atteinte d'une affection préexistante au moment de votre demande, aucune prestation ne sera versée pendant les 24 premiers mois d'assurance si l'affection est liée à une affection préexistante.

## Exclusion additionnelle concernant l'assurance vie des enfants

Toutes les exclusions et les restrictions s'appliquent à l'assurance vie des enfants. En outre, aucune prestation de décès n'est versée à l'égard d'un enfant qui naît ou qui décède dans les 10 mois suivant la date de la souscription de la couverture de l'enfant.

## Exclusions standard de l'assurance vie personnelle

Outre l'exclusion relative aux affections préexistantes, s'il y a lieu, aucune prestation n'est versée au titre du contrat si le décès de l'assuré survient pendant ou après la période de 24 mois suivant la date d'effet de sa couverture et s'il est attribuable, directement ou indirectement, ou est lié, de quelque manière ou dans quelque mesure que ce soit, à un suicide, à une tentative de suicide ou à une blessure que l'assuré s'est infligée pendant cette période de 24 mois.



# Protégez dès maintenant ceux qui vous sont le plus chers

Demandez les garanties personnelles en remplissant le formulaire ci-joint ou le formulaire qui se trouve à l'adresse [www.manuvie.ca/garantiespersonnelles/vie](http://www.manuvie.ca/garantiespersonnelles/vie).



## Assurance vie personnelle : montants de couverture et taux

**Couverture du participant et du conjoint** : offerte par tranches de 25 000 \$, jusqu'à concurrence de 500 000 \$.

Groupe d'âge	Taux mensuels d'assurance vie personnelle par tranche de 1 000 \$			
	Homme		Femme	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
De 0 à 24 ans	0,10 \$	0,06 \$	0,07 \$	0,05 \$
De 25 à 29 ans	0,09 \$	0,06 \$	0,07 \$	0,05 \$
De 30 à 34 ans	0,10 \$	0,06 \$	0,08 \$	0,05 \$
De 35 à 39 ans	0,12 \$	0,08 \$	0,10 \$	0,06 \$
De 40 à 44 ans	0,20 \$	0,11 \$	0,15 \$	0,10 \$
De 45 à 49 ans	0,34 \$	0,19 \$	0,25 \$	0,15 \$
De 50 à 54 ans	0,57 \$	0,32 \$	0,42 \$	0,25 \$
De 55 à 59 ans	0,90 \$	0,57 \$	0,64 \$	0,45 \$
De 60 à 64 ans	1,35 \$	0,83 \$	0,93 \$	0,62 \$
De 65 à 69 ans	2,13 \$	1,27 \$	1,65 \$	0,94 \$

**Couverture des enfants** : couverture fixe de 20 000 \$ par enfant à charge admissible.

La prime totale de la couverture de tous les enfants est de **4,20 \$** par mois.

### Comment calculer ma prime mensuelle?

Pour calculer le montant de votre prime, vous n'avez qu'à suivre les étapes suivantes :

**Étape 1** : déterminez le montant de couverture que vous souhaitez demander.

**Étape 2** : calculez le nombre de tranches de 1 000 \$. Par exemple, une couverture de 25 000 \$ comprend 25 tranches.

**Étape 3** : trouvez dans le tableau le taux de prime qui correspond à votre âge, à votre sexe et à votre usage des produits du tabac.

**Étape 4** : multipliez le nombre de tranches par le taux de prime pour obtenir le montant de votre prime mensuelle.



## Demande d'assurance vie personnelle

### Assurance collective

#### Conditions d'admissibilité

En signant la section Attestation et autorisation à la page 7 de 8 de la présente demande, je comprends et reconnais que pour être admissible à un montant d'assurance de 25 000 \$ ou moins sans avoir à remplir de questionnaire sur l'état de santé, la personne sur la tête de laquelle je souhaite souscrire l'assurance (moi, mon conjoint, mon ou mes enfants, ou les trois à la fois) doit être en bonne santé (« bonne santé »); **je déclare** donc que toute personne sur la tête de laquelle je souhaite souscrire l'assurance est en bonne santé et, plus précisément, que tout adulte visé par la présente demande n'est atteint d'aucune affection physique ou mentale l'empêchant :

a) de travailler de manière régulière s'il a un emploi;

b) de travailler de manière régulière, s'il est sans emploi mais qu'il décide de trouver un emploi; et

que toute personne sur la tête de laquelle je souhaite souscrire l'assurance n'a jamais présenté de demande d'assurance vie – ou été l'objet d'une telle demande – qui a été refusée par un autre assureur ou une autre société. **Je comprends et reconnais** que si la présente demande d'assurance est approuvée par la Financière Manuvie, le contrat qui sera établi à mon intention comportera une section relative aux exclusions énonçant qu'aucune prestation ne sera exigible dans le cas d'une maladie liée à une affection préexistante, conformément aux définitions énoncées dans le contrat.

#### Directives :

1. Au besoin, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime pour obtenir les numéros de contrat et de certificat.
2. Veuillez remplir le formulaire à l'encre et en lettres moulées.
3. **Veillez conserver une copie dans vos dossiers.**

#### 1 a) Renseignements sur le participant

À remplir si la couverture du participant, du conjoint ou d'un enfant est demandée

Numéro(s) de contrat		Numéro de certificat du participant	
Promoteur de régime/employeur			
Prénom et nom 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 de courriel (facultatif)			
Adresse du participant (numéro, rue, appartement)			
Ville		Province	Code postal

#### 1 b) Montant d'assurance vie personnelle demandé

À remplir si la couverture du participant est demandée

<b>Tranches de 25 000 \$ (maximum de 500 000 \$)</b>	
S'agit-il de votre première demande? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Si « oui », indiquez le montant d'assurance demandé : _____ \$	
Si « non », indiquez le montant additionnel d'assurance demandé : _____ \$	
Avez-vous fumé (cigarettes, cigares, pipes, etc.) ou pris du tabac sous une autre forme ou encore utilisé des produits anti-tabagisme au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

#### 2 Désignation de bénéficiaire

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

Nota : Cette section est destinée uniquement à désigner les bénéficiaires du participant. Vous serez automatiquement bénéficiaire 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.*

Prénom et nom du bénéficiaire (caractères d'imprimerie)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %
Prénom et nom du bénéficiaire (caractères d'imprimerie)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %
Prénom et nom du bénéficiaire (caractères d'imprimerie)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %
<b>TOTAL</b>		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.**

**3 Renseignements sur le conjoint**

À remplir uniquement si la couverture du conjoint est demandée

Prénom et nom du conjoint	Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
<b>Montant d'assurance vie personnelle du conjoint</b> <b>Tranche de 25 000 \$ (maximum de 500 000 \$)</b> S'agit-il de votre première demande? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « oui », indiquez le montant d'assurance demandé : _____ \$ Si « non », indiquez le montant additionnel d'assurance demandé : _____ \$		
Avez-vous fumé (cigarettes, cigares, pipes, etc.) ou pris du tabac sous une autre forme ou encore utilisé des produits anti-tabagisme au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		

**4 Renseignements sur les enfants**

À remplir uniquement si la couverture d'un ou de plusieurs enfants est demandée

<b>Montant d'assurance vie personnelle des enfants :</b> <input type="radio"/> Assurance de 20 000 \$ applicable à tous les enfants à charge admissibles âgés de moins de 21 ans.		
Veuillez fournir les renseignements demandés ci-après pour chacun des enfants à charge à assurer.		
Prénom et nom	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin
Prénom et nom	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin
Prénom et nom	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin
Prénom et nom	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin
Prénom et nom	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin

## Assurance vie personnelle – Preuve d’assurabilité

### Assurance collective

À remplir uniquement si la couverture totale demandée dépasse 25 000 \$

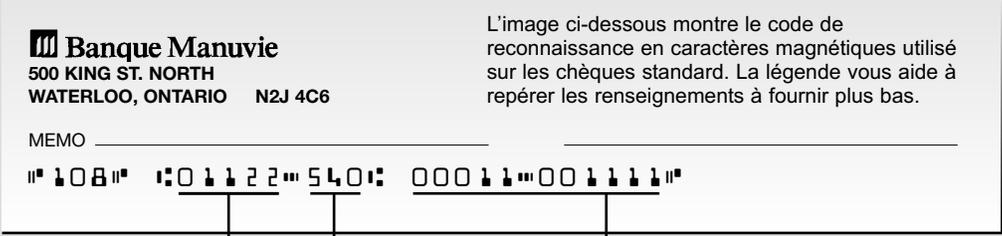
<b>Réservé à la Financière Manuvie</b>	Numéro(s) de contrat		Numéro de certificat du participant			
	Prénom et nom du participant			Participant <input type="radio"/> Fumeur <input type="radio"/> Non-fumeur	Conjoint <input type="radio"/> Fumeur <input type="radio"/> Non-fumeur	
<b>1 a) Renseignements médicaux de base sur le participant</b>  À remplir uniquement si la couverture totale demandée dépasse 25 000 \$	Taille _____ m _____ cm _____ pi _____ po			Poids <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb		
	Avez-vous pris ou perdu plus de 4,5 kg (10 livres) au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « oui », veuillez répondre aux questions suivantes :					
	Combien de kilos ou de livres avez-vous perdus ou pris? <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb		S'agit-il d'un gain ou d'une perte de poids?	Raison		
	Prénom et nom du médecin personnel			Numéro de téléphone ( )		
	Adresse du médecin personnel (numéro, rue, bureau)					
	Ville		Province		Code postal	
<b>1 b) Renseignements médicaux de base sur le conjoint</b>  À remplir uniquement si la couverture totale demandée pour le conjoint dépasse 25 000 \$	Taille _____ m _____ cm _____ pi _____ po			Poids <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb		
	Avez-vous pris ou perdu plus de 4,5 kg (10 livres) au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « oui », veuillez répondre aux questions suivantes :					
	Combien de kilos ou de livres avez-vous perdus ou pris? <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb		S'agit-il d'un gain ou d'une perte de poids?	Raison		
	Le médecin personnel du conjoint est-il le même que celui du participant? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « non », veuillez fournir les renseignements suivants :					
	Prénom et nom du médecin personnel			Numéro de téléphone ( )		
	Adresse du médecin personnel (numéro, rue, bureau)					
Ville		Province		Code postal		



## Assurance vie personnelle – Renseignements relatifs aux modalités de paiement

### Assurance collective

Le montant des primes est indiqué dans votre contrat et peut changer ultérieurement. Veuillez vous assurer que vous disposez dans votre compte des fonds nécessaires au paiement de la prime au moment où vous présentez votre demande. En effet, votre prime est exigible le premier jour du mois suivant l'approbation de la demande. Si la prime exigible porte sur plus de un mois, le montant total sera retiré de votre compte.

<b>Réservé à la Financière Manuvie</b>	Numéro(s) de contrat	Numéro de certificat	
	Prénom et nom du participant		
<b>1 Options de paiement mensuel</b>	Veuillez remplir la section 1 a) pour un paiement par prélèvement automatique ou la section 1 b) pour un paiement par carte de crédit.		
<b>a) Prélèvement automatique</b>	<p><b>Choisissez une des options suivantes :</b></p> <p><input type="radio"/> Prélèvement automatique personnel    <input type="radio"/> Prélèvement automatique d'entreprise</p>		
<p>À des fins de vérification, un chèque portant la mention « NUL » est exigé si les primes doivent être prélevées sur votre compte bancaire.</p>	 <p>L'image ci-dessous montre le code de reconnaissance en caractères magnétiques utilisé sur les chèques standard. La légende vous aide à repérer les renseignements à fournir plus bas.</p>		
		<p>MEMO _____</p> <p>   108    : 0 1 2 2 5 4 0 1 : 0 0 0 1 0 0 1 1 1 1   </p> <p><b>Numéro de domiciliation      Numéro de l'institution      Numéro de compte</b></p>	
Nom du détenteur du compte			
Nom de la banque ou de l'institution financière		Type de compte :	
		<input type="radio"/> Compte avec chèques <input type="radio"/> Compte sans chèques	
Numéro de domiciliation	Numéro de l'institution	Numéro de compte	
<p><b>Compte conjoint :</b> S'agit-il d'un compte conjoint qui n'exige qu'une seule signature?    <input type="radio"/> Oui    <input type="radio"/> Non</p> <p>Si le compte est conjoint et exige deux signatures pour les retraits, les deux détenteurs du compte doivent apposer leur signature à la section Attestation et autorisation de la page 7 de 8.</p>			
<p><b>Compte sans chèques :</b> Dans le cas d'un compte sans chèques, la Financière Manuvie exige une confirmation de votre institution financière (par exemple, un bordereau de retrait sur lequel figure le timbre de l'institution) pour que le processus de prélèvement automatique des primes puisse commencer.</p>			
<b>b) Paiement par carte de crédit</b>	Nom du détenteur de compte (s'il s'agit d'une autre personne que le participant)		
Carte de crédit		Numéro de carte	Date d'expiration (mm/aa)
<input type="radio"/> Visa <input type="radio"/> MasterCard <input type="radio"/> Amex			

## Assurance vie personnelle – Attestation et autorisation Assurance collective

### 1 Attestation et autorisation

**Je certifie**, à titre de participant ayant la capacité de contracter, que je présente une demande d'assurance personnelle 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, à utiliser, à conserver et à divulguer les renseignements personnels et médicaux (renseignements) relatifs à ma demande, incluant, mais sans s'y limiter, les traitements reçus et une copie des rapports de consultation, des notes cliniques, des résultats de tests, de mes antécédents médicaux et des dossiers d'hospitalisation, à des fins d'évaluation, de gestion ou de vérification de la présente demande ainsi qu'à des fins d'évaluation des risques médicaux et, si ma demande est acceptée, à des fins de gestion et de vérification de l'assurance, ainsi qu'à des fins de traitement de toute demande de règlement présentée par la suite et exigeant notamment un examen effectué par un médecin indépendant. **Je comprends** que tous les honoraires qui pourraient être exigés pour remplir la présente demande sont à ma charge. **Je certifie que je suis autorisé** à consentir à la collecte, à l'utilisation, à la conservation, à l'échange et à la divulgation de renseignements pertinents au sujet de toute personne à ma charge (conjoint ou enfants) visée par la présente demande lorsque ces renseignements sont nécessaires aux fins ci-dessus. **J'autorise** toute personne ou organisation détenant des renseignements, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, organisme de réglementation, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes, assureur et service d'enquête, à recueillir, à utiliser, à conserver – et à échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. **Je comprends** que toute assurance 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 de ma demande et de toute assurance ainsi qu'à des fins de paiement par prélèvements automatiques sur un compte bancaire ou par carte de crédit.

**J'autorise** Manuvie à prélever les primes exigibles sur le compte bancaire figurant sur le chèque ci-joint portant la mention « NUL » ou à les imputer au compte-carte de crédit indiqué dans la présente demande, selon le cas, le premier jour ouvrable de chaque mois au cours duquel les primes sont exigibles ou aux environs de cette date, à moins d'avis écrit contraire de ma part ou de mon représentant dûment autorisé. **Je comprends et je reconnais également** que Manuvie ou moi-même pouvons en tout temps, moyennant un avis écrit, mettre fin au prélèvement automatique des primes sur mon compte bancaire ou à leur imputation à mon compte-carte de crédit; le cas échéant, Manuvie pourra demander un autre mode de paiement qu'elle considérera acceptable. Les conditions de la présente autorisation de paiement des primes par prélèvement automatique sur le compte bancaire ou sur le compte-carte de crédit s'appliquent au compte bancaire et au compte carte de crédit susmentionnés, ou à tout autre compte bancaire ou compte-carte de crédit que je pourrais indiquer dans le futur, et demeureront en vigueur pour la durée de l'assurance ou jusqu'à un avis écrit contraire de ma part. **Je reconnais** que si j'ai opté pour le mode de prélèvement automatique sur mon compte bancaire (virements automatiques), **j'autorise** la banque ou une autre institution financière que j'ai désignée à exécuter mes instructions. **Je comprends** que Manuvie ou moi-même pouvons mettre fin aux prélèvements automatiques moyennant un préavis écrit de 10 jours, délai qui court à compter de la date de mise à la poste du préavis. **Je comprends** que je dispose de certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à l'entente de prélèvement automatique. J'ai, par exemple, le droit d'être remboursé en cas de prélèvement non autorisé ou non conforme à l'entente. Pour de plus amples renseignements au sujet de mes droits de recours ou d'annulation, je peux communiquer avec Manuvie ou visiter le site [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Si'il y a lieu, **j'autorise** Manuvie à communiquer avec moi par courriel au sujet de l'assurance, pour les fins susmentionnées, à l'adresse électronique fournie dans la présente demande. **Je comprends** qu'une telle communication peut inclure des renseignements et que la confidentialité de ces renseignements ne peut pas actuellement être protégée lors d'un envoi par courriel. **Je reconnais** que Manuvie n'est pas responsable des dommages que je pourrais subir si une communication par courriel entre Manuvie et moi découlant de la présente autorisation était interceptée par un tiers. **Je reconnais** que si l'adresse de courriel fournie dans la présente demande était modifiée, il m'incombe de fournir la nouvelle adresse à Manuvie. **Je comprends** que si je ne souhaite pas recevoir des renseignements (ou de l'information touchant des produits ou des services de Manuvie) par courriel à l'adresse électronique fournie dans la présente demande, je peux en faire la demande auprès du Service à la clientèle de Manuvie.

**Je reconnais** qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original. **Je désigne** la (les) personne(s) indiquée(s) dans la section Désignation de bénéficiaire ci-dessus comme bénéficiaire(s), dans l'éventualité de l'acceptation de ma demande. **Il est entendu** que je peux obtenir de l'information sur la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site [www.manuvie.ca](http://www.manuvie.ca) ou en m'adressant à Manuvie.

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

Signature du conjoint (nécessaire seulement si une preuve concernant l'assurabilité du conjoint est fournie dans la présente demande)	Date (jj/mmmm/aaaa)
---	---------------------

Signature du détenteur du compte, s'il s'agit d'une autre personne que le participant	Date (jj/mmmm/aaaa)
---	---------------------

Signature du détenteur conjoint du compte (le cas échéant)	Date (jj/mmmm/aaaa)
--	---------------------

Tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance personnelle. 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.

**Voir la page suivante.**

## 2 Directives d'envoi

Un chèque portant la mention « NUL » est exigé si les primes doivent être prélevées sur votre compte bancaire.

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

**Administration – Participants au régime**

**Financière Manuvie**

**P.O. Box 2026**

**Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2Z1**



## **Objet du présent document**

Le présent document vise à vous aider à prendre une décision éclairée quant à la souscription de garanties personnelles. Il ne s'agit que d'un sommaire de certaines caractéristiques de nos contrats de garanties personnelles. Ces caractéristiques sont exposées de façon détaillée dans le contrat que vous recevrez si votre demande d'assurance est approuvée. Dans tous les cas, le libellé du contrat prévaudra sur tout sommaire des garanties.

Les garanties personnelles et le Navigateur Santé<sup>MD</sup> sont offerts par la Financière Manuvie.

© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2010. Tous droits réservés.

Les noms Navigateur Santé et Financière Manuvie ainsi que le logo qui les accompagne sont des marques de service et de commerce déposées réservées à l'usage de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et de ses sociétés affiliées, y compris la Société Financière Manuvie.

GC2391F (09/2010)

 **Financière Manuvie**  
| Pour votre avenir<sup>MC</sup>