

# Proposition d'assurance soins de longue durée

## Table des matières

	Instructions à l'intention du conseiller .....	A1
	Questions de présélection pour l'assurance soins de longue durée ..	A2
<b>Section 1</b>	<b>Renseignements généraux</b> .....	<b>1</b>
<b>Section 2</b>	<b>Renseignements sur les personnes à assurer</b> .....	<b>1</b>
<b>Section 3</b>	<b>Propriété du contrat</b> .....	<b>2</b>
<b>Section 4</b>	<b>Précisions sur les couvertures</b> .....	<b>3</b>
<b>Section 5</b>	<b>Renseignements personnels et médicaux</b> .....	<b>4</b>
<b>Section 6</b>	<b>Questions relatives à l'assurance soins de longue durée conditionnelle</b> .....	<b>5</b>
<b>Section 7</b>	<b>Renseignements sur les primes et les paiements</b> .....	<b>7</b>
<b>Section 8</b>	<b>Autorisations, conventions et signatures</b> .....	<b>10</b>
	Rapport du conseiller .....	B1

# Instructions à l'intention du conseiller


## Utilisez le présent formulaire :

- pour soumettre une proposition d'assurance soins de longue durée, sous forme de couverture individuelle pour une personne ou de couverture partagée pour deux personnes.
  - Les questions de présélection vous aideront à déterminer s'il y a lieu de continuer à remplir la proposition. Ne continuez pas à la remplir si les réponses de votre client le rendent non admissible.
  - Si le client franchit l'étape de la présélection, les réponses qu'il donne à ces questions font partie de la proposition. Continuez alors à remplir la proposition.

## IMPORTANT

- Si votre client demande une assurance vie, invalidité ou maladies graves, veuillez remplir la *Proposition d'assurance vie, invalidité et maladies graves*, NN7000F.
- Le symbole d'avance rapide ►► figure partout dans le formulaire, accompagné d'instructions, pour vous aider à déterminer si la section visée doit être remplie compte tenu de la situation du titulaire du contrat ou de la ou des personnes à assurer.
- Veuillez écrire les dates selon le format suivant : 23/JUIL/2013.

## Renseignements essentiels exigés

Les renseignements essentiels dont nous avons besoin pour traiter la proposition sans délai sont mis en évidence au moyen du symbole  figurant dans la marge et d'une case en caractères gras à remplir.

Code du conseiller

Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie, en MAJUSCULES, à l'encre bleue ou noire.



Faites-nous parvenir la proposition dûment remplie et tout autre document dans l'enveloppe verte fournie à cette fin OU envoyez le tout par la poste à l'une des adresses suivantes :

Manulife Financial  
500 King Street North  
PO BOX 1669  
WATERLOO (Ontario) N2J 4Z6

Financière Manuvie  
2000, rue Mansfield, bureau 1310  
Montréal (Québec) H3A 3A1

**Dans le cas d'un remplacement :** veuillez soumettre les formulaires de remplacement appropriés, dûment remplis et signés.

**Nota :** vous devez soumettre toutes les pages de la proposition, à l'exception de celles qui doivent être remises au client (par ex. attestation d'assurance conditionnelle, note de couverture, etc.).

## Questions de présélection pour l'assurance soins de longue durée

Dans cette section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient aux personnes à assurer. Toutes les personnes à assurer doivent remplir cette section.

Les questions de présélection vous aideront à déterminer s'il y a lieu de continuer à remplir la proposition. Si vous répondez *non* à l'une ou l'autre des questions de la section A ou *oui* à l'une ou l'autre des questions de la section B, vous ne devriez **pas** continuer à remplir la proposition.

Une fois que nous aurons examiné toutes les preuves d'assurabilité dont nous avons besoin, nous déterminerons si nous pouvons accepter votre proposition d'assurance soins de longue durée.

Si nous acceptons votre proposition d'assurance soins de longue durée, les questions de présélection et vos réponses feront partie intégrante de votre proposition.

### Section A

	Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »
1. Êtes-vous citoyen canadien ou résident permanent?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2. Vivez-vous au Canada depuis au moins 12 mois?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
3. Êtes-vous capable de vivre de façon autonome?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
4. Êtes-vous capable d'exécuter sans l'aide de personne au moins sept des huit tâches suivantes : faire la lessive, préparer les repas, faire le ménage, prendre les dispositions nécessaires concernant votre transport, faire les courses, gérer vos finances personnelles, prendre des médicaments ou vous servir du téléphone?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
5. Si vous avez <ul style="list-style-type: none"> <li>• entre 50 et 54 ans inclusivement et que vous demandez une assurance soins de longue durée de plus de 150 000 \$</li> <li>OU</li> <li>• 55 ans ou plus,</li> </ul> avez-vous consulté un médecin au cours des trois dernières années?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

 Si vous avez répondu *non* à l'une ou l'autre des questions de la section A, ne continuez **pas** à remplir la proposition.

### Section B

	Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »
1. Pour vous aider à vous déplacer, utilisez-vous un fauteuil roulant, un fauteuil motorisé, une marchette ou une canne à pieds multiples?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2. Au cours des 24 derniers mois, avez-vous : <ul style="list-style-type: none"> <li>• reçu des prestations d'invalidité?</li> <li>• bénéficié d'un service de repas livrés à domicile?</li> <li>• séjourné dans une maison de soins infirmiers, une résidence avec services ou une pension et maison de santé?</li> <li>• eu recours à un service de soins journaliers aux adultes ou de soins à domicile?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
3. Avez-vous subi ou vous a-t-on recommandé de subir des examens médicaux, ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas encore eu lieu ou vous a-t-on adressé à un autre professionnel de la santé, avec qui une consultation est à venir?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
4. Faites-vous actuellement usage de tabac tout en ayant des antécédents médicaux de diabète ou de maladie du cœur ou des poumons ou de maladie vasculaire?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

 Si vous avez répondu *oui* à l'une ou l'autre des questions de la section B, ne continuez **pas** à remplir la proposition.

**Cette page a été  
laissée en blanc  
intentionnellement.**

# Proposition d'assurance soins de longue durée

Dans la présente proposition, *nous, notre* et *nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. *Vous, votre* et *vos* renvoient au(x) titulaire(s) du contrat ou aux personnes à assurer. Au début de chaque section, nous indiquons à qui renvoient *vous, votre* et *vos* dans la section.

## Avant de souscrire

Pour en savoir davantage sur le produit d'assurance que vous envisagez de souscrire, visitez notre site Web à l'intention des clients au [www.manuvie.ca/avantdesouscrire](http://www.manuvie.ca/avantdesouscrire).

## Section 1 – Renseignements généraux

Dans la présente section, *vous, votre* et *vos* renvoient au(x) titulaire(s) du contrat.

### 1.1 Dans quelle langue souhaitez-vous que nous établissions votre contrat?


- Établir le contrat en français  
 Issue the policy in English

## Section 2 – Renseignements sur les personnes à assurer

Dans la présente section, *vous, votre* et *vos* renvoient aux personnes à assurer. Ce sont les personnes à assurer qui doivent répondre aux questions.

Nous utilisons les renseignements que vous fournissez dans la présente proposition pour déterminer si vous êtes admissible à la couverture et pour établir les taux de prime de la couverture que vous demandez. Si vous déformez quelque fait que ce soit ou si les renseignements que vous fournissez ne sont pas complets, à jour et exacts, nous pouvons annuler tout contrat que nous avons établi en fonction des renseignements que vous avez fournis.

### 2.1 Personne à assurer « A »

 Nom légal (prénom et nom de famille)		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
		Adresse (numéro et rue)		
App.	Ville	Province	Code postal	Nombre d'années à cette adresse
N° de téléphone au domicile ( )	Meilleur moment pour vous téléphoner <input type="checkbox"/> matinée <input type="checkbox"/> après-midi <input type="checkbox"/> soirée		N° de téléphone à utiliser ( )	Pays de naissance
Nom de l'employeur actuel	Profession	Fonctions		
Adresse de l'employeur				

### 2.2 Personne à assurer « B » (Remplissez cette section uniquement si vous demandez une couverture partagée.)

Nom légal (prénom et nom de famille)		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Adresse (numéro et rue)				
App.	Ville	Province	Code postal	Nombre d'années à cette adresse
N° de téléphone au domicile ( )	Meilleur moment pour vous téléphoner <input type="checkbox"/> matinée <input type="checkbox"/> après-midi <input type="checkbox"/> soirée		N° de téléphone à utiliser ( )	Pays de naissance
Nom de l'employeur actuel	Profession	Fonctions		
Adresse de l'employeur				

## Section 3 – Propriété du contrat

Dans la présente section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient au(x) titulaire(s) du contrat. Ce sont le ou les titulaires du contrat qui doivent répondre aux questions. Chaque titulaire doit être résident canadien, au sens que lui donne la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada. Veuillez noter que chacun des titulaires devra signer pour toute modification que vous demanderez d'apporter au contrat.

### 3.1 Titulaires du contrat

**Qui sera titulaire du contrat?** Cocher toutes les cases pertinentes.

- Personne à assurer « A »  
 Personne à assurer « B »  
 La ou les personnes suivantes non assurées au titre du contrat

Titulaire n° 1

Nom légal (prénom et nom de famille)			Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)		Lien avec la personne à assurer		
Adresse du domicile (numéro et rue)		Ville	Province	Code postal

Titulaire n° 2

Nom légal (prénom et nom de famille)			Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)		Lien avec la personne à assurer		
Adresse du domicile (numéro et rue)		Ville	Province	Code postal

- Personne morale telles une compagnie ou une société de fiducie

Dénomination sociale au complet (y compris les mentions « Cie », « limitée », « inc. », etc.)	Numéro d'entreprise
---	---------------------

Votre numéro d'entreprise est le numéro d'identification que vous utilisez à des fins fiscales. Nous sommes tenus par la *Loi de l'impôt sur le revenu* d'inscrire dans nos dossiers un numéro d'entreprise si le contrat est détenu par une entreprise.

### 3.2 Titulaires principaux

- Remplissez cette section uniquement s'il y a plus d'un titulaire pour le contrat que vous demandez; si ce n'est pas le cas, passez à la section 3.2b.

Toute correspondance concernant l'assurance que vous demandez sera adressée au titulaire principal et lui sera envoyée par la poste.

- a. Si votre contrat a plus d'un titulaire, veuillez préciser qui sera le titulaire principal. Dans le cas d'un contrat dont le titulaire est une personne morale, veuillez indiquer à quel service de la société la correspondance doit être envoyée (par ex. Service des comptes fournisseurs).

- Personne à assurer « A »     Personne à assurer « B »     Titulaire n° 1     Titulaire n° 2  
 Personne morale : Nom du service : \_\_\_\_\_

- b. Adresse postale du titulaire principal (si différente de l'adresse déjà fournie)

Veuillez indiquer l'adresse postale à laquelle le titulaire principal souhaite recevoir la correspondance si cette adresse diffère de l'adresse déjà fournie dans la présente proposition. Il ne peut pas s'agir de l'adresse de votre conseiller. Il ne peut y avoir qu'une seule adresse postale par titulaire principal.

Nom du titulaire principal	Adresse (numéro et rue)	Ville	Province	Code postal
----------------------------	-------------------------	-------	----------	-------------

### 3.3 Titulaires multiples

- a. Titulaires multiples (hors du Québec)

S'il y a plus d'un titulaire, la propriété du contrat sera du type *dévolution aux cotitulaires*, c'est-à-dire que le contrat appartiendra conjointement aux cotitulaires et que, si le contrat est maintenu en vigueur après le décès de l'un d'eux, la part de ce dernier sera dévolue d'office au(x) cotitulaire(s) survivant(s).

Si vous voulez que la propriété du contrat soit plutôt du type *dévolution aux ayants droit*, cochez la case ci-dessous.

- Dévolution aux ayants droit (si vous cochez cette case, vous devrez remplir le formulaire *Établir un contrat avec dévolution aux ayants droit*, NN0967F).

- b. Titulaires multiples (au Québec)

S'il y a plus d'un titulaire et si le contrat est encore en vigueur après le décès de l'un d'eux, la part de ce dernier sera dévolue à ses ayants droit, sauf si un titulaire subrogé a été nommé pour cette part.

### 3.4 Désignation d'un titulaire successeur ou subrogé

#### a. Titulaire successeur (hors du Québec)

►► Remplissez cette section si la législation de votre province ou territoire vous autorise à désigner un titulaire successeur.

S'il n'y a qu'un seul titulaire et s'il est possible que le contrat demeure en vigueur après son décès, la désignation d'une autre personne à laquelle reviendra la propriété du contrat rend le transfert plus rapide et plus simple.

Nom du titulaire n° 1	Nom du titulaire successeur (prénom et nom de famille)	Lien avec le titulaire
Nom du titulaire n° 2	Nom du titulaire successeur (prénom et nom de famille)	Lien avec le titulaire

#### b. Titulaire subrogé (au Québec)

S'il est possible que le contrat demeure en vigueur après le décès de l'un ou l'autre des titulaires, la désignation d'une autre personne à laquelle reviendra la propriété du contrat rend le transfert plus rapide et plus simple.

Nom du titulaire n° 1	Nom du titulaire subrogé (prénom et nom de famille)	Lien avec le titulaire
Nom du titulaire n° 2	Nom du titulaire subrogé (prénom et nom de famille)	Lien avec le titulaire

## Section 4 – Précisions sur les couvertures

Dans la présente section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient au(x) titulaire(s) du contrat.

### 4.1 Couvertures d'assurance

#### a. Quel type de couverture demandez-vous?

- une ou plusieurs couvertures individuelles sur la tête de la personne « A »  
ou  
 une ou plusieurs couvertures partagées sur la tête des personnes « A » et « B »

#### b. Modalités

##### Couverture 1

Montant d'assurance  \$

##### Période d'attente

- 90 jours de dépendance fonctionnelle  
 180 jours de dépendance fonctionnelle

##### Option de prestation

- 0,25 pour cent (couvertures partagées seulement)  
 0,5 pour cent  
 1 pour cent  
 2 pour cent (couvertures individuelles seulement)

##### Protection facultative

- Garantie Protection contre l'inflation  
 Garantie Remboursement des primes au décès (couvertures individuelles seulement)  
 Garantie Remboursement des primes au décès, conjointe dernier décès (couvertures partagées seulement)

##### Couverture 2

Montant d'assurance  \$

##### Période d'attente

- 90 jours de dépendance fonctionnelle  
 180 jours de dépendance fonctionnelle

##### Option de prestation

- 0,25 pour cent (couvertures partagées seulement)  
 0,5 pour cent  
 1 pour cent  
 2 pour cent (couvertures individuelles seulement)

##### Protection facultative

- Garantie Protection contre l'inflation  
 Garantie Remboursement des primes au décès (couvertures individuelles seulement)  
 Garantie Remboursement des primes au décès, conjointe dernier décès (couvertures partagées seulement)

### 4.2 Prestations payables au titre du contrat

Sauf indication contraire de votre part, toutes les prestations SoinsVie payables au titre du contrat seront versées à l'assuré ou aux assurés.

Si vous souhaitez qu'il en soit autrement, veuillez remplir l'un des formulaires suivants :

Pour désigner un bénéficiaire, utiliser le formulaire *Désignation de bénéficiaires pour les contrats SoinsVie*, NN1561F.

Pour donner des instructions relativement au paiement de prestations, utiliser le formulaire *Instructions de paiement pour les contrats SoinsVie*, NN1571F.

**Cette page a été  
laissée en blanc  
intentionnellement.**



## Section 5 – Renseignements personnels et médicaux

Dans la présente section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient aux personnes à assurer. La présente section doit être remplie par toutes les personnes à assurer.



### 5.1 Votre médecin ou votre clinique

**Avez-vous un médecin de famille que vous consultez régulièrement ou une clinique où vous vous faites traiter régulièrement?**

Non  Oui Si *oui*, veuillez donner des précisions.

Personne à assurer « A »

Nom de votre médecin (prénom et nom de famille) ou nom de la clinique		
Adresse		
Ville	Province	N° de téléphone ( )
Date de la dernière consultation (jj/mmmm/aaaa)	Raison :	
Nom figurant au dossier du médecin ou de la clinique (s'il est différent de celui que vous utilisez actuellement)		

Traitement ou médicament prescrit et résultats de tout test subi.


Personne à assurer « B »

Nom de votre médecin (prénom et nom de famille) ou nom de la clinique		
Adresse		
Ville	Province	N° de téléphone ( )
Date de la dernière consultation (jj/mmmm/aaaa)	Raison :	
Nom figurant au dossier du médecin ou de la clinique (s'il est différent de celui que vous utilisez actuellement)		

Traitement ou médicament prescrit et résultats de tout test subi.




### 5.2 Taille et poids

**Votre poids a-t-il subi une variation de plus de 10 lb (4,5 kg) au cours des 12 derniers mois?** Si *oui*, veuillez donner des précisions, à savoir une variation de combien et la raison de la variation. Si une grossesse a causé la variation, veuillez indiquer quel était votre poids avant la grossesse.

	Taille	Poids	
Personne à assurer « A »	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> m/cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Personne à assurer « B »	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> m/cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

### 5.3 Usage du tabac

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé ou fait usage de l'un des produits suivants :**

cigarettes, produits de tabac, produits de la nicotine ou succédané de celle-ci; marijuana ou haschisch?

Si *oui*, veuillez donner des précisions, à savoir la substance consommée, la quantité moyenne consommée, la fréquence d'usage et la date de l'usage le plus récent.

Précisions

	Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »
	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

### 5.4 Renseignements personnels

▶▶ Remplissez les sections 5.4a et 5.4b si vous demandez une prestation pour soins dispensés hors établissement supérieure à 1 500 \$.

▶▶ Remplissez la section 5.4b si vous demandez une prestation pour soins dispensés hors établissement de 1 500 \$ ou moins.

(Pour calculer le montant d'une prestation pour soins dispensés hors établissement, multipliez le montant de l'assurance que vous voulez souscrire par le pourcentage choisi pour l'option de prestation. Par exemple, une assurance de 160 000 \$ avec option de prestation de 1 %, donnerait une prestation mensuelle pour soins dispensés hors établissement de 1 600 \$.)

	Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »
<b>a. Quel est le revenu annuel total inscrit à la ligne 150 de votre déclaration de revenu de l'année dernière?</b>	\$	\$
Si vous souscrivez une couverture individuelle, mais calculez vos besoins d'assurance selon votre revenu de ménage (votre revenu annuel plus le revenu annuel de votre conjoint) :		
• quel est le revenu annuel total de votre conjoint, inscrit à la ligne 150 de sa déclaration de revenu de l'année dernière?	\$	\$
<b>b. Avez-vous fait rédiger ou pris des mesures pour faire rédiger :</b>		
1. une procuration ou un acte de représentation relatif aux biens, autorisant votre mandataire à agir en votre nom et à gérer votre argent et vos biens si vous deveniez physiquement et cognitivement incapable de le faire?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si <i>oui</i> , votre mandataire a-t-il eu à agir en votre nom?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2. une procuration ou un acte de représentation relatif aux soins personnels, autorisant votre mandataire à prendre des décisions concernant les soins de santé que vous recevriez et l'établissement où vous logeriez si vous deveniez physiquement et cognitivement incapable de le faire?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si <i>oui</i> , votre mandataire a-t-il eu à agir en votre nom?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Retourner les sections 5 et 6 à : Financière Manuvie, 500 King Street North, PO Box 1602, Stn. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C6

## Section 5 – Renseignements personnels et médicaux (suite)

### 5.5 Vos autres contrats d'assurance soins de longue durée

a. L'une des personnes à assurer est-elle actuellement couverte au titre d'un autre contrat d'assurance soins de longue durée?

Non  Oui ► Si *oui*, veuillez donner des précisions ci-dessous.

Personne à assurer	Société d'assurance	Montant de la couverture soins de longue durée (Veuillez indiquer le montant de la prestation et la période. Par exemple : 75 \$/jour, 1 000 \$/mois.)	Année d'établissement du contrat	La présente proposition d'assurance est-elle liée à une intention de remplacer une assurance actuellement en vigueur?
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

**Au Québec seulement**, si la présente proposition d'assurance vise à remplacer un contrat d'assurance soins de longue durée existant, veuillez remplir et joindre les formulaires de remplacement exigés.

Vous devez aussi remplir tous les formulaires nécessaires pour résilier le contrat existant.

b. Une proposition d'assurance vie, invalidité, maladies graves ou soins de longue durée sur votre tête a-t-elle déjà été refusée, offerte moyennant une surprime ou fait l'objet d'un report, d'une annulation ou de quelque modification que ce soit? Si *oui*, donnez-en le détail, y compris les dates, le nom et le type de couverture ainsi que le nom de la société d'assurance.

Précisions	Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »
	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

## Section 6 – Questions relatives à l'assurance soins de longue durée conditionnelle

Dans la présente section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient aux personnes à assurer.

### 6.1 Admissibilité à l'assurance soins de longue durée conditionnelle

Chacune des personnes à assurer au titre du contrat qui demande l'assurance soins de longue durée conditionnelle doit répondre aux questions suivantes.

	Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »
a. Êtes-vous atteint de l'une des affections suivantes, avez-vous été traité pour l'une d'elles ou avez-vous déjà consulté un médecin ou ressenti des symptômes relativement aux affections suivantes : maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins, crise cardiaque, douleurs thoraciques, diabète, cancer, tumeurs, accident ischémique transitoire, accident vasculaire cérébral, maladie chronique du rein, du foie ou du poumon, sclérose en plaques, paralysie, sida, maladie de Parkinson, ou maladie d'Alzheimer?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
b. Au cours des 60 derniers jours, avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé qui vous a conseillé de subir un nouvel examen, une épreuve diagnostique ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas encore eu lieu ou dont vous n'avez pas reçu les résultats (pour un motif autre qu'une grossesse ou un accouchement)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
c. Au cours des deux dernières années, une couverture d'assurance vie, invalidité, maladies graves ou soins de longue durée vous a-t-elle été refusée ou offerte moyennant des garanties restreintes ou une surprime?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Si une personne à assurer répond *oui* aux questions a, b ou c ci-dessus, cette personne **n'est pas** admissible à l'assurance soins de longue durée conditionnelle.

Si une personne à assurer répond *non* aux questions a, b et c ci-dessus, cette personne doit se reporter à l'Attestation d'assurance soins de longue durée conditionnelle pour une description de la couverture.

### 6.2 Instructions à l'intention du conseiller

! Laissez l'attestation d'assurance conditionnelle inutilisée jointe à la présente proposition.

Si l'une ou l'autre des personnes à assurer est admissible à l'assurance conditionnelle (c'est-à-dire qu'elle remplit **toutes** les conditions de l'attestation d'assurance conditionnelle applicables) :

- acceptez le paiement couvrant le plein montant de la première prime du contrat;
- remettez au titulaire du contrat l'attestation et la note de couverture.

Autrement,

- n'acceptez pas de paiement.

Dans la présente attestation :

- *nous, notre* et *nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers;
- *la personne à assurer* renvoie à chaque personne nommée à la section 2 de la présente proposition;
- *le titulaire du contrat* renvoie au(x) titulaire(s) nommé(s) dans la présente proposition;
- *la présente proposition* renvoie à la proposition d'assurance soins de longue durée qui porte le numéro figurant dans le coin supérieur droit de la présente page;
- *la présente convention* renvoie à la présente attestation d'assurance soins de longue durée;
- *contrat standard* renvoie au contrat standard que nous offrons à des fins de souscription, à la date de la présente proposition, pour le type d'assurance soins de longue durée demandé dans celle-ci (vous pouvez vous procurer ce contrat auprès de votre conseiller ou sur le site [www.manuvie.ca/avantdesouscrire](http://www.manuvie.ca/avantdesouscrire)); et
- *option de prestation, montant d'assurance et dépendance fonctionnelle* ont le sens indiqué dans notre contrat standard.

### Conditions

Sous réserve des conditions stipulées dans la présente convention, nous convenons de procurer une couverture d'assurance soins de longue durée conditionnelle à chaque personne à assurer qui satisfait aux exigences suivantes :

- la personne à assurer a répondu non à toutes les **Questions relatives à l'assurance soins de longue durée conditionnelle** contenues dans la présente proposition; et
- la personne à assurer a entre 18 et 70 ans inclusivement, à la date de la présente proposition.

La présente convention prend effet si les exigences suivantes sont remplies :

- la personne à assurer et le titulaire du contrat remplissent et signent la présente proposition;
- la première prime est payée une fois la présente proposition remplie;
- la première prime correspond à au moins 1/12 de la prime annuelle de votre contrat d'assurance soins de longue durée de base et de toute garantie complémentaire ou tout avenant;
- le chèque couvrant la première prime est honoré lorsque nous le présentons la première fois pour paiement; et
- aucun renseignement susceptible d'influer sur notre décision d'accorder une assurance ou sur les conditions auxquelles nous l'accordons n'a été déformé ni omis de la présente proposition; et
- nos exigences de tarification initiales publiées ont été appliquées.

Personne ne peut modifier la présente convention de quelque façon que ce soit.

### Assurance soins de longue durée conditionnelle

1. Si une personne à assurer au titre d'un contrat d'assurance individuelle ou l'une ou l'autre des personnes à assurer au titre d'une couverture partagée devient fonctionnellement dépendante tandis que la présente convention est en vigueur et que, en nous fondant sur nos exigences de tarification initiales publiées, nous constatons :

- que nous aurions établi une couverture d'assurance soins de longue durée selon les conditions de la présente proposition, nous établirions pour cette personne à assurer un contrat individuel comportant une couverture d'assurance soins de longue durée selon les conditions de la présente proposition; ou
- que nous aurions établi une couverture d'assurance soins de longue durée réduite ou modifiée, nous établirions pour cette personne à assurer un contrat individuel comportant une couverture d'assurance soins de longue durée réduite ou modifiée en conséquence (il peut s'agir, notamment, d'exclusions que nous aurions stipulées compte tenu de l'état de santé de la personne à assurer ou d'autres facteurs individuels se rapportant à celle-ci; ou
- que nous n'aurions pas établi une couverture d'assurance soins de longue durée pour cette personne à assurer, nous n'établirions pas de contrat aux termes de la présente convention, laquelle prendra alors fin immédiatement pour cette personne à assurer.

Si nous établissons un contrat aux termes de la présente convention, il contiendra les mêmes conditions que notre contrat standard et prendra effet à la date de la présente proposition. Toutefois, si les conditions de la présente convention sont incompatibles avec les conditions du contrat standard, les conditions de la présente convention auront priorité.

2. Si aucune personne à assurer ne devient fonctionnellement dépendante tandis que la présente convention est en vigueur :

- la présente convention est sans effet; et
- il est entendu que nous prenons en compte tout changement dans l'assurabilité qui se produit après la date de la présente proposition pour déterminer si nous établissons et, le cas échéant, à quelles conditions, un contrat d'assurance soins de longue durée aux termes de la présente proposition.

3. La présente convention prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date à laquelle nous délivrons un contrat d'assurance soins de longue durée à la suite de la présente proposition;
- date à laquelle nous envoyons par la poste au titulaire du contrat un avis de refus de sa proposition d'assurance soins de longue durée;
- date à laquelle nous envoyons par la poste au titulaire du contrat un avis de résiliation de la présente convention; et
- 90<sup>e</sup> jour suivant la date de signature de la présente proposition.

La présente convention prend fin à la date indiquée ci-dessus, que nous ayons ou non remboursé la prime payée au titre de la présente proposition.

4. Si nous établissons un contrat d'assurance soins de longue durée selon les conditions de la présente proposition, nous affectons la première prime aux primes exigibles au titre du contrat. Si nous refusons la présente proposition, ou si nous offrons au titulaire un contrat à des conditions autres que celles énoncées dans la présente proposition et si le titulaire n'accepte pas le contrat, nous remboursons la première prime.

### Restrictions et exclusions

Si la dépendance fonctionnelle d'une personne à assurer, saine d'esprit ou non, résulte directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- automutilation,
- perpétration d'un acte qui serait criminel selon les lois du Canada, où qu'il soit commis,
- conduite d'un véhicule motorisé alors que l'alcoolémie dépasse 80 mg d'alcool par 100 ml de sang,
- usage ou absorption intentionnels par l'assuré d'un médicament ou narcotique d'ordonnance d'une façon non conforme aux instructions données par un médecin, d'un médicament ou narcotique qui peut légalement être vendu sans ordonnance au Canada ou aux États-Unis d'une façon non conforme aux recommandations du fabricant, d'un médicament ou narcotique qu'on ne peut se procurer légalement au Canada ni aux États-Unis, ou d'une substance toxique ou intoxicante, nous n'établirons pas de couverture d'assurance soins de longue durée aux termes de la présente convention. Nous rembourserons la prime qui a été payée pour la couverture d'assurance soins de longue durée, et la présente convention prendra fin.

Si vous demandez une couverture individuelle, l'option de prestation correspondra à l'option de prestation que vous avez demandée et la prestation maximum combinée payable pour une personne à assurer au titre de tous les contrats établis aux termes des conventions d'assurance soins de longue durée conditionnelle conclues avec nous correspond :

- au montant d'assurance demandé dans la présente proposition, ou
  - à 75 000 \$
- selon le moindre de ces montants.

Si vous demandez une couverture partagée, l'option de prestation correspondra au double de l'option de prestation que vous avez demandée et la prestation maximum combinée payable pour une personne à assurer au titre de tous les contrats établis aux termes des conventions d'assurance soins de longue durée conditionnelle conclues avec nous correspondra :

- à la moitié du montant d'assurance demandé dans la présente proposition, ou
  - à 75 000 \$
- selon le moindre de ces montants.

Si nous versons une prestation au titre de l'assurance soins de longue durée établie aux termes de la présente convention, nous rembourserons toute prime perçue pour la couverture d'assurance excédant la prestation maximum payable pour cet assuré au titre de la présente convention.

**Cette page a été  
laissée en blanc  
intentionnellement.**

## Section 7 – Renseignements sur les primes et les paiements

Dans la présente section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient au(x) titulaire(s) du contrat, sauf indication contraire.

Si vous demandez une assurance soins de longue durée conditionnelle, la première prime doit correspondre à au moins 1/12 de la prime annuelle du contrat que vous demandez.

### 7.1 Votre première prime

#### a. À combien s'élève votre première prime?

Montant	\$
---------	----

#### b. Comment paierez-vous la première prime?

Si vous payez par chèque, les chèques doivent être libellés à l'ordre de la Financière Manuvie et tirés sur un compte en dollars canadiens ouvert auprès d'une institution financière ou d'une banque canadienne. Notez que nous n'acceptons pas de somme en espèces.

- par chèque, soumis avec la présente proposition (Le chèque doit porter la même date que la proposition.)
- par chèque, soumis lors de la délivrance du contrat (Le chèque doit porter la même date que l'attestation de délivrance.)
- au moyen de fonds provenant d'un contrat dont l'assureur est l'une des compagnies de la Financière Manuvie, soit La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, la Compagnie d'assurance MFC limitée ou Manuvie Canada Ltée

#### Précisez :

- participations     avance sur contrat     partie de la valeur de rachat du contrat (jusqu'à 50 % de la valeur de rachat)

Numéro du contrat	Nom de l'assuré au titre du contrat (prénom et nom de famille)	Somme que vous souhaitez transférer \$
-------------------	--	--

En signant ci-dessous, vous confirmez ce qui suit :

- vous avez le droit de recevoir les sommes assurées provenant du contrat dont vous avez indiqué le numéro ci-dessus;
- l'assureur est l'une des compagnies de la Financière Manuvie; et
- vous demandez que cette compagnie retire la somme indiquée ci-dessus du contrat qu'elle a établi et la verse à la compagnie qui établira le contrat que vous demandez dans la présente proposition.

Si le titulaire du contrat est une société par actions, nous exigeons la signature et le titre de deux signataires autorisés, ou la signature et le titre d'un signataire autorisé ainsi que le sceau de la société. Si la société n'a pas de sceau et que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société, veuillez signer dans la case où devrait signer le titulaire du contrat duquel proviennent les fonds et apposer vos initiales dans la case prévue à cet effet.

Signature du titulaire du contrat duquel proviennent les fonds <b>X</b>	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature du titulaire du contrat duquel proviennent les fonds <b>X</b>	Date (jj/mmmm/aaaa)
Initiales	Apposez vos initiales ci-contre pour confirmer que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société et que celle-ci ne possède pas de sceau. Vous devez également signer ci-dessus.
Signature du créancier gagiste/hypothécaire (le cas échéant) <b>X</b>	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature du bénéficiaire irrévocable (le cas échéant) <b>X</b>	Date (jj/mmmm/aaaa)

### 7.2 Vos primes périodiques

#### De quelle façon vos primes périodiques seront-elles payées?

Si vous payez par chèque, les chèques doivent être libellés à l'ordre de la Financière Manuvie et tirés sur un compte en dollars canadiens ouvert auprès d'une institution financière ou d'une banque canadienne. Notez que nous n'acceptons pas de somme en espèces.

- annuellement, par chèque     semestriellement, par chèque     trimestriellement, par chèque     mensuellement, par prélèvement automatique sur le compte (PAC) (utiliser les données bancaires fournies dans la section 7.4)

### 7.3 Qui paiera vos primes périodiques?

vous ou

Nom (prénom et nom de famille) ou dénomination sociale complète dans le cas d'une société par actions, y compris les mentions « Cie », « limitée », « inc. », etc.		Lien avec le titulaire du contrat	
Adresse (numéro et rue)	Ville	Province	Code postal
Nom (prénom et nom de famille) ou dénomination sociale complète dans le cas d'une société par actions, y compris les mentions « Cie », « limitée », « inc. », etc.		Lien avec le titulaire du contrat	
Adresse (numéro et rue)	Ville	Province	Code postal

## Section 7 – Renseignements sur les primes et les paiements (suite)

### 7.4 Données bancaires

Dans la présente section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient aux titulaires du compte bancaire sur lequel seront effectués les prélèvements mensuels automatiques.

►► Remplissez cette section si vous payez les primes périodiques par prélèvement mensuel automatique sur le compte.

#### a. Renseignements relatifs aux prélèvements mensuels automatiques

- Intégrer ce paiement mensuel à un plan de prélèvement mensuel automatique **existant** établi avec la Financière Manuvie.
- Établir un **nouveau** plan de prélèvement mensuel automatique selon les données bancaires ci-dessous.

N° du contrat visé par le plan existant de prélèvement automatique sur le compte

Jour du prélèvement mensuel (du 1<sup>er</sup> au 28)

#### b. Utiliser les données bancaires :

- du chèque couvrant la première prime;
- du chèque ci-joint portant la mention « NUL » (apposez le chèque sur la présente page, ci-dessous. Le chèque peut recouvrir l'image du chèque et le tableau ci-dessous);
- indiquées ci-dessous : (ne remplissez le tableau ci-dessous que si vous ne joignez pas un chèque portant la mention « NUL »).

**Banque Manuvie**  
500 KING ST. NORTH  
WATERLOO, ONTARIO N2J 4C6

MEMO \_\_\_\_\_

⑈ 1088 ⑈ ⑆0122⑆ 5401⑆ 0001⑆0001⑆

Pour vous aider à remplir les champs ci-dessous, l'illustration suivante montre à quelles données correspond l'encodage par reconnaissance de caractères magnétiques utilisé sur les chèques types.

Numéro de domiciliation	Numéro de l'institution	Numéro du compte
Nom de la banque ou institution financière canadienne	Numéro de domiciliation	Numéro de l'institution
		Numéro du compte

### 7.5 Autorisation relative aux prélèvements mensuels

Dans la présente section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient aux titulaires du compte bancaire sur lequel seront effectués les prélèvements mensuels automatiques.

►► Remplissez cette section si vous payez les primes périodiques par prélèvement mensuel automatique sur le compte.

Si le titulaire du contrat ou l'assuré paient les primes, la signature de ces personnes à la section 8 confirme qu'elles ont lu les autorisations ci-dessous et qu'elles les acceptent. Elles n'ont **pas** à signer ci-dessous.

En nous demandant de prélever des sommes sur votre compte bancaire, vous déclarez avoir lu et compris les énoncés ci-dessous.

#### Autorisation de prélever mensuellement sur votre compte des montants variables pour payer vos primes périodiques

En nous demandant d'établir un plan de prélèvement automatique sur le compte pour payer vos primes périodiques, vous convenez de ce qui suit :

- vous nous autorisez à effectuer des prélèvements mensuels sur votre compte bancaire pour payer les primes afférentes au contrat;
- à moins d'avis contraire dans la présente entente, les prélèvements seront effectués à la date que vous avez indiquée ci-dessus;
- le montant des prélèvements variera, puisqu'il peut être augmenté si nécessaire pour couvrir les frais du contrat (exemple : s'il est prévu que les primes afférentes au contrat changent); et
- vous renoncez au droit de recevoir un avis de 10 jours indiquant le montant et la date de chaque prélèvement mensuel automatique effectué sur votre compte.**

#### Conséquences si votre banque ou institution financière n'honore pas un prélèvement mensuel automatique

Si votre banque ou institution financière n'honore pas un prélèvement mensuel automatique, nous pourrions tenter d'effectuer le prélèvement de nouveau dans les 30 jours.

Si cette deuxième tentative échoue aussi, nous pourrions tenter d'effectuer ce prélèvement en même temps que le prélèvement du mois suivant.

Nous nous réservons le droit de mettre fin au plan sans délai si un prélèvement n'est pas honoré.

#### Modifications au plan de prélèvement automatique sur le compte

Vous pouvez demander par téléphone ou par écrit que soit changé le montant du prélèvement mensuel automatique ou le compte bancaire sur lequel le retrait est effectué. Nous devons recevoir votre demande au moins trois jours avant la date du prochain prélèvement automatique. Le conseiller attiré au contrat peut également faire ces changements en votre nom.

#### Retraits personnels

Tous les prélèvements mensuels automatiques effectués sur votre compte sont considérés comme des retraits personnels au sens que leur donne l'Association canadienne des paiements (ACP) dans sa Règle H1 (voir le site Web [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca)).

## Section 7 – Renseignements sur les primes et les paiements (suite)

### Fin de l'entente PAC

Vous pouvez et nous pouvons mettre fin à l'entente PAC moyennant un avis écrit de 10 jours, calculés à partir de la date à laquelle l'avis est posté. Pour obtenir un modèle de cet avis ou de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec votre banque ou institution financière ou visiter le site [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

### Prélèvements non autorisés

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 de plus amples renseignements au sujet de vos droits de recours, communiquez avec votre banque ou institution financière ou visitez le site [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

### Vos renseignements personnels

Vous nous autorisez à recueillir, utiliser, communiquer et échanger tout renseignement personnel nécessaire pour remplir toute obligation relative aux prélèvements sur votre compte bancaire.

### Pour obtenir de plus amples renseignements concernant les prélèvements sur votre compte bancaire

Si vous avez des questions ou des préoccupations à propos des prélèvements sur votre compte bancaire, n'hésitez pas à communiquer avec nous aux coordonnées figurant à la page 14 de la présente proposition, dans l'encadré intitulé *Règlement des plaintes*.

Pour de plus amples renseignements au sujet de vos droits, communiquez avec votre banque ou institution financière, ou avec l'Association canadienne des paiements ([www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca)).

### Confirmation

Vous confirmez que toutes les personnes dont la signature est exigée pour ce compte ont signé ci-dessous, y compris tous les cotitulaires du compte et tous les signataires autorisés d'une société.

Si le titulaire du compte sur lequel les prélèvements mensuels doivent être effectués est le titulaire du contrat ou l'une des personnes à assurer au titre du contrat, cette personne doit signer à la section 8 et ainsi autoriser les prélèvements mensuels automatiques. Elle n'a **pas** à signer ci-dessous.

Si l'un des titulaires du compte sur lequel les prélèvements mensuels doivent être effectués n'est pas titulaire du contrat ni l'une des personnes à assurer au titre du contrat, ce titulaire du compte doit autoriser les prélèvements en signant ci-dessous.

- Si les prélèvements doivent être effectués sur un compte conjoint, les deux titulaires du compte doivent signer si votre banque ou institution financière exige les deux signatures.
- Si les prélèvements doivent être effectués sur un compte dont le titulaire est une société, fournissez des précisions sur le compte ainsi que la signature et le titre de deux signataires autorisés, ou la signature et le titre d'un signataire autorisé et le sceau de la société. Si la société n'a pas de sceau et que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société, veuillez signer dans la case où devrait signer le titulaire de compte n° 1 et apposer vos initiales dans la case prévue à cet effet.

Nom du titulaire de compte n° 1 ou du signataire autorisé n° 1 (s'il ne s'agit pas d'une personne à assurer ni du titulaire du contrat)		Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature du titulaire de compte n° 1 ou du signataire autorisé n° 1 <b>X</b>		Titre (s'il y a lieu)
Initiales	Apposez vos initiales ci-contre pour confirmer que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société et que celle-ci ne possède pas de sceau. Vous devez également signer ci-dessus.	
Nom du titulaire de compte n° 2 ou du signataire autorisé n° 2 (s'il ne s'agit pas d'une personne à assurer ni du titulaire du contrat)		Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature du titulaire de compte n° 2 ou du signataire autorisé n° 2 <b>X</b>		Titre (s'il y a lieu)

**Cette page a été  
laissée en blanc  
intentionnellement.**



## Section 8 – Autorisations, conventions et signatures

Dans la présente section, *vous, votre* et *vos* renvoient aux personnes à assurer ou au(x) titulaire(s) du contrat.

***Veillez lire attentivement la totalité de la présente section. On y explique comment vos renseignements personnels servent à établir et à administrer le contrat d'assurance que vous avez demandé.***

***À la fin de la présente section, nous vous demandons de signer pour attester que vous autorisez et acceptez les façons dont nous recueillons, utilisons, communiquons et conservons vos renseignements personnels et que vous acceptez les conditions énoncées dans la présente proposition. Vous ne pouvez modifier le libellé de la section 8 d'aucune façon. Toute tentative en ce sens sera sans effet. Si vous désirez révoquer votre consentement ou vous prévaloir de l'option de refus du marketing direct, consultez la section pertinente ci-après.***

### Vos renseignements personnels sont confidentiels

Nous savons qu'il est important pour vous que la confidentialité de vos renseignements personnels soit protégée, et nous tenons à vous assurer que nous y accordons la même importance. Les renseignements personnels sont essentiels à l'exercice de nos activités, car ils nous permettent d'évaluer, d'établir et d'administrer le contrat que vous avez demandé.

#### Collecte de vos renseignements personnels

Outre les renseignements personnels que vous fournissez dans la présente proposition, nous devons peut-être :

- exiger tout test qui pourrait être nécessaire pour que nous décidions si nous vous assurons, et à quelles conditions, notamment un examen médical, une radiographie ou une analyse sanguine;
- obtenir de tout médecin, praticien, hôpital, établissement paramédical, société d'assurance et autre organisme ou personne possédant des renseignements ou des dossiers sur vous, votre situation financière ou votre état de santé, tout renseignement que nous et nos réassureurs concernés exigeons pour établir et administrer le contrat d'assurance que vous avez demandé;
- obtenir vos renseignements personnels du Bureau de renseignements médicaux, comme l'explique l'avis que nous vous avons fourni;
- obtenir du bureau des véhicules automobiles de la province visée une copie de tout dossier de conduite automobile jugé pertinent pour l'étude de la présente proposition;
- obtenir un rapport d'enquête, d'évaluation du crédit ou de solvabilité.

Nous pouvons désigner un mandataire pour recueillir, en notre nom, vos renseignements personnels.

#### Communications téléphoniques

Les appels à notre Centre de service à la clientèle sont enregistrés à des fins de formation, de contrôle de la qualité et de vérification des données.

#### Utilisation de vos renseignements personnels

Nous pouvons utiliser aux fins suivantes les renseignements personnels que nous recueillons :

- confirmer votre identité et vous identifier d'une manière distinctive;
- confirmer l'exactitude des renseignements recueillis;
- mieux comprendre votre situation financière, évaluer votre proposition, estimer les risques d'assurance risques d'assurance que nous prenons et examiner les demandes de règlement qui nous sont soumises;
- bien administrer nos produits et services financiers;
- nous conformer aux exigences légales et réglementaires;
- mener des recherches pour vous retrouver et mettre vos coordonnées à jour dans nos dossiers;
- déterminer si d'autres produits financiers offerts par nous, par nos sociétés affiliées et par des fournisseurs de produits financiers avec lesquels nous traitons, pourraient vous convenir, de façon à pouvoir vous renseigner sur ces produits.

De plus, nous pouvons utiliser votre numéro d'entreprise (le cas échéant) pour vous identifier d'une manière distinctive et pour remplir nos obligations de déclaration fiscale.

#### Communication de vos renseignements personnels

Nous pouvons communiquer vos renseignements personnels aux personnes, organismes et fournisseurs de services suivants :

- nos employés et mandataires qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches;
- les fournisseurs de services externes qui en ont besoin pour nous fournir leurs services, notamment
  - les organismes de services paramédicaux,
  - les tarificateurs,
  - les enquêteurs en sinistres et les organismes d'enquête;
  - les fournisseurs de services de traitement et de stockage de l'information, de programmation, d'impression, de courrier et de distribution;
- votre conseiller et toute agence qui emploie votre conseiller ou l'a désigné comme son agent, ainsi que leurs employés;
- le Bureau des renseignements médicaux, comme l'explique l'avis que nous vous avons fourni;
- les sociétés de réassurance concernées, pour leur permettre d'évaluer et d'administrer tout risque d'assurance qu'elles acceptent;
- les personnes à qui vous avez accordé l'accès à ces renseignements;
- les personnes légalement autorisées à examiner vos renseignements personnels.

Ces personnes, organismes et fournisseurs de services peuvent se trouver dans d'autres provinces ou dans des territoires de compétence à l'extérieur du Canada. Vos renseignements personnels peuvent être communiqués conformément aux lois de ces territoires de compétence.

Il y a d'autres cas où nous pouvons communiquer à des tiers des éléments de vos renseignements personnels, comme il est indiqué ci-dessous.

- nous pouvons communiquer à votre médecin des renseignements médicaux recueillis à votre sujet;
- nous pouvons communiquer vos renseignements personnels à un organisme ou à une personne auprès desquels nous recueillons des renseignements à votre sujet, mais seulement dans la mesure où cela est nécessaire pour obtenir les renseignements dont nous avons besoin;
- si les tests de laboratoire effectués sur vous à notre demande donnent des résultats positifs relativement à des maladies infectieuses tels le sida ou l'hépatite, nous pouvons communiquer ces renseignements aux organismes de santé publique concernés.

Les renseignements personnels que vous fournissez dans la présente proposition :

- feront partie des contrats imprimés à la suite de la présente proposition, et
- seront communiqués à tous les titulaires de ces contrats imprimés ainsi qu'à tout titulaire ultérieur.

## Section 8 – Autorisations, conventions et signatures (suite)

### Protection et conservation de vos renseignements personnels

Nous protégeons les renseignements personnels que nous recueillons et nous les mettons en sûreté dans un dossier d'assurance individuelle. Nous conserverons vos renseignements personnels pendant la plus longue des périodes suivantes :

- période prescrite par la loi et par les directives établies pour l'industrie des services financiers;
- période nécessaire pour administrer nos produits et services.

Advenant que votre proposition soit refusée, les conventions ainsi que les autorisations et le consentement que vous avez fournis dans l'ensemble de la présente demeurent en vigueur.

### Révocation du consentement

Vous pouvez révoquer votre consentement à ce que nous recueillions, utilisions, communiquions ou conservions vos renseignements personnels si les lois fédérales ou provinciales vous confèrent ce droit.

Si vous révoquez votre consentement ou si votre consentement n'est pas adéquat, vous convenez que cela peut entraîner les conséquences suivantes jusqu'à ce qu'un consentement adéquat soit donné :

- si vous révoquez votre consentement avant l'établissement du contrat, ce dernier ne sera pas établi;
- aucune prestation ne sera payable au titre du contrat;
- ni vous ni vos ayants droit ne pourrez exercer aucun des droits que vous confère le contrat sans notre consentement; et
- à notre gré, nous pouvons résilier le contrat.

Vous pouvez en tout temps révoquer votre consentement à ce que nous utilisions votre numéro d'entreprise pour vous identifier d'une manière distinctive. Toutefois, cette révocation pourrait altérer notre capacité d'assurer l'exactitude de vos données personnelles et financières.

### Option de refus du marketing direct

Vous avez le droit de refuser que nous vous offrions des produits supplémentaires. Si vous révoquez votre consentement à ce que nous utilisions vos renseignements personnels à des fins de marketing, vous savez que cela n'altérera pas notre capacité de continuer à vous fournir les produits et services que vous avez demandés, mais que cela ne vous permettra plus, en conséquence, de recevoir directement des offres spéciales ou personnalisées concernant d'autres produits et services.

### Révocation du consentement ou option de refus

Pour révoquer votre consentement, vous devez remplir le formulaire et suivre la procédure établie par nous. Pour obtenir des renseignements détaillés ou des formulaires, appelez notre Centre de service à la clientèle au :

1 888 626-8843, au Québec, ou

1 888 626-8543, pour toutes les provinces sauf le Québec, ou

écrivez à notre Bureau de la protection des renseignements personnels à l'adresse indiquée à la page 14.

### Établissement du contrat

L'assurance demandée au titre de chaque contrat prend effet

- lorsque le contrat a été délivré et
- une fois que la première prime a été acquittée, pourvu qu'il n'y ait eu aucun changement dans l'assurabilité des personnes à assurer depuis que la présente proposition d'assurance a été remplie.

- La proposition comprend les pages numérotées A2 et 1 à 14 du présent document, les réponses que vous avez données lors de tout entretien téléphonique ou de tout examen paramédical afférents à la présente proposition, ainsi que toutes les déclarations écrites soumises avec celle-ci.
- Si vous avez droit à l'assurance soins de longue durée conditionnelle et si nous avons accepté le paiement de la prime afférente à la présente proposition et si nous établissons un contrat selon les conditions de cette proposition, nous appliquerons le paiement à ce contrat. Si nous refusons votre proposition, ou si nous vous offrons un contrat à des conditions autres que celles énoncées dans votre proposition et si vous n'acceptez pas le contrat, nous rembourserons le paiement.
- Lorsque le contrat vous est délivré, vous en acceptez les conditions, y compris les modifications que nous y avons apportées. Votre contrat comprend la présente proposition, les dispositions contractuelles ainsi que tout document annexé, y compris les rapports médicaux.
- Les autorisations que vous accordez demeureront en vigueur après le décès du titulaire du contrat et des personnes à assurer, afin que nous puissions évaluer toute demande de règlement au titre du contrat.

## Section 8 – Autorisations, conventions et signatures (suite)

### Signatures

Veillez revoir la présente proposition, y compris les autorisations et conventions des pages 8, 9, 10 et 11, et signer ci-dessous. En signant ci-dessous, vous confirmez ce qui suit :

- vous avez lu la proposition et vous confirmez que les déclarations qu'elle contient sont, à votre connaissance, complètes, à jour et exactes (vous nous aviserez sans délai de toute erreur ou omission);
- si vous avez droit à une assurance soins de longue durée conditionnelle, vous avez lu l'*Attestation d'assurance soins de longue durée conditionnelle* (voir page 6) et l'avez comprise;
- vous acceptez les conditions énoncées dans la présente proposition;
- une copie des présentes autorisations et conventions est aussi valide que l'original.

**Nota :** Si le titulaire du contrat est une société par actions, nous exigeons la signature et le titre de deux signataires autorisés, ou la signature et le titre d'un signataire autorisé ainsi que le sceau de la société. Si la société n'a pas de sceau et que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société, veuillez signer dans la case où devrait signer le titulaire de contrat n° 1 et apposer vos initiales dans la case prévue à cet effet.



Fait à (ville et province)	Date (jj/mmmm/aaaa par exemple, 23/JUIL/2013)
----------------------------	---



Signature de la personne à assurer « A » X	Signature du témoin X
Signature de la personne à assurer « B » X	Signature du témoin X

Signature du titulaire de contrat n° 1 (s'il ne s'agit pas des personnes « A » ou « B ») X	Titre (s'il s'agit d'un signataire autorisé d'une société)
Signature du titulaire de contrat n° 2 (s'il ne s'agit pas des personnes « A » ou « B ») X	Titre (s'il s'agit d'un signataire autorisé d'une société)
Dans le cas d'une société par actions : dénomination sociale complète (y compris les mentions « Cie », « limitée », « inc. », etc.)	
Initiales	Apposez vos initiales ci-contre pour confirmer que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société et que celle-ci ne possède pas de sceau. Vous devez également signer ci-dessus.
Signature du témoin X	Nom du témoin (s'il ne s'agit pas du conseiller)

### Communication de vos renseignements personnels à votre conseiller

- Si nos constatations concernant votre tension artérielle, votre taux de cholestérol ou votre rapport taille-poids influent sur l'évaluation de votre proposition, nous pouvons communiquer ces renseignements à votre conseiller.
- Si les renseignements que vous fournissez dans la proposition ou au cours d'un entretien téléphonique ou d'un examen paramédical influent sur l'évaluation de votre proposition, nous pouvons indiquer à votre conseiller à quoi les renseignements visés ont trait (à vos antécédents familiaux, à votre dossier médical ou à votre style de vie).

Consentez-vous à ce que nous communiquions ces renseignements à votre conseiller, comme décrit plus haut, et à ce que celui-ci les utilise pour discuter avec vous de vos diverses options d'assurance? Si vous ne sélectionnez aucune des options ci-dessous, nous communiquerons l'information à votre conseiller, tel qu'il est mentionné ci-dessus.

Personne à assurer « A »     Non     Oui

Personne à assurer « B »     Non     Oui

**Cette page a été  
laissée en blanc  
intentionnellement.**



## Financière Manuvie

### Autorisation de communiquer des renseignements – Personne à assurer « A »

*Vous, votre et vos* renvoient aux personnes à assurer. *Nous, notre et nos* renvoient à la Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie). En signant ci-dessous, vous donnez l'autorisation et demandez aux médecins, praticiens, professionnels de la santé, hôpitaux, cliniques et autres établissements médicaux ou paramédicaux, aux sociétés d'assurance, au Bureau de renseignements médicaux et à tout autre organisme, institution, association ou personne possédant des renseignements ou des dossiers sur vous ou votre état de santé, de les partager avec nous ou avec les réassureurs concernés. Vous nous autorisez également, nous ou nos réassureurs, à faire au Bureau des renseignements médicaux un bref rapport sur vos renseignements médicaux.

Fait à (ville)	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature de la personne à assurer « A » X	
Signature du témoin X	



## Financière Manuvie

### Autorisation de communiquer des renseignements – Personne à assurer « B »

*Vous, votre et vos* renvoient aux personnes à assurer. *Nous, notre et nos* renvoient à la Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie). En signant ci-dessous, vous donnez l'autorisation et demandez aux médecins, praticiens, professionnels de la santé, hôpitaux, cliniques et autres établissements médicaux ou paramédicaux, aux sociétés d'assurance, au Bureau de renseignements médicaux et à tout autre organisme, institution, association ou personne possédant des renseignements ou des dossiers sur vous ou votre état de santé, de les partager avec nous ou avec les réassureurs concernés. Vous nous autorisez également, nous ou nos réassureurs, à faire au Bureau des renseignements médicaux un bref rapport sur vos renseignements médicaux.

Fait à (ville)	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature de la personne à assurer « B » X	
Signature du témoin X	



## Financière Manuvie **Note de couverture**

Montant reçu \$
--------------------

La première prime doit être payée par chèque libellé à l'ordre de la Financière Manuvie et tiré sur un compte en dollars canadiens ouvert auprès d'une institution financière ou d'une banque canadienne.

En signant ci-dessous, le conseiller confirme que cette première prime s'applique à toute assurance soins de longue durée demandée dans la présente proposition et couvrant les personnes nommées ci-dessous.

Nom de la personne à assurer « A » (prénom et nom de famille)	Nom de la personne à assurer « B » (prénom et nom de famille)
Montant total de la couverture d'assurance demandée \$	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature du conseiller X	



**Détacher et remettre au titulaire du contrat**

## Financière Manuvie **Bureau de renseignements médicaux**

Nous estimons que les renseignements contenus dans votre proposition sont confidentiels. Cependant, la Financière Manuvie ou ses réassureurs chargés de votre contrat peuvent faire un rapport au Bureau de renseignements médicaux en se basant sur votre proposition, 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.

Le Bureau de renseignements médicaux est un organisme à but non lucratif mis sur pied par les sociétés d'assurance vie pour communiquer des renseignements à ses membres. Si vous soumettez une proposition d'assurance ou une demande de règlement à une société membre, le Bureau de renseignements médicaux 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 le cas échéant, en communiquant avec le bureau à l'adresse suivante :

Bureau de renseignements médicaux  
330 University Avenue, Suite 501  
Toronto (Ontario) M5G 1R7  
Téléphone : 416 597-0590  
Télécopieur : 416 597-1193  
Courriel : canada\_disclosure@mib.com

Cette partie de la page a été  
laissée en blanc  
intentionnellement.



### **Votre droit de consulter vos renseignements personnels**

Vous pouvez demander à vérifier vos renseignements personnels figurant dans nos dossiers et faire corriger toute donnée inexacte en envoyant une demande écrite à Bureau de la protection des renseignements – Assurance individuelle, 25 Water Street S., P.O. Box 800 Stn C, Kitchener (Ontario) N2G 4Y5

### **Où obtenir de plus amples renseignements sur notre politique de confidentialité?**

Vous pouvez obtenir une copie de nos politiques et pratiques concernant le traitement des renseignements personnels en communiquant avec notre Bureau de la protection des renseignements personnels à l'adresse ci-contre ou en visitant [www.manuvie.ca](http://www.manuvie.ca) > *Politique de confidentialité*

### **Règlement des plaintes**

Nous sommes heureux que vous ayez demandé à souscrire un contrat d'assurance de la Financière Manuvie. Soyez assuré que nous mettrons tout en œuvre pour continuer de mériter votre confiance dans les années à venir. Si vous avez des questions sur le produit lui-même ou sur le service que vous recevez, nous y répondrons de façon juste et efficace.

Pour tout complément d'information, communiquez avec votre conseiller ou avec notre siège social aux numéros suivants :

1 888 626-8843 au Québec, ou

1 888 626-8543 pour toutes les provinces sauf le Québec

Vous trouverez de plus amples renseignements sur notre processus de règlement des plaintes dans Internet à l'adresse [www.manuvie.ca](http://www.manuvie.ca) sous *Communiquez avec nous* > *Satisfaction de la clientèle*

# Rapport du conseiller

Dans le présent rapport, *vous, votre et vos* renvoient au conseiller qui fait souscrire le contrat.

## 1 Renseignements sur les conseillers

### a. Qui a entrepris les démarches relatives à la présente proposition?

recommandation  situation personnelle  personne à assurer  appel impromptu

### b. Veuillez nommer les conseillers qui ont joué un rôle dans la souscription.

**Nota : le conseiller nommé le premier sera considéré comme le conseiller gestionnaire.**

1. Nom du conseiller <b>gestionnaire</b> (prénom et nom de famille)			2. Nom du conseiller (prénom et nom de famille)		
Code du conseiller	Code de la succursale	Pourcentage de la commission %	Code du conseiller	Code de la succursale	Pourcentage de la commission %

### c. Quels intervenants du soutien au marketing de la Financière Manuvie ont participé à la souscription?

Cocher toutes les cases pertinentes.

Équipe de soutien régionale  Consultant régional en planification fiscale et successorale  
 Consultant actuariel régional  Consultant régional en tarification  
 Expert-conseil, Prestations du vivant  Autre :

### d. Un paiement a-t-il été présenté avec la proposition et la note de couverture a-t-elle été émise? Oui Non

## 2 Personnes à assurer

### a. Depuis combien de temps connaissez-vous les personnes à assurer?

Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »
<input type="checkbox"/> ans <input type="checkbox"/> mois	<input type="checkbox"/> ans <input type="checkbox"/> mois

**b. Personne à assurer « A » est :**  un parent  une personne que vous connaissez bien  une personne que vous connaissez un peu  
**Personne à assurer « B » est :**  un parent  une personne que vous connaissez bien  une personne que vous connaissez un peu

### c. Le titulaire et la ou les personnes à assurer parlent-ils couramment la langue employée dans la présente proposition?

Titulaire  Oui  Non Personne à assurer « A » (s'il ne s'agit pas du titulaire)  Oui  Non  
Personne à assurer « B » (s'il ne s'agit pas du titulaire)  Oui  Non

Si *non*, veuillez spécifier quelle(s) langue(s) parlent couramment les personnes désignées ci-dessus et indiquer quelles mesures ont été prises pour s'assurer que ces personnes comprennent les questions et autorisations de la présente proposition.

## 3 Renseignements généraux

**Veuillez nous communiquer tout autre renseignement personnel ou financier qui pourrait nous être utile pour l'évaluation des risques. Veuillez nous faire part de tout autre commentaire ou de toute autre instruction spéciale.**

## 4 Attestation du conseiller

En signant ci-dessous :

- vous confirmez être titulaire de tous les permis et certificats nécessaires pour faire souscrire les produits demandés dans la présente proposition dans la région où a lieu la souscription;
- si le contrat demandé vise à remplacer un autre contrat, vous confirmez avoir communiqué les renseignements appropriés à votre client, rempli les formulaires de remplacement applicables et, s'il y a lieu, nous avoir fourni ces documents;
- vous attestez qu'à votre connaissance, les renseignements fournis dans la présente sont à jour, exacts et complets;
- vous confirmez que vous avez communiqué au(x) titulaire(s) du contrat les renseignements suivants :
  - le nom de la ou des sociétés que vous représentez;
  - le fait que vous recevez des commissions pour la vente de produits d'assurance vie et prestations du vivant, 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 l'opération en cause.

Votre nom (prénom et nom de famille)	Code du conseiller
Signature <b>X</b>	Adresse électronique ou n° de téléphone du conseiller

 **Manulife Financial**

 **Financière Manuvie**

NT7009B(ENV) (09/2007)

FROM/EXPÉDITEUR :

BRANCH CODE/CODE DE LA SUCCURSALE :

ADVISOR NAME/NOM DU CONSEILLER :

**TO/DESTINATAIRE :**

**Insurance application enclosed**  
**Proposition d'assurance jointe**

**Enclose:**

**Cheque**

**N'oubliez pas de joindre :**

**un chèque**

---

---

---

---