

Régime d'assurance parrainé par Ingénieurs Canada :
PROPOSITION D'ASSURANCE INVALIDITÉ
La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

Nom du membre (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) Nom de famille : _____ Prénom : _____ Homme Femme
 N° d'appartement : _____ N° et rue : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
 Courriel : _____ Tél. au domicile : _____ Tél. au bureau : _____
 Date de naissance du membre (JJ/MM/AAAA) : _____ Lieu de naissance (province et pays) : _____ Non-fumeur* Fumeur
 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 en formation
 Nom de l'association provinciale ou territoriale _____ Numéro de membre _____

* Les taux non-fumeurs s'appliquent aux personnes qui n'ont pas fait usage de produits du tabac ou de produits de désaccoutumance au tabac, sous quelque forme que ce soit, au cours des 12 derniers mois.

2. JE DEMANDE UNE nouvelle couverture couverture supplémentaire

Remplacement du revenu en cas d'invalidité (Ne tenez pas compte de toute couverture déjà en vigueur.)

- A. Indiquez le montant de prestation mensuelle que vous demandez, par tranches de 100 \$ (maximum de 15 000 \$) : _____ \$
 B. Choisissez la période d'attente devant s'écouler avant le début du versement des prestations :
 0 à 7 jours 14 jours 30 jours 90 jours 119 jours 180 jours 365 jours

Assurance frais généraux

- A. Veuillez indiquer le montant total de prestation mensuelle que vous demandez, par tranches de 100 \$ (maximum de 8 000 \$) : _____ \$
 B. Choisissez la période d'attente devant s'écouler avant le début du versement des prestations : 14 jours 30 jours

3. AUTRES ASSURANCES

Avez-vous une assurance invalidité ou frais généraux en suspens ou en vigueur auprès de Manuvie ou d'une autre société? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de la société	Montant de couverture	Type d'assurance	Période d'attente	Période d'indemnisation	Prestations imposables?		Cette couverture sera-t-elle remplacée?	
					Oui	Non	Oui	Non
					Oui	Non	Oui	Non
					Oui	Non	Oui	Non
					Oui	Non	Oui	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. Au Québec, 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.

4. VOS RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

- A. Situation professionnelle : Employé (aucun droit de propriété) Travailleur autonome
 B. Tâches (Décrivez vos tâches et le temps que vous consacrez à chacune d'elles en pourcentage.) : _____
 C. Si vous êtes travailleur autonome, quelle est la structure organisationnelle de votre entreprise?
 Propriétaire unique Société en nom collectif Société par actions
 Si votre société est constituée en personne morale, indiquez le pourcentage de vos droits de propriété : _____ %
 D. Depuis combien de temps êtes-vous travailleur autonome? Depuis _____ (MM/AAAA)
 E. Si vous êtes travailleur autonome depuis moins de deux ans, veuillez donner des précisions sur votre expérience professionnelle antérieure, le cas échéant : _____
 F. Combien d'heures travaillez-vous par semaine? _____
 G. Avez-vous un emploi à temps partiel ou un autre emploi à temps plein? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions : _____
 H. Prévoyez-vous un changement dans votre revenu ou votre situation professionnelle au cours des 12 prochains mois? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions : _____
 I. Indiquez votre part des frais généraux mensuels moyens, sans inclure le salaire que vous vous versez (à remplir seulement si vous êtes travailleur autonome et demandez l'assurance frais généraux) : _____ \$

VOS RENSEIGNEMENTS FINANCIERS (suite)

À remplir seulement si le **régime de remplacement du revenu en cas d'invalidité** est demandé

A. Quel était votre revenu gagné annuel net, déduction faite des frais professionnels normaux, mais avant impôts?

L'an dernier : _____ \$ Il y a deux ans : _____ \$

B. Votre avoir net personnel (actif moins passif, sauf les éléments d'actif à usage personnel comme la résidence, les automobiles, les bijoux) est-il supérieur à 4 000 000 \$? Oui Non

C. Est-ce qu'un revenu vous sera versé ou continuera de vous être versé si vous devenez invalide? Oui Non

D. Dans l'affirmative, indiquez la source et le montant que vous recevrez annuellement : _____

E. Votre revenu non gagné ou votre revenu de placement de l'année dernière est-il supérieur à 30 000 \$ ou à 15 % de votre revenu gagné annuel net assurable? _____

F. Êtes-vous admissible à l'assurance-emploi? _____

À remplir seulement si le **régime d'assurance frais généraux** est demandé

A. Indiquez le montant total de la prestation mensuelle que vous demandez, par tranches de 100 \$: _____

B. À combien s'élève le montant total de vos frais généraux chaque mois? _____

C. Partagez-vous les frais généraux? Oui Non

Dans l'affirmative, quel est le pourcentage des frais que vous assumez? _____

Preuve de revenu :

Si votre assurance remplacement du revenu en cas d'invalidité (demandée et en vigueur) dépasse 3 500 \$ par mois au total, veuillez soumettre les pages 1, 2 et 3 de vos déclarations de revenus des deux dernières années. Si l'entreprise est constituée en personne morale, veuillez également en soumettre les derniers états financiers.

5. RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Bénéficiaire de la prestation au décès 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.

Bénéficiaire(s) :

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 que la présente désignation de bénéficiaire est révocable.

Une copie, une télécopie ou une copie numérisée de la désignation de bénéficiaire figurant dans la présente proposition est aussi valide que l'original.

Les résidents du Québec peuvent détacher les quatre pages suivantes et les envoyer directement à l'assureur. Cette proposition d'assurance n'est valide que si Manuvie reçoit une Déclaration de santé dûment remplie.

6. VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Veillez répondre à toutes les questions de manière détaillée.

Si l'espace est insuffisant, veuillez utiliser une feuille distincte dûment signée et datée.

Avez-vous :

1. Déjà présenté une proposition 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 5 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 2 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)?

Dans l'affirmative, 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) Prévoyez-vous 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 5 dernières années :

- a) Avez-vous pris des médicaments à des fins autres que médicales ou fait usage de marijuana, ou avez-vous consulté ou été traité pour alcoolisme ou toxicomanie?

Dans l'affirmative, veuillez préciser tout type de drogues, de médicaments ou d'alcool, la consommation journalière, 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?

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions :

- c) Avez-vous déjà fait une déclaration de faillite à titre de particulier ou d'entreprise ou prévoyez-vous le faire?

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, y compris la date de libération de la faillite :

Membre

Oui | Non

7. 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 ») : _____

Taille du membre : _____ pi/po
m/cm Poids : _____ lb
kg

Votre poids a-t-il varié de plus de 10 livres (4,5 kg) dans les 12 derniers mois? Oui Non

Dans l'affirmative : Gain : _____ lb
kg Perte : _____ lb
kg

Raison du changement : _____

VOS RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

1. Avez-vous déjà ressenti les symptômes de l'un des troubles suivants ou été traité pour l'un de ces troubles :

- a) Trouble touchant le cœur ou les vaisseaux sanguins, notamment : angine, caillots sanguins, maladie cardiaque, pontage coronarien ou angioplastie, maladie cérébrovasculaire, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), douleurs thoraciques, essoufflement, crise cardiaque, souffle cardiaque, palpitations, hypertension, hypercholestérolémie, circulation déficiente, enflure des chevilles ou autres?
- b) Trouble lié au nez, à la gorge ou aux poumons, notamment : asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), bronchite chronique ou récidivante, emphysème, sarcoïdose, apnée du sommeil, tuberculose ou autres?
- c) Trouble abdominal, notamment : cirrhose, colite, maladie de Crohn, diverticulite, hémorragie gastro-intestinale, reflux gastro-intestinal, hépatite (active ou à l'état de porteur), syndrome du côlon irritable, maladie du foie, pancréatite, ulcère ou autres?
- d) Affection rénale, trouble urinaire ou trouble de l'appareil reproducteur, notamment : résultat anormal du test Pap, infection urinaire, calcul rénal, néphrite, prostatite ou autre trouble de la prostate, protéines dans les urines, infection des voies urinaires, présence de sucre ou de sang dans les urines, fibromes utérins, polykystose rénale, autres troubles des reins ou de la vessie, autres troubles de l'appareil reproducteur ou maladie transmise sexuellement, ou autres?
- e) Trouble mammaire, notamment : résultats anormaux à la suite d'une mammographie ou d'une biopsie, kystes, bosses ou autres changements physiques, ou autres?
- f) Trouble touchant le système cérébral ou nerveux, notamment : étourdissements, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques, engourdissements ou fourmillements, évanouissements ou syncope, épilepsie, tremblements, vertiges, paralysie ou autres?
- g) Trouble visuel ou auditif, notamment : cécité, vision trouble, surdité, glaucome, trouble de l'ouïe, trouble de la vue, labyrinthite, névrite optique, acouphène ou autres?
- h) Trouble de santé mentale, notamment : dépression, angoisse, stress, épuisement professionnel, tentative de suicide, idées suicidaires, troubles  motifs ou alimentaires, ou autres?
- i) Trouble sanguin ou glandulaire, notamment : diabète (y compris le diabète gestationnel et l'intolérance au glucose), glycémie anormale, anémie, prédisposition aux hémorragies, goutte, hémophilie, troubles des ganglions lymphatiques, troubles de la thyroïde ou autres troubles endocriniens, ou autres?
- j) Problème lié aux muscles, aux os et aux articulations, notamment : fatigue chronique, douleur chronique, fibromyalgie, dystrophie musculaire, polyarthrite rhumatoïde ou arthrose, paralysie ou faiblesse, blessure ou trouble liés aux muscles, aux os, aux articulations ou à la colonne vertébrale causant des limitations ou des restrictions physiques, ou autres?
- k) Affection cutanée, notamment : carcinome basocellulaire, nœvus dysplasique, syndrome du nœvus dysplasique, lésions, taches de rousseur ou grains de beauté qui ont changé de dimension ou de couleur ou qui ont saigné, psoriasis, dermatite, nœvus ou autres?
- l) Anomalie du système immunitaire, notamment : VIH ou sida, hypertrophie généralisée des glandes lymphatiques, tests dont les résultats révèlent une exposition possible au VIH ou au virus du sida, ou autres?
- m) Cancer, kystes, bosses, polypes ou tumeurs?
- n) Toute autre maladie ou affection non mentionnée ci-dessus, ou préoccupation ou symptôme pour lequel vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement?

VOS RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite)

Membre

Oui Non

2. Si vous êtes une femme,

a) Êtes-vous enceinte?

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement, ainsi que le nom et l'adresse de votre obstétricien ou gynécologue :

b) Quel était votre poids avant la grossesse? _____ lb _____ kg

c) Avez-vous souffert de complications durant votre grossesse?

Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions :

3. Au cours des 5 dernières années :

a) Vous a-t-on dit que vous souffriez de troubles liés à la colonne vertébrale, au dos ou au cou, ou avez-vous déjà subi des examens ou des traitements pour des troubles de cette nature, notamment : discopathie, douleur, foulure, entorse, sciatique ou autres?

b) Avez-vous eu des radiographies (notamment de la colonne ou des articulations) ou subi un électrocardiogramme (ECG), des analyses sanguines ou toute autre épreuve diagnostique?

c) Vous a-t-on conseillé une épreuve diagnostique, une consultation, une hospitalisation ou une chirurgie qui n'a pas encore eu lieu?

d) Avez-vous été hospitalisé ou invalide pour des raisons médicales pendant plus de deux semaines consécutives?

e) Avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé (entre autres, un chiropraticien, un psychologue, un psychiatre, un physiothérapeute, un ophtalmologiste, un naturopathe ou tout autre travailleur de la santé) pour quelque raison que ce soit, y compris des examens ou des bilans de santé de routine ou annuels?

4. Au cours des 2 dernières années :

a) Avez-vous eu un résultat anormal de mammographie, de dosage de l'antigène prostatique spécifique ou de tout autre test ou toute autre investigation?

b) Avez-vous consulté un spécialiste, vous êtes-vous fait prescrire des médicaments, avez-vous subi un autre traitement ou avez-vous été suivi pour un autre trouble qu'une affection bénigne (rhume, grippe, etc.)?

c) Vous a-t-on recommandé de vous soumettre à d'autres investigations, de voir un autre médecin ou de subir une intervention chirurgicale?

d) Êtes-vous actuellement incapable d'accomplir toutes les fonctions normales de votre emploi habituel en raison d'une blessure ou d'une maladie?

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une des questions des pages 5 et 6, veuillez fournir des précisions ci-après :

N° de la question	Nature du trouble	Date et durée	Traitement (s'il y a lieu, indiquez « aucun ») et état actuel	Médecin traitant ou hôpital

Veuillez noter que, selon les renseignements médicaux fournis, Manuvie peut vous offrir une assurance différente de celle que vous demandez ou refuser la couverture.

Vos antécédents médicaux familiaux

Membre

Oui Non

5. A-t-on diagnostiqué chez votre père, votre mère, l'un de vos frères ou l'une de vos sœurs l'une des affections suivantes :

a) Maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral ou cancer avant l'âge de 60 ans?

b) Chorée de Huntington, polykystose rénale ou autre affection rénale (sauf les calculs rénaux), sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig) ou autre maladie du motoneurone, diabète, hépatite ou rétinite pigmentaire?

Si vous avez répondu par l'affirmative à la question a) ou b) ci-dessus, veuillez donner des précisions ci-après.

Membre de la famille	Affection (en cas de cancer, précisez le type)	Âge au début de l'affection	Âge au décès et cause, s'il y a lieu

8. MODE DE PAIEMENT

ANNUEL	MENSUEL					
a) Débitez mon compte :						
			N° de carte	_____	Date d'expiration	_____
b) Ci-joint mon chèque libellé à l'ordre de « Manuvie » (prime ANNUELLE uniquement)						
_____ \$	x	_____	+	_____	=	_____ \$
Prime mensuelle totale		Nbre 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

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.

MENSUEL

Par prélèvement automatique. 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.

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) : _____

Paiement par prélèvement automatique sur le compte (PAC)

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@manulife.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) : _____

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. Télécopieur : 416 597-1193 Courriel : canada_disclosure@mib.com.

AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ. Les renseignements précis et détaillés demandés dans la proposition 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 proposition, 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 la présente section attentivement avant de signer.)

Par la présente, je soussigné (le membre) soumetts une proposition d'assurance à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

J'atteste que les déclarations contenues dans la présente proposition et la Déclaration de santé qui y était jointe à l'origine sont véridiques et complètes. Il est entendu que la présente proposition, ainsi que tout autre formulaire signé par moi relativement à celle-ci, constitue la base de tout certificat établi ou de toute couverture établie 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. Je comprends que des exclusions et 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, la personne à assurer ou le parent ou tuteur de la personne à assurer, si elle est mineure, autorise 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, 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 ou mon état de santé, ou sur l'état de santé d'un membre de ma famille à assurer conformément à la présente proposition, à fournir les renseignements en question à Manuvie ou à ses réassureurs, aux fins de la présente proposition, du contrat ou de toute demande de règlement subséquente. J'autorise Manuvie à consulter ses dossiers existants à cette fin.

J'autorise Manuvie, ses filiales, sociétés affiliées et mandataires à utiliser les renseignements fournis dans la présente proposition et dans leurs dossiers existants pour m'offrir leurs produits ou services. Il est entendu que mon consentement à l'utilisation de ces renseignements pour m'offrir des produits ou des services est facultatif et que je peux y mettre fin en communiquant par écrit avec Manuvie à l'adresse indiquée dans le présent document. Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Je déclare avoir reçu l'AVIS SUR LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS ainsi que l'AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ et j'en accepte les conditions. (Voir la brochure sur l'assurance vie temporaire ci-jointe.)

Je soussigné (le membre) désigne par la présente la ou les personnes nommées comme bénéficiaires pour recevoir les sommes assurées payables à mon décès.

Je déclare avoir été informé des raisons pour lesquelles les renseignements médicaux sont exigés, ainsi que des risques et des avantages de mon consentement ou refus. Je sais que ce consentement peut être révoqué à tout moment et que si, à la suite de sa révocation, l'assureur est incapable d'obtenir une preuve de sinistre, il se peut que des demandes de règlement soient refusées.

Je reconnais 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 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 couverture.

Il est entendu que l'assurance prend effet à la date à laquelle Manuvie reçoit la proposition dûment remplie (y compris ma Déclaration de santé dûment remplie) et la première prime, sous réserve de l'approbation des tarificateurs de la Société. Si ma proposition est approuvée, je recevrai un certificat faisant état de la couverture accordée et des principales dispositions du contrat. Si je ne suis pas assurable, les primes que j'aurai payées me seront remboursées intégralement.

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

Date (JJ/MM/AAAA) _____ Signée à (ville, province) _____

Signature du membre

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
--------------------------------------	--------------------	-----------

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande.
Rendez-vous à l'adresse manuvie.ca/accessibilite pour obtenir de plus amples renseignements.

Pour de plus amples renseignements sur ces couvertures et sur les autres régimes parrainés par Ingénieurs Canada ou pour souscrire une assurance, visitez le www.manuvie.ca/IngenieursINV dès aujourd'hui.

Pour obtenir un service personnalisé, composez sans frais le 1 877 598-2273
ou envoyez-nous un courriel à l'adresse : am_info@manulife.com

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



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

Manuvie, le M stylisé, et Manuvie & M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisées par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence. © La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2020. Tous droits réservés.