

MODE DE PAIEMENT (Veuillez sélectionner soit l'option 1, soit l'option 2.)

OPTION 1 :

Mensuellement, sur le compte Manuvie Un
(tel qu'il est indiqué plus haut)

OU

OPTION 2 :

Mensuellement par autre prélèvement automatique sur le compte (PAC) – Veuillez joindre un chèque portant la mention « NUL ».

RENSEIGNEMENTS SUR LES PAIEMENTS

Païement par autre prélèvement automatique sur le compte (PAC)

Nom du titulaire du compte _____

Institution financière _____ Adresse _____ Ville _____

Numéro de compte bancaire _____ Numéro de domiciliation _____

Type de compte : Compte-chèques personnel Compte-chèques 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 sans privilège de chèques, 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 retrait 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

Païement par Manuvie Un ou par autre prélèvement automatique sur le compte (PAC)

J'autorise/Nous autorisons la Financière Manuvie à prélever sur mon/notre compte indiqué dans la présente proposition les primes d'assurance mensuelles exigibles à la date de signature de la présente autorisation ou après cette date. Il est entendu qu'à part la prime initiale, qui est exigible le premier jour du mois suivant la date d'établissement de mon/notre contrat, les primes ultérieures seront prélevées le sixième jour ouvrable du mois, sinon le jour ouvrable suivant. Le montant prélevé sur mon/notre compte variera, puisqu'il doit être et sera calculé mensuellement en fonction du taux de prime indiqué dans mon/notre contrat d'assurance et du solde de mon/notre compte Manuvie Un. **Je renonce/Nous renonçons au droit de recevoir tout autre avis relatif au montant et à la date de chaque prélèvement automatique sur mon/notre compte.** Si la banque ou l'institution financière avec laquelle je fais/nous faisons affaire n'honore pas un prélèvement mensuel automatique à la date prévue, la Financière Manuvie pourra tenter d'effectuer de nouveau ce prélèvement au cours des 30 jours suivants. La Financière Manuvie se réserve le droit de me/nous demander de choisir un autre mode de paiement si le prélèvement est refusé. Tous les prélèvements uniques ou automatiques sur mon/notre compte bancaire seront traités comme des retraits personnels au sens que leur donne l'Association canadienne des paiements (ACP) dans sa règle H1. Le montant de la prime pourra être modifié conformément aux dispositions de mon/notre contrat d'assurance. La présente entente peut être résiliée en tout temps moyennant l'envoi par la Financière Manuvie ou par moi/nous d'un préavis écrit de 10 jours. Il est entendu qu'en cas de résiliation de la présente entente de prélèvement automatique, l'assurance peut prendre fin à moins que la Financière Manuvie ne reçoive le paiement sous une autre forme.

Vous pouvez obtenir un formulaire de résiliation en communiquant avec votre institution financière ou en visitant le site de l'ACP, à l'adresse www.cdnpay.ca. Si vous avez des questions au sujet des prélèvements automatiques sur votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous au **1-866-388-7095**, nous envoyer un courriel à l'adresse am_service@manuvie.com ou écrire à la Financière 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 cette 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 l'ACP, à l'adresse www.cdnpay.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 proposant) _____

L'assurance prendra effet à la plus éloignée des dates suivantes : la date à laquelle nous recevons la proposition dûment remplie ou la date à laquelle nous recevons le paiement intégral de la première prime, si à cette date vous étiez assuré(e) conformément à nos critères de tarification. La date d'effet de votre couverture sera indiquée à la page Sommaire du certificat, jointe à votre certificat.

Les résidents du Québec **peuvent** détacher la présente section et l'envoyer directement à l'assureur.

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

LE PROPOSANT EST PRIÉ D'ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nom complet du proposant _____ Taille _____ pi/po cm Poids _____ lb kg
 Tél. au domicile (_____) _____

Nom du médecin du proposant _____
 Adresse _____ Tél. (_____) _____

LE COPROPOSANT EST PRIÉ D'ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nom complet du coproposant _____ Taille _____ pi/po cm Poids _____ lb kg
 Tél. au domicile (_____) _____

Nom du médecin du coproposant _____
 Adresse _____ Tél. (_____) _____

*Veillez répondre à toutes les questions au nom de tous les proposants. Si vous manquez d'espace, veuillez joindre une feuille distincte dûment signée et datée.
 Je conviens que toute déclaration inexacte sur mon état de santé peut entraîner l'annulation de mon assurance par l'assureur.*

Veillez répondre aux questions suivantes pour toutes les personnes à assurer :

- Avez-vous déjà eu des signes de l'un des troubles suivants ou été traité pour l'un d'eux : trouble du système cérébral ou nerveux, trouble cardiaque ou circulatoire, trouble sanguin, douleurs thoraciques, hypertension, accident vasculaire cérébral, taux de cholestérol élevé, cancer, tumeur, diabète, lupus, sclérose en plaques, dystrophie musculaire, trouble pulmonaire ou respiratoire chronique, trouble du foie (incluant l'hépatite, y compris l'état de porteur), trouble gastro-intestinal ou du pancréas, maladie rénale, trouble urinaire, affection de la prostate, affection mammaire, trouble glandulaire, troubles du système immunitaire, crises, paralysie, douleur chronique, VIH positif ou sida?
- Au cours des cinq dernières années, avez-vous eu des signes d'un trouble mental ou nerveux (dépression, angoisse, stress, etc.) ou été traité pour celui-ci, avez-vous reçu des conseils médicaux relativement à la consommation d'alcool ou de drogues ou consommé des drogues illicites? ...
- Avez-vous déjà eu des symptômes ou des signes d'un problème de santé pour lequel vous n'avez pas encore consulté un médecin ou vous a-t-on conseillé une investigation, un examen, un traitement ou une chirurgie, qui n'a pas encore eu lieu, ou avez-vous été dirigé vers un autre médecin ou spécialiste?

PROPOSANT		COPROPOSANT	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N° de la question	Nom	Nature du trouble	Durée et date	Traitement	Résultat et état actuel	Nom du médecin traitant ou de l'hôpital

L'assureur se réserve le droit d'exiger un examen médical, une analyse d'urine ou des tests comme un profil sanguin (y compris un test VIH) sans aucuns frais pour le proposant. Tout test dont le résultat révèle une maladie infectieuse sera signalé aux autorités médicales compétentes, si la loi l'exige.

AVIS SUR LA RÉMUNÉRATION

RÉMUNÉRATION : La Financière Manuvie peut verser à la Banque Manuvie des honoraires ponctuels, lesquels peuvent être partagés avec un conseiller en services bancaires, ainsi qu'une commission de suivi mensuelle fondée sur la prime mensuelle, laquelle peut être partagée avec un conseiller financier, à l'établissement et durant la période d'effet d'un produit d'assurance crédit. Je soussigné conviens qu'il peut y avoir versement d'honoraires.

CONDITIONS (À lire attentivement avant de signer)

DÉCLARATION : Par la présente, je soussigné soumet une proposition d'assurance à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et à La Nord-américaine, première compagnie d'assurance (toutes deux désignées sous le nom de « Financière Manuvie »). J'atteste que les déclarations contenues dans la présente proposition, notamment le questionnaire médical qui y était joint à l'origine, sont véridiques et complètes et constituent, avec tout autre formulaire signé par moi relativement à la présente, la base de tout certificat établi aux termes de la présente. Je conviens que toute fausse déclaration rendra l'assurance annulable à la demande de l'assureur. Je sais que la couverture demandée comporte des exclusions et restrictions. Il est entendu que l'assurance prendra effet à la plus éloignée des dates suivantes : la date à laquelle nous recevons la proposition dûment remplie ou la date à laquelle nous recevons le paiement intégral de la première prime, si à cette date vous étiez assurable conformément à nos critères de tarification. La date d'effet de votre couverture sera indiquée à la page Sommaire du certificat, jointe à votre certificat. Tout renseignement relatif à mon état de santé doit être exact à la date de signature de la proposition. Je déclare avoir été informé des raisons pour lesquelles les renseignements médicaux sont exigés, ainsi que des risques et des avantages, pour l'intéressé, du consentement ou du refus. Le présent consentement prendra effet à la date de signature de la présente proposition et prendra fin sept ans après la date de résiliation de tout certificat établi à la suite de la présente proposition. Je sais que ce consentement peut être révoqué en tout temps 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 déclare avoir reçu l'Avis sur la communication des renseignements personnels ainsi que l'Avis sur la vie privée et la confidentialité, et je confirme que j'en accepte les conditions.

AUTORISATION : En ce qui concerne l'assurance demandée, je soussigné autorise par la présente les médecins autorisés, praticiens, hôpitaux, pharmacies, cliniques ou autres établissements médicaux, compagnies d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, le promoteur du régime d'assurance, les organismes d'enquête et de sécurité, conseillers ou agents, courtiers ou intermédiaires de marché, organismes d'État ou autres organismes ou personnes possédant des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé à fournir les renseignements en question à la Financière Manuvie ou à ses réassureurs, aux fins de la présente proposition, du contrat ou de toute demande de règlement subséquente. J'autorise la Financière Manuvie à consulter ses dossiers existants à cette fin. J'autorise également la Financière Manuvie, ses filiales, sociétés affiliées et agents à utiliser les renseignements fournis dans la présente proposition et dans leurs dossiers existants pour m'offrir leurs produits ou services. Je sais que mon consentement à l'utilisation de ces renseignements pour m'offrir des produits et des services est facultatif, et que je peux y mettre fin en écrivant à la Financière Manuvie à l'adresse indiquée dans le présent document. Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.

Signature du proposant _____ Fait à _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____

Signature du coproposant _____ Fait à _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____
(en cas de demande de couverture conjointe)

IMPORTANT : POUR ACCÉLÉRER LE SERVICE, VEUILLEZ ENVOYER LES QUATRE PAGES DE VOTRE PROPOSITION DÛMENT REMPLIE À L'ADRESSE SUIVANTE : Marchés des groupes à affinités, Financière Manuvie, P.O. Box 670, Stn. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8

DES QUESTIONS? Communiquez avec la Financière Manuvie SANS FRAIS au **1 866 388-7095**, du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HE), par télécopieur au numéro SANS FRAIS **1 866 922-1660** ou par courriel à am_service@manuvie.com.

VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

Nom du conseiller en services bancaires _____ Code _____
Courriel _____

Nom du conseiller principal _____ % Code _____

Nom du conseiller secondaire _____ % Code _____

10/2010
10.5004

Page 4 de 4



DÉTACHER ICI. IL EST IMPORTANT QUE LE PROPOSANT LISE ET CONSERVE CETTE SECTION.

Assurance crédit Manuvie Un

AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ : Les renseignements demandés dans votre formulaire de proposition sont nécessaires au traitement de votre demande d'assurance. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers créera un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter votre proposition, offrir et administrer les services et évaluer les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs, conseillers et agents responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des règlements de la Financière Manuvie et de la Banque Manuvie ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Votre consentement quant à l'utilisation de vos renseignements personnels pour vous offrir des produits et services est facultatif, et vous pouvez mettre fin à cette utilisation en écrivant à la Financière Manuvie à l'adresse indiquée ci-dessous. Votre dossier sera gardé en lieu sûr dans nos bureaux. 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, Marchés des groupes à affinités, Financière Manuvie, P. O. Box 4213, Stn. A, Toronto (Ontario) M5W 5M3.

AVIS SUR LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : Les renseignements demandés ne seront utilisés que pour l'assurance et seront traités confidentiellement. L'assureur ou ses réassureurs peuvent toutefois en faire un bref rapport au Bureau de renseignements médicaux. Le Bureau de renseignements médicaux est un organisme à but non lucratif créé par les sociétés d'assurance vie pour communiquer des données d'assurance à ses membres. Avec votre autorisation, le Bureau fournira les renseignements contenus dans ses dossiers à toute société d'assurance membre à laquelle vous avez présenté une proposition d'assurance vie ou maladie ou à laquelle une demande de règlement est soumise. À votre demande, le Bureau vous fera connaître les renseignements qu'il possède dans votre dossier sur vous ou sur le coproposant assuré au titre du présent régime. Si vous doutez de l'exactitude de votre dossier, vous pouvez communiquer avec le Bureau et demander une correction. Le service de renseignements du Bureau est situé au 330 University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 1R7 (tél. : 416 597-0590).

DES QUESTIONS? Communiquez avec la Financière Manuvie SANS FRAIS au **1 866 388-7095**, du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HE), par télécopieur au numéro SANS FRAIS **1 866 922-1660** ou par courriel à am_service@manuvie.com.

Les noms Manuvie et Financière Manuvie, le logo qui les accompagne et le titre d'appel « Pour votre avenir » sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence.
L'assurance vie et l'assurance invalidité sont établies par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie).
L'assurance perte d'emploi est établie par La Nord-américaine, première compagnie d'assurance, filiale en propriété exclusive de la Financière Manuvie.