

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

Nom du membre (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Sexe : Homme Femme

App. : _____ No 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

Profession (si vous êtes travailleur autonome, veuillez décrire la nature de votre entreprise et vos fonctions) : _____

Le demandeur est un :

Ingénieur Étudiant en génie Technicien/Technologue Détenteur d'un permis restreint Géologue/Géoscientifique
 Architecte Employé permanent à temps plein de l'association Membre stagiaire Détenteur d'un permis provisoire

Nom de l'association provinciale ou territoriale : _____ No de membre : _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT (SI VOUS DEMANDEZ LA COUVERTURE DU CONJOINT)

Nom du conjoint (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Sexe : Homme Femme

Date de naissance du conjoint : JJ/MM/AAAA Lieu de naissance : PROVINCE ET PAYS Non-fumeur* Fumeur

Profession du conjoint : _____ Tél. au bureau : () _____

(si le conjoint est travailleur autonome, veuillez décrire la nature de l'entreprise et ses fonctions) :

* Les taux non-fumeurs sont offerts aux personnes qui n'ont pas fumé de cigarettes au cours des 12 derniers mois.

3. JE DEMANDE L'ASSURANCE POUR LA PREMIÈRE FOIS.

Assurance vie temporaire (La couverture maximale est de 1 500 000 \$.)

MEMBRE

Veuillez indiquer le montant de couverture demandé, en tranches de 25 000 \$:

 \$

MONTANT DE COUVERTURE

(plus 50 000 \$ ajoutés automatiquement**)

NOUVELLE offre spéciale de lancement : couverture additionnelle de 50 000 \$ sans frais pendant un maximum de deux ans, sous réserve des critères d'admissibilité** (nous ajouterons automatiquement 50 000 \$ de couverture sans frais).

Ajouter la garantie Prolongation de l'assurance? Oui Non

Uniquement offerte au moment de la souscription initiale de l'assurance vie temporaire. Veuillez consulter la brochure pour en savoir plus.

CONJOINT

Veuillez indiquer le montant de couverture demandé, en tranches de 25 000 \$:

 \$

MONTANT DE COUVERTURE

Ajouter la garantie Prolongation de l'assurance? Oui Non

Uniquement offerte au moment de la souscription initiale de l'assurance vie temporaire. Veuillez consulter la brochure pour en savoir plus.

** Pour être admissibles, sans frais, à l'offre d'assurance vie temporaire additionnelle de 50 000 \$ pendant un maximum de deux ans, les membres doivent répondre aux critères d'admissibilité à l'assurance vie temporaire parrainée par Ingénieurs Canada : être âgés de 18 à 65 ans, demander pour la première fois une assurance vie temporaire parrainée par Ingénieurs Canada et ne pas s'être vu refuser antérieurement une couverture d'assurance vie temporaire de Manuvie, ainsi que demander une couverture d'assurance vie temporaire d'au moins 25 000 \$. L'offre s'adresse uniquement aux membres (elle ne concerne pas la couverture du conjoint). Les nouveaux demandeurs admissibles obtiendront d'office une couverture d'assurance vie temporaire supplémentaire de 50 000 \$, exempte de primes, pendant une période maximale de deux ans. Après cette période, nous communiquerons avec les membres pour déterminer s'ils souhaitent conserver la couverture additionnelle de 50 000 \$. Afin de conserver la couverture après l'expiration de la période d'exonération des primes, les membres devront alors payer les primes exigibles. Si nous ne recevons pas de réponse, l'assurance vie temporaire additionnelle de 50 000 \$ prendra fin.

Protection accidents graves (Veuillez indiquer le montant de couverture demandé. Des montants de couverture de 25 000 \$ à 750 000 \$ sont disponibles.)

Membre :

Handicap grave	Jusqu'à 200 000 \$	Jusqu'à 400 000 \$	Jusqu'à 600 000 \$	Jusqu'à 800 000 \$	Jusqu'à 1 000 000 \$
Décès accidentel	25 000 \$	50 000 \$	75 000 \$	100 000 \$	125 000 \$
Votre prime mensuelle	1,50 \$	3,00 \$	4,50 \$	6,00 \$	7,50 \$

Conjoint :

Handicap grave	Jusqu'à 200 000 \$	Jusqu'à 400 000 \$	Jusqu'à 600 000 \$	Jusqu'à 800 000 \$	Jusqu'à 1 000 000 \$
Décès accidentel	25 000 \$	50 000 \$	75 000 \$	100 000 \$	125 000 \$
Votre prime mensuelle	1,50 \$	3,00 \$	4,50 \$	6,00 \$	7,50 \$

Assurance vie et accidents des enfants (La prime mensuelle couvre tous vos enfants admissibles.)

Handicap grave	Jusqu'à 100 000 \$	Jusqu'à 200 000 \$	Jusqu'à 300 000 \$	Jusqu'à 400 000 \$	Jusqu'à 500 000 \$
Assurance vie temporaire	5 000 \$	10 000 \$	15 000 \$	20 000 \$	25 000 \$
Votre prime mensuelle	1,17 \$	2,34 \$	3,51 \$	4,68 \$	5,85 \$

Les résidents du Québec peuvent détacher les deux pages suivantes et les envoyer directement à Manuvie à l'adresse indiquée dans le présent document.

Veillez à répondre à toutes les questions et à fournir les renseignements demandés pour toutes les personnes qui présentent une demande de couverture. Si l'espace est insuffisant, veuillez utiliser une feuille distincte dûment signée et datée.

Membre		Conjoint	
OUI	NON	OUI	NON

5. VOS RENSEIGNEMENTS NON MÉDICAUX PERSONNELS

Avez-vous :

- déjà présenté une demande 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.

- au cours des cinq 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 :

 - au cours des deux 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)? Le cas échéant, veuillez préciser la nature de toute infraction, la ou les dates, ainsi que le numéro du permis de conduire et la province émettrice :

- 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 :

- Au cours des 12 prochains mois :

 - Avez-vous l'intention de 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.

 - 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 :

- Au cours des cinq dernières années :

 - Avez-vous pris des médicaments ou des drogues à des fins autres que médicales, fait usage de marijuana, ou 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 :

 - Avez-vous été déclaré coupable d'un acte criminel ou faites-vous actuellement l'objet d'une accusation pour un acte criminel? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.

 - Avez-vous déjà fait une déclaration de faillite à titre de particulier ou d'entreprise ou êtes-vous actuellement en train de le faire? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions, y compris la date de libération de la faillite.

6. 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: _____

Raison et résultats de la dernière consultation : _____

Tests, traitement, médicaments prescrits (s'il n'y en a aucun, indiquez « aucun ») : _____

Résultats et état de santé actuel : _____

Nom du médecin du conjoint (s'il y a lieu) : _____ Tél. : () _____

Date de la dernière consultation : _____

Raison et résultats de la dernière consultation : _____

Tests, traitement, médicaments prescrits (s'il n'y en a aucun, indiquez « aucun ») : _____

MEMBRE						CONJOINT									
Taille du membre :	ft/in	cm	Poids :	lbs	kg	Taille du conjoint :	ft/in	cm	Poids :	lbs	kg				
Votre poids a-t-il varié de plus de 10 livres (4,5 kg) dans les 12 derniers mois?						Votre poids a-t-il varié de plus de 10 livres (4,5 kg) dans les 12 derniers mois?									
		Oui	Non					Oui	Non						
Dans l'affirmative : Gain			lbs	kg	Perte	lbs	kg	Dans l'affirmative : Gain			lbs	kg	Perte	lbs	kg
Raison du changement :						Raison du changement :									

DÉCLARATION DE SANTÉ (SUITE)

VOS RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Membre		Conjoint	
OUI	NON	OUI	NON

- L'une des personnes présentant une demande de couverture (le membre ou le conjoint) n'a-t-elle jamais ressenti les symptômes de l'un des troubles suivants ou été traitée pour l'un de ces troubles :**
 - 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?
 - 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?
 - 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?
 - 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?
 - Trouble mammaire**, notamment : résultats anormaux à la suite d'une mammographie ou d'une biopsie, kystes, bosses ou autres changements physiques ou autres?
 - 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?
 - Trouble visuel ou auditif**, notamment : cécité, vision trouble, surdité, glaucome, trouble de l'ouïe, trouble de la vue, labyrinthite, névrite optique, acouphène ou autres?
 - Trouble de santé mentale**, notamment : dépression, anxiété, stress, épuisement professionnel, tentative de suicide, idées suicidaires, troubles émotifs ou alimentaires ou autres?
 - 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?
 - Trouble 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?
 - Affection cutanée**, notamment : carcinome basocellulaire, nævus dysplasique, syndrome du nævus dysplasique, lésions, taches de rousseur ou grains de beauté qui ont changé de dimension ou de couleur ou qui ont saigné, psoriasis, dermatite, nævus ou autres?
 - Anomalie du système immunitaire**, notamment : VIH ou sida, hypertrophie généralisée des glandes lymphatiques, tests dont les résultats révèlent une exposition possible au virus du sida ou autres?
 - Cancer, kystes, bosses, polypes ou tumeurs?**
 - 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?
- Si vous êtes une femme :**
 - Êtes-vous enceinte? Le cas échéant, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement, ainsi que le nom et l'adresse de votre obstétricien ou gynécologue :

 - Quel était votre poids avant la grossesse? _____ lbs kg
 - Avez-vous souffert de complications durant votre grossesse? Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions :

3. Au cours des deux dernières années :

- avez-vous eu un résultat anormal de mammographie, de dosage de l'antigène prostatique spécifique ou de tout autre test ou de toute autre investigation?
- 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.)?
- vous a-t-on recommandé de vous soumettre à d'autres investigations, de voir un autre médecin ou de subir une intervention chirurgicale?
- 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 ci-dessus, veuillez fournir des précisions ci-après : Si l'espace est insuffisant, utilisez une feuille distincte dûment signée et datée.

No de la question	Nom du demandeur	Nature du trouble	Date et durée	Traitement (s'il n'y en a pas eu, indiquez « aucun ») et état actuel	Médecin traitant ou hôpital

VOS ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

Membre		Conjoint	
OUI	NON	OUI	NON

- 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 :**
 - maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral ou cancer avant l'âge de 60 ans?
 - chorée de Huntington, polykystose rénale ou autre affection rénale (sauf les calculs rénaux), maladie de Parkinson, 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 « Oui » à la question a) ou b) ci-dessus, veuillez donner des précisions ci-après.

Nom du demandeur	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

ASSURANCE DES ENFANTS (À remplir si l'assurance vie des enfants est demandée.)

Nom de l'enfant (et adresse, si différente de celle du demandeur)	Sexe	Date de naissance	Taille	Poids		Nom et adresse du médecin	Date et raison de la dernière consultation	Traitement/médicaments prescrits (s'il n'y en a aucun, indiquez « aucun »)
				ft/in cm	lbs kg			
	H F		ft/in cm	lbs kg	Perte de plus de 5 lb au cours de la dernière année? Oui Non			
	H F		ft/in cm	lbs kg	Perte de plus de 5 lb au cours de la dernière année? Oui Non			

Si vous demandez la couverture pour plus de deux enfants, veuillez utiliser une feuille distincte dûment signée et datée.

Membre	Conjoint
OUI NON	OUI NON

7. RENSEIGNEMENTS SUR LES AUTRES ASSURANCES ET LA SITUATION FINANCIÈRE

Avez-vous (le membre ou le conjoint) une couverture d'assurance vie en suspens ou en vigueur auprès de Manuvie ou d'une autre société?

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous (si l'espace est insuffisant, utilisez une feuille distincte dûment signée et datée) :

Nom du demandeur	Nom de la société	Assurance personnelle ou commerciale		Montant de couverture	Prévoyez-vous remplacer cette couverture?	
		Personnelle	Commerciale		\$	Oui
		Personnelle	Commerciale	\$	Oui	Non
		Personnelle	Commerciale	\$	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. 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.

MEMBRE : Revenu gagné annuel net, déduction faite des frais, avant impôts :

_____ \$

CONJOINT : Revenu gagné annuel net, déduction faite des frais, avant impôts :

_____ \$

MEMBRE ET CONJOINT : Montant de votre avoir net combiné (actif moins passif) : _____ \$

8. RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE**BÉNÉFICIAIRE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE ET DE DÉCÈS ACCIDENTEL 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.

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 vous désignez un bénéficiaire qui 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 révoquable.)

Je déclare, par la présente, que cette désignation de bénéficiaire est révoquable.

BÉNÉFICIAIRE DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE ET DE DÉCÈS ACCIDENTEL DU CONJOINT

Conformément au contrat d'assurance collective, le membre est d'office bénéficiaire de la couverture d'assurance vie temporaire et de décès accidentel du conjoint, à moins qu'il ne désigne un bénéficiaire qui recevra les prestations. Seul le membre a le droit de désigner un bénéficiaire et peut le faire ci-après s'il le souhaite.

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 au membre.

1. Nom de famille : _____ Prénom : _____

Lien avec le conjoint : _____ % de la prestation : _____

2. Nom de famille : _____ Prénom : _____

Lien avec le conjoint : _____ % 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 révoquable.)

Je déclare, par la présente, que cette désignation de bénéficiaire est révoquable.

9. AVIS SUR LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS ET AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ

Nous estimons que les renseignements contenus dans votre proposition sont confidentiels. Cependant, Manuvie ou ses réassureurs chargés de votre contrat peuvent faire un rapport à MBI Inc. en se basant sur votre demande, ou à d'autres sociétés d'assurance auxquelles vous soumettez une proposition d'assurance vie, maladie ou maladies graves ou auxquelles une demande de règlement a été présentée. MBI Inc. est un organisme à but non lucratif mis sur pied par les sociétés d'assurance vie pour partager des renseignements avec ses membres. Si vous soumettez une proposition d'assurance ou une demande de règlement à une société membre, MIB Inc. communiquera tout renseignement qu'il possède à votre sujet dans ses dossiers. Vous pouvez vérifier les renseignements contenus dans votre dossier, et exiger une rectification s'il y a lieu, en communiquant avec MIB Inc. à l'adresse suivante : 330 University Avenue, bureau 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7

Tél. : 416 597-0590, Téléc. : 416 597-1193 Courriel : canada_disclosure@mib.com

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

Par la présente, je soussigné (le membre) soumet une demande de souscription d'assurance auprès de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

J'atteste/nous attestons que les déclarations contenues dans la présente demande et la Déclaration de santé qui y était jointe à l'origine sont véridiques et complètes. Il est entendu que la présente demande, ainsi que tout autre formulaire signé par moi/nous relativement à celle-ci, constitue la base de tout certificat établi 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. Il est entendu que des exclusions et des 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/nous soussignés, la personne/les personnes à assurer ou le parent ou tuteur/les parents ou tuteurs de la personne à assurer, si elle est mineure, autorise/autorisons 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/nous ou mon/notre état de santé, ou sur l'état de santé d'un membre de ma/notre famille à assurer conformément à la présente demande, à fournir les renseignements en question à Manuvie ou à ses réassureurs, aux fins de la présente demande, du contrat ou de toute demande de règlement subséquente. J'autorise/nous autorisons Manuvie à consulter ses dossiers existants à cette fin. J'autorise/nous autorisons Manuvie, ses filiales, sociétés affiliées et mandataires à utiliser les renseignements fournis dans la présente demande et dans leurs dossiers existants pour m'offrir/nous offrir leurs produits ou services. Il est entendu que mon/notre consentement à l'utilisation de ces renseignements pour m'offrir/nous offrir des produits ou des services est facultatif et que je peux/nous pouvons y mettre fin en communiquant par écrit avec Manuvie à l'adresse indiquée ci-après. Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Je déclare/nous déclarons avoir reçu l'AVIS SUR LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS ainsi que l'AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ, et je confirme/nous confirmons en acceptant 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 prestations payables à mon décès ou, s'il y a lieu, à celui de mon conjoint.

Je déclare/nous déclarons avoir été informé(s) des raisons pour lesquelles les données médicales sont exigées, ainsi que des risques et des avantages que présente un consentement ou un refus. Il est entendu que ce consentement peut être révoqué en tout temps et que si, en raison d'une telle révocation, l'assureur n'est pas en mesure d'obtenir une preuve de sinistre, il se peut que des demandes de règlement soient refusées.

Je reconnais/nous reconnaissons 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/nous reconnaissons 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 demande de couverture.

Il est entendu que l'assurance prend effet à la date à laquelle Manuvie reçoit la demande dûment remplie (y compris ma/notre Déclaration de santé dûment remplie) et la première prime, sous réserve de l'approbation des tarificateurs de la Société. Si je demande/nous demandons une nouvelle couverture et que ma/notre demande est approuvée, je recevrai/nous recevrons un certificat faisant état de la couverture offerte et des principales dispositions contractuelles. Si je ne suis pas/nous ne sommes pas assurable(s), les primes payées seront remboursées intégralement.

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

_____ Signature du membre	_____ JJ/MM/AAAA Date	_____ Ville et province Fait à
_____ Signature du conjoint (si la couverture du conjoint est demandée)	_____ JJ/MM/AAAA Date	_____ Ville et province Fait à

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;
- tout conflit d'intérêts que vous pourriez avoir relativement à cette opération.

Votre nom (prénom et nom de famille) :	
Code du conseiller :	Signature :

De quelle façon préférez-vous être joint?	par téléphone, à mon domicile	par téléphone, au bureau
par courriel	Plage horaire souhaitée : de 10 h à 15 h	de 15 h à 18 h

Pour obtenir de plus amples renseignements sur ces couvertures et sur les autres régimes parrainés par Ingénieurs Canada ou pour en faire la demande, visitez dès aujourd'hui le nouveau site Web à l'adresse www.manuvie.ca/nouveaudemandeur.

Pour un service personnalisé, appelez-nous sans frais au :

1 877 598-2273

ou envoyez un courriel à l'adresse am_info@manuvie.com

VEUILLEZ ENVOYER VOTRE DEMANDE DÛMENT REMPLIE ACCOMPAGNÉE DE VOTRE PAIEMENT À L'ADRESSE SUIVANTE :

Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8

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.

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

