

Demande de modification

lorsqu'une preuve d'assurabilité est exigée

Le présent formulaire peut être utilisé pour apporter une modification à un contrat d'assurance vie, d'assurance invalidité ou d'assurance maladies graves ou à une solution d'assurances combinées Synergie dont l'assureur est l'une des compagnies (sociétés de Manuvie) nommées au bas de cette page. Pour modifier un contrat d'assurance soins de longue durée, utilisez le formulaire *Demande de modification ou de remise en vigueur – Assurance soins de longue durée* (NN1548F).

Sauf avis contraire dans une section donnée, *vous, votre* et *vos* renvoient au(x) titulaire(s) du contrat et *nous, notre* et *nos* renvoient à la société qui est l'assureur actuel du contrat dont il est question dans la présente demande. Si la modification demandée donne lieu à l'établissement d'un nouveau contrat par l'autre société de Manuvie, *nous, notre* et *nos* peuvent aussi renvoyer à l'assureur du nouveau contrat.

S'il s'agit d'une solution Synergie, le mot *contrat* renvoie également à *solution*.

Section 1 – Modifications demandées

1.1 Veuillez indiquer le numéro du contrat que vous souhaitez modifier ainsi que le nom du titulaire.

Numéro du contrat	Nom du titulaire du contrat (prénom et nom de famille) ou dénomination sociale complète si le titulaire est une personne morale ou une société
-------------------	--

1.2 Modifications s'appliquant à tous les types de contrat (Cocher toutes les cases pertinentes.)

Modification demandée	Renseignements requis	
<input type="checkbox"/> Changer le statut de fumeur pour celui de non-fumeur (contrats ou garanties complémentaires établis sans les classes d'indice-santé)	Pour un contrat d'assurance vie ou maladies graves, ou pour une solution Synergie : Remplir les sections : 1, 2, 3, 5.1 à 5.7, 6, 7, 8, 12 et <i>Rapport du conseiller</i> Pour un contrat d'assurance invalidité : Remplir les sections : 1, 2, 3.1, 5.1 à 5.5, 6, 7, 11, 12 et <i>Rapport du conseiller</i>	
<input type="checkbox"/> Changer la classe d'indice-santé (contrats ou garanties complémentaires établis avec les classes d'indice-santé)	de l'indice-santé <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> à l'indice-santé <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Indice-santé 1 : aucun usage de produits à base de tabac ou de nicotine depuis plus de 15 ans, une excellente santé et un mode de vie qui présente peu de risques. Indice-santé 2 : aucun usage de produits à base de tabac ou de nicotine depuis plus de 2 ans, une très bonne santé et un mode de vie qui présente peu de risques. Indice-santé 3 : aucun usage de produits à base de tabac ou de nicotine depuis plus d'un an, une bonne santé et un mode de vie normal. Indice-santé 4 : usage de produits à base de tabac ou de nicotine autres que la cigarette ou la marijuana. Indice-santé 5 : usage de cigarettes ou de marijuana. Remplir les sections : 1, 2, 3, 5.1 à 5.7, 6, 7, 8, 12 et <i>Rapport du conseiller</i>	
<input type="checkbox"/> Remettre le contrat en vigueur OU	Date de la déchéance	Somme versée à titre de paiement de primes en souffrance (y compris les avances et les intérêts) \$
<input type="checkbox"/> Remettre en vigueur l'amélioration automatique de la garantie (contrats d'assurance invalidité)	Pour un contrat d'assurance vie ou maladies graves, ou pour une solution Synergie : Remplir les sections : 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 12 et <i>Rapport du conseiller</i> Pour un contrat d'assurance invalidité : Remplir les sections : 1, 2, 3.1, 5.1 à 5.5, 6, 7, 11, 12 et <i>Rapport du conseiller</i> Nous envoyer : <input type="checkbox"/> paiement de la prime ou du dépôt en souffrance <input type="checkbox"/> formulaire <i>Identification des titulaires de contrats d'assurance individuelle</i> (NN1558F) (contrats vie universelle et Performax Or seulement)	
<input type="checkbox"/> Améliorer le tarif OU	Pour un contrat d'assurance vie ou maladies graves, ou pour une solution Synergie : Remplir les sections : 1, 2, 3, 5.1 à 5.7, 6, 7, 8, 12 et <i>Rapport du conseiller</i>	
<input type="checkbox"/> Réexaminer une exclusion	Pour un contrat d'assurance invalidité : Remplir les sections : 1, 2, 3.1, 5.1 à 5.5, 6, 7, 11, 12 et <i>Rapport du conseiller</i>	

Section 1 – Modifications demandées

Section 1 – Modifications demandées (suite)

1.3 Modifications s'appliquant aux contrats d'assurance invalidité (Cocher toutes les cases pertinentes.)

►► Ne pas remplir si les modifications sont apportées à une solution Synergie.

Modification demandée	Renseignements requis
<input type="checkbox"/> Changer la catégorie professionnelle	de <input type="text"/> à <input type="text"/> Remplir les sections : 1, 2, 3.1, 5.1 à 5.5, 6, 7, 11, 12 et <i>Rapport du conseiller</i>
<input type="checkbox"/> Augmenter la rente mensuelle (contrats Série Procadres ou Série Franprise établis après le 11 juin 2004) <small>Dans le cas de contrats Série Procadres et Série Franprise établis avant le 11 juin 2004, ou d'autres produits d'assurance invalidité, remplir le formulaire <i>Proposition d'assurance vie, invalidité et maladies graves</i> (NN7000F).</small>	Faire passer de <input type="text"/> \$ à <input type="text"/> \$ Remplir les sections : 1, 2, 3.1, 5.1 à 5.5, 6, 7, 11, 12 et <i>Rapport du conseiller</i> Nous envoyer : <input type="checkbox"/> paiement de la prime
<input type="checkbox"/> Réduire le délai de carence	Faire passer de <input type="text"/> à <input type="text"/> Remplir les sections : 1, 2, 3.1, 5.1 à 5.5, 6, 7, 11, 12 et <i>Rapport du conseiller</i>
<input type="checkbox"/> Retirer le régime de remplacement du revenu (RRR) (contrats d'assurance invalidité établis au cours des cinq dernières années, si le montant d'assurance ne change pas)	Remplir les sections : 1, 2, 3.1, 11.1 à 11.3, 12 et <i>Rapport du conseiller</i>
<input type="checkbox"/> Allonger la période d'indemnisation	Faire passer de <input type="text"/> à <input type="text"/> Remplir les sections : 1, 2, 3.1, 5.1 à 5.5, 6, 7, 11, 12 et <i>Rapport du conseiller</i>
<input type="checkbox"/> Transformer une assurance invalidité	Choisir une option. <input type="checkbox"/> transformer un contrat Achat-Vente Plus en un contrat <input type="checkbox"/> Procadres OU <input type="checkbox"/> Franprise <input type="checkbox"/> transformer un contrat Parafrais ou Parafrais Plus en un contrat <input type="checkbox"/> Procadres OU <input type="checkbox"/> Franprise <input type="checkbox"/> transformer un contrat Sécuriplus en un contrat <input type="checkbox"/> Procadres OU <input type="checkbox"/> Franprise Remplir les sections : 1, 2, 3.1, 11.1 à 11.3, 12 et <i>Rapport du conseiller</i> Nous envoyer : <input type="checkbox"/> paiement de la prime <input type="checkbox"/> contrat original

1.4 Modifications s'appliquant aux contrats d'assurance vie et maladies graves (Cocher toutes les cases pertinentes.)

Modification demandée	Renseignements requis
<input type="checkbox"/> Ajouter une garantie d'enfants ou augmenter la couverture d'une garantie d'enfants	<input type="checkbox"/> Ajouter une garantie de protection des enfants au titre d'un contrat d'assurance vie ou une garantie Protection des enfants – Vie au titre d'une solution Synergie. <input type="checkbox"/> Ajouter une garantie Chèque-vie des enfants au titre d'un contrat Chèque-vie ou une garantie Protection des enfants – Maladies graves au titre d'une solution Synergie. <input type="text"/> Montant de la couverture \$ <input type="checkbox"/> Augmenter la couverture d'une garantie Chèque-vie des enfants ou d'une garantie Protection des enfants – Maladies graves. Faire passer de <input type="text"/> \$ à <input type="text"/> \$ Remplir les sections : 1, 2, 3.3, 5.1 d, 5.5, 6, 7, 8, 10, 12 et <i>Rapport du conseiller</i>
<input type="checkbox"/> Ajouter une couverture OU <input type="checkbox"/> Ajouter un assuré	Montant de la couverture \$ Type de couverture Option de couverture/CDA Dans le cas d'un contrat Performax Or : 1. Quelle option de crédit de rendement souhaitez-vous? <input type="checkbox"/> option Compte de capitalisation <input type="checkbox"/> option Assurance libérée <input type="checkbox"/> option Temporaire <input type="text"/> Montant de l'option Temporaire \$

Section 1 – Modifications demandées (suite)

Modification demandée	Renseignements requis												
Si le montant du paiement additionnel prévu pour la première année de couverture est inférieur ou égal au montant plancher, veuillez remplir le formulaire <i>Option Dépôts</i> (NN0713F). Reportez-vous au <i>Guide du produit et règles administratives – Performax Or</i> pour obtenir des instructions sur le calcul du montant plancher à partir duquel une preuve d'assurabilité est exigée.	<p>2. Souhaitez-vous ajouter une garantie Croissement accéléré de la valeur de rachat à cette couverture? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>3. Souhaitez-vous ajouter une assurance de l'option Dépôts à cette couverture? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, indiquez :</i></p> <p>a. Paiement de l'option Dépôts prévu pour la première année de couverture <input type="text"/> \$</p> <p><input type="checkbox"/> montant payable pendant <input type="text"/> ans OU</p> <p><input type="checkbox"/> total prévu des paiements de l'option Dépôts pour la durée du contrat <input type="text"/> \$</p> <p>b. Montant additionnel que vous souhaitez voir facturé <input type="text"/> \$</p> <p>c. Montant additionnel que vous souhaitez voir ajouté au montant actuel de votre prélèvement mensuel automatique <input type="text"/> \$</p> <p>d. Instructions d'affectation des paiements additionnels Ces instructions concernent (cochez l'une ou l'autre des cases ou les deux)</p> <p><input type="checkbox"/> ce paiement additionnel de <input type="text"/> \$</p> <p><input type="checkbox"/> tous les paiements additionnels à venir</p> <p>Veuillez indiquer comment nous devons affecter votre paiement additionnel.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Proportion du paiement additionnel affectée</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°</td> <td><input type="text"/> %</td> </tr> <tr> <td>À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°</td> <td><input type="text"/> %</td> </tr> <tr> <td>À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°</td> <td><input type="text"/> %</td> </tr> <tr> <td>Au Compte de capitalisation</td> <td><input type="text"/> %</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Total</td> <td>100 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>Remplir les sections : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12 et <i>Rapport du conseiller</i></p>		Proportion du paiement additionnel affectée	À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°	<input type="text"/> %	À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°	<input type="text"/> %	À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°	<input type="text"/> %	Au Compte de capitalisation	<input type="text"/> %	Total	100 %
	Proportion du paiement additionnel affectée												
À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°	<input type="text"/> %												
À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°	<input type="text"/> %												
À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°	<input type="text"/> %												
Au Compte de capitalisation	<input type="text"/> %												
Total	100 %												
<input type="checkbox"/> Augmenter le montant d'assurance	<p>Faire passer de <input type="text"/> \$ à <input type="text"/> \$</p> <p>Dans le cas d'un contrat Temporaire Famille, Temporaire Entreprise, VU à prime temporaire, VU Sécurité, VieUniverselle Sécurité ou InnoVision OU d'une garantie Assurance temporaire au titre d'un contrat Performax Or ou d'une solution Synergie, choisir une option ci-dessous :</p> <p><input type="checkbox"/> remplacer la couverture existante par une nouvelle couverture portant la date courante et correspondant au montant plus élevé</p> <p>OU</p> <p><input type="checkbox"/> ajouter au contrat une nouvelle tranche de couverture dont le montant correspond à celui de l'augmentation seulement</p> <p>Remplir les sections : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12 et <i>Rapport du conseiller</i></p>												
<input type="checkbox"/> Ajouter un avenant ou une garantie complémentaire pour un assuré au titre de ce contrat	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nom de l'avenant ou de la garantie complémentaire</th> <th>Montant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/> \$</td> </tr> </tbody> </table> <p>Remplir les sections : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12 et <i>Rapport du conseiller</i></p> <p>Nous envoyer : <input type="checkbox"/> les états financiers des trois derniers exercices financiers de l'entreprise à laquelle s'applique la couverture (s'il s'agit de l'ajout d'une garantie PVE)</p> <p><input type="checkbox"/> la documentation indiquant la participation actuelle de chaque assuré dans cette entreprise (s'il s'agit de l'ajout d'une garantie PVE)</p>	Nom de l'avenant ou de la garantie complémentaire	Montant	<input type="text"/>	<input type="text"/> \$								
Nom de l'avenant ou de la garantie complémentaire	Montant												
<input type="text"/>	<input type="text"/> \$												
<input type="checkbox"/> Changer le type du capital-décès (si le capital de risque net augmente)	<p>pour <input type="text"/></p> <p>Remplir les sections : 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 12 et <i>Rapport du conseiller</i></p>												
<input type="checkbox"/> Changer le type de coût ou la durée, ou les deux	<p><input type="checkbox"/> pour toutes les couvertures OU <input type="checkbox"/> pour la <input type="text"/> Couverture n° OU <input type="checkbox"/> pour Synergie</p> <p>Faire passer de <input type="text"/> à <input type="text"/></p> <p>Remplir les sections : 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 12 et <i>Rapport du conseiller</i></p>												
<input type="checkbox"/> Réduire la période d'attente pour la fixer à 90 jours (police d'assurance invalidité au titre d'une solution Synergie)	Remplir les sections : 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 12 et <i>Rapport du conseiller</i>												

Section 1 – Modifications demandées (suite)

Modification demandée	Renseignements requis																		
<input type="checkbox"/> Substituer un contrat ou modifier un contrat Si aucune preuve d'assurabilité n'est exigée, remplir le formulaire <i>Demande de substitution ou de modification de contrat</i> (NN1556F).	Faire passer de <input type="text"/> à <input type="text"/> Remplir les sections : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12 et Rapport du conseiller Nous envoyer : <input type="checkbox"/> page-produit pour le nouveau contrat (contrats InnoVision, VU Sécurité, VU à prime temporaire, Performax Or, Temporaire Famille, Temporaire Entreprise ou Chèque-vie seulement) <input type="checkbox"/> projet informatisé dûment signé pour le nouveau contrat (contrats InnoVision, VU Sécurité, VU à prime temporaire et Performax Or seulement)																		
<input type="checkbox"/> Changer l'option de crédit de rendement (contrats Performax Or seulement) Remplir le formulaire <i>Demande de modification - AUCUNE preuve d'assurabilité exigée</i> (NN0739F), dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> • passage de l'option Temporaire à l'option Assurance libérée ou • passage de l'option Temporaire à l'option Compte de capitalisation ou • passage de l'option Assurance libérée à l'option Compte de capitalisation. 	pour la <input type="text" value="Couverture n°"/> Choisir une option. <input type="checkbox"/> passer de l'option Compte de capitalisation à l'option Assurance libérée <input type="checkbox"/> passer de l'option Compte de capitalisation à l'option Temporaire <input type="text" value="Montant de l'option Temporaire"/> \$ <input type="checkbox"/> passer de l'option Assurance libérée à l'option Temporaire <input type="text" value="Montant de l'option Temporaire"/> \$ Remplir les sections : 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 12 et Rapport du conseiller																		
<input type="checkbox"/> Changer l'option d'affectation des participations (si le capital de risque net augmente) Si le capital de risque net n'augmente pas, remplir le formulaire <i>Demande de modification - AUCUNE preuve d'assurabilité exigée</i> (NN0739F).	de <input type="text"/> à <input type="checkbox"/> l'option Assurance libérée OU <input type="checkbox"/> l'option Temporaire Remplir les sections : 1, 2, 3, 5.1 à 5.7, 6, 7, 8, 12 et Rapport du conseiller																		
<input type="checkbox"/> Demander les taux sélects (contrats de l'Union Commerciale)	Remplir les sections : 1, 2, 3, 5.1 à 5.7, 6, 7, 8, 12 et Rapport du conseiller																		
<input type="checkbox"/> Modifier l'option Dépôts (tarification nécessaire)	<input type="checkbox"/> Ajouter une assurance de l'option Dépôts à la couverture n° <input type="text"/> a. Paiement de l'option Dépôts prévu pour la première année de couverture <input type="text"/> \$ <input type="checkbox"/> montant payable pendant <input type="text"/> ans OU <input type="checkbox"/> total prévu des paiements de l'option Dépôts pour la durée du contrat <input type="text"/> \$ b. Montant additionnel que vous souhaitez voir facturé <input type="text"/> \$ c. Montant additionnel que vous souhaitez voir ajouté au montant actuel de votre prélèvement mensuel automatique <input type="text"/> \$ d. Instructions d'affectation des paiements additionnels Ces instructions concernent (cochez l'une ou l'autre des cases ou les deux) <input type="checkbox"/> ce paiement additionnel de <input type="text"/> \$ <input type="checkbox"/> tous les paiements additionnels à venir Veuillez indiquer comment nous devons affecter votre paiement additionnel. Proportion du paiement additionnel affectée <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 20%;">Proportion du paiement additionnel affectée</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°</td> <td><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td>À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°</td> <td><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td>À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°</td> <td><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td>Au Compte de capitalisation</td> <td><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Total</td> <td></td> <td style="text-align: center;">100 %</td> </tr> </tbody> </table> Remplir les sections : 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 12 et Rapport du conseiller <input type="checkbox"/> Hausser le plafond actuel de l'option Dépôts pour la couverture <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Porter le plafond annuel à <input type="text"/> \$ Montant additionnel que vous souhaitez voir facturé <input type="text"/> \$ Montant additionnel que vous souhaitez voir ajouté au montant actuel de votre prélèvement mensuel automatique <input type="text"/> \$ <input type="checkbox"/> Porter le plafond global à <input type="text"/> \$ Remplir les sections : 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 12 et Rapport du conseiller			Proportion du paiement additionnel affectée	À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°	<input type="text"/>	%	À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°	<input type="text"/>	%	À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°	<input type="text"/>	%	Au Compte de capitalisation	<input type="text"/>	%	Total		100 %
		Proportion du paiement additionnel affectée																	
À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°	<input type="text"/>	%																	
À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°	<input type="text"/>	%																	
À l'assurance de l'option Dépôts, couverture n°	<input type="text"/>	%																	
Au Compte de capitalisation	<input type="text"/>	%																	
Total		100 %																	

Section 1 – Modifications demandées (suite)

Modification demandée	Renseignements requis												
<input type="checkbox"/> Exercer le droit d'option afférent à la garantie OAG ou PVE Si aucune preuve d'assurabilité n'est exigée, remplir le formulaire <i>Demande de transformation d'une assurance temporaire ou exercice du droit d'option afférent à la garantie OAG ou PVE</i> (NN0431F). Dans le cas d'un contrat Performax Or , si l'option Dépôts est demandée, consulter le <i>Guide du produit et règles administratives – Performax Or</i> pour déterminer si le formulaire <i>Option Dépôts</i> (NN0713F) doit aussi être rempli.	<input type="checkbox"/> Option Protection de la valeur de l'entreprise OU <input type="checkbox"/> Option d'assurabilité garantie <input type="checkbox"/> âge <input type="checkbox"/> anniversaire contractuel <input type="checkbox"/> événement <table border="1"> <tr> <td>Date d'option (jj/mmmm/aaaa)</td> <td>Événement déclencheur de l'option (p. ex. naissance d'un enfant)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Preuve de l'événement soumise (p. ex. acte de naissance)</td> </tr> </table> <p>Remplir les sections : 1, 2, 3, 4, 9, 12 et Rapport du conseiller</p> <p>Nous envoyer :</p> <input type="checkbox"/> page-produit dûment signée <input type="checkbox"/> projet informatisé dûment signé <input type="checkbox"/> paiement de la prime ou dépôt <input type="checkbox"/> chèque portant la mention « NUL » et/ou renseignements nécessaires à l'établissement d'un plan de prélèvement mensuel automatique, s'il y a lieu <input type="checkbox"/> états financiers, des trois derniers exercices financiers, de l'entreprise à laquelle s'applique la couverture (si le droit d'option afférent à la garantie PVE est exercé) <input type="checkbox"/> documentation indiquant la participation actuelle de chaque assuré dans cette entreprise (si le droit d'option afférent à la garantie PVE est exercé)	Date d'option (jj/mmmm/aaaa)	Événement déclencheur de l'option (p. ex. naissance d'un enfant)	Preuve de l'événement soumise (p. ex. acte de naissance)									
Date d'option (jj/mmmm/aaaa)	Événement déclencheur de l'option (p. ex. naissance d'un enfant)												
Preuve de l'événement soumise (p. ex. acte de naissance)													
<input type="checkbox"/> Exercer le droit d'option de souscription d'une assurance vie permanente à l'expiration (solution Synergie) Si aucune preuve d'assurabilité n'est exigée, remplir le formulaire <i>Demande de modification – AUCUNE preuve d'assurabilité exigée</i> (NN0739F)	<p>Remplir les sections : 1, 2, 3, 4, 9, 12 et Rapport du conseiller</p> <p>Nous envoyer :</p> <input type="checkbox"/> page-produit dûment signée <input type="checkbox"/> projet informatisé dûment signé (si exigé) <input type="checkbox"/> paiement de la prime ou dépôt <input type="checkbox"/> chèque portant la mention « NUL » et/ou renseignements nécessaires à l'établissement d'un plan de prélèvement mensuel automatique, s'il y a lieu												
<input type="checkbox"/> Transformer une assurance temporaire S'il s'agit de la seule modification apportée au contrat ou si aucune preuve d'assurabilité n'est exigée, remplir le formulaire <i>Demande de transformation d'une assurance temporaire ou exercice du droit d'option afférent à la garantie OAG ou PVE</i> (NN0431F). Dans le cas d'un contrat Performax Or , si l'option Dépôts est demandée, consulter le <i>Guide du produit et règles administratives – Performax Or</i> pour déterminer si le formulaire <i>Option Dépôts</i> (NN0713F) doit aussi être rempli. Nota : Si votre contrat a une valeur de rachat au moment de sa transformation, cette dernière pourrait donner lieu à un gain imposable.	<p>a. Indiquer comment la nouvelle assurance doit être établie :</p> <input type="checkbox"/> établir la nouvelle assurance au titre d'un nouveau contrat <input type="checkbox"/> établir le contrat en français OU <input type="checkbox"/> issue the policy in English OU <input type="checkbox"/> établir la nouvelle assurance en tant que nouvelle couverture au titre du contrat existant Numéro du contrat												
	<p>b. Si le contrat à transformer est assorti d'une garantie d'exonération en cas d'invalidité, y a-t-il des assurés au titre de cette garantie qui sont actuellement totalement invalides et incapables d'accomplir les tâches liées à leur travail habituel? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>c. Transformer un contrat d'assurance individuelle ou une garantie complémentaire. (S'il s'agit de résilier une assurance autre qu'une assurance temporaire, remplir le formulaire <i>Rachat du contrat</i>, NN0387F.)</p> <p>L'assurance qui fait l'objet de la transformation est procurée par :</p> <input type="checkbox"/> garantie Assurance temporaire <input type="checkbox"/> garantie Protection du conjoint <input type="checkbox"/> garantie d'enfants Date de naissance de l'enfant <input type="checkbox"/> garantie du survivant <input type="checkbox"/> option Temporaire (option d'affectation des participations Multiplus) <input type="checkbox"/> autre 												
	<p>d. Fournir les renseignements suivants à propos de l'assurance à transformer :</p> <table border="1"> <tr> <td>Nom de l'assuré (prénom et nom de famille)</td> <td>Date de la couverture (jj/mmmm/aaaa)</td> <td>Montant de la couverture d'assurance temporaire actuelle</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> <tr> <td>Montant de la couverture d'assurance temporaire actuelle à transformer</td> <td>Montant de la couverture d'assurance temporaire actuelle à résilier</td> <td>Montant de la couverture temporaire actuelle à conserver au titre du contrat initial ou d'une nouvelle garantie d'assurance temporaire</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	Nom de l'assuré (prénom et nom de famille)	Date de la couverture (jj/mmmm/aaaa)	Montant de la couverture d'assurance temporaire actuelle			\$	Montant de la couverture d'assurance temporaire actuelle à transformer	Montant de la couverture d'assurance temporaire actuelle à résilier	Montant de la couverture temporaire actuelle à conserver au titre du contrat initial ou d'une nouvelle garantie d'assurance temporaire	\$	\$	\$
Nom de l'assuré (prénom et nom de famille)	Date de la couverture (jj/mmmm/aaaa)	Montant de la couverture d'assurance temporaire actuelle											
		\$											
Montant de la couverture d'assurance temporaire actuelle à transformer	Montant de la couverture d'assurance temporaire actuelle à résilier	Montant de la couverture temporaire actuelle à conserver au titre du contrat initial ou d'une nouvelle garantie d'assurance temporaire											
\$	\$	\$											
	<p>e. Lesquels des garanties ou des avenants suivants doivent être transférés au nouveau contrat?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Avenant ou garantie complémentaire</th> <th>Montant de la couverture à transférer au nouveau contrat</th> <th>Avenant ou garantie complémentaire</th> <th>Montant de la couverture à transférer au nouveau contrat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> garantie en cas de décès accidentel</td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td><input type="checkbox"/> garantie d'enfants Date de naissance de l'enfant</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> garantie d'exonération en cas d'invalidité</td> <td style="text-align: center;">S.O.</td> <td><input type="checkbox"/> garantie d'enfants Date de naissance de l'enfant</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </tbody> </table>	Avenant ou garantie complémentaire	Montant de la couverture à transférer au nouveau contrat	Avenant ou garantie complémentaire	Montant de la couverture à transférer au nouveau contrat	<input type="checkbox"/> garantie en cas de décès accidentel	\$	<input type="checkbox"/> garantie d'enfants Date de naissance de l'enfant	\$	<input type="checkbox"/> garantie d'exonération en cas d'invalidité	S.O.	<input type="checkbox"/> garantie d'enfants Date de naissance de l'enfant	\$
Avenant ou garantie complémentaire	Montant de la couverture à transférer au nouveau contrat	Avenant ou garantie complémentaire	Montant de la couverture à transférer au nouveau contrat										
<input type="checkbox"/> garantie en cas de décès accidentel	\$	<input type="checkbox"/> garantie d'enfants Date de naissance de l'enfant	\$										
<input type="checkbox"/> garantie d'exonération en cas d'invalidité	S.O.	<input type="checkbox"/> garantie d'enfants Date de naissance de l'enfant	\$										

Section 1 – Modifications demandées (suite)

Modification demandée	Renseignements requis									
	<p>f. Garantie d'enfants avec Option d'assurabilité – Maladies graves S'il s'agit de la transformation d'une garantie d'enfants avec Option d'assurabilité – Maladies graves, l'assuré doit répondre aux questions suivantes :</p> <p>1. Avez-vous actuellement une assurance maladies graves prévoyant un montant de couverture total de 1 900 000 \$ ou plus auprès de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers ou d'autres compagnies d'assurance, ou avez-vous demandé une telle assurance? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>2. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de cancer de quelque type que ce soit, de crise cardiaque, de coronaropathie nécessitant une intervention chirurgicale ou d'affection nécessitant une angioplastie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, de sclérose en plaques, de cécité, de surdité, de perte de la parole, d'insuffisance rénale, de paralysie, de perte de membres, de coma, de maladie d'Alzheimer, de maladie du motoneurone, de VIH, de maladie de Parkinson, de brûlures graves, de tumeur cérébrale bénigne, ou avez-vous été inscrit sur une liste d'attente pour une transplantation d'organe vital ou subi une telle transplantation, ou avez-vous subi une chirurgie aortique ou un remplacement valvulaire cardiaque, ou avez-vous besoin d'aide pour accomplir l'une ou l'autre des activités de la vie quotidienne suivantes : se laver, s'habiller, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer et être continent? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si vous avez répondu oui à la question 1 ou 2 ci-dessus, nous regrettons de vous informer que nous ne pouvons pas vous offrir une assurance maladies graves sans exiger de votre part une preuve d'assurabilité supplémentaire. Si vous souhaitez présenter une proposition d'assurance maladies graves et soumettre une preuve d'assurabilité, vous devez remplir le formulaire <i>Proposition d'assurance vie, invalidité et maladies graves</i> (NN7000F).</p> <p>Si vous avez répondu non aux questions 1 et 2, veuillez indiquer ci-dessous le montant d'assurance que vous souhaitez souscrire.</p> <p>Vous pouvez souscrire une combinaison d'assurance vie et d'assurance maladies graves, mais le montant total d'assurance ne peut excéder 250 000 \$ et le montant d'assurance maladies graves ne peut excéder 100 000 \$.</p> <table border="1"> <tr> <td>Montant d'assurance vie</td> <td>\$</td> <td>Montant d'assurance maladies graves</td> <td>\$</td> </tr> </table> <p>Remplir les sections : 1, 2, 3, 4, 9, 12 et Rapport du conseiller</p> <p>Nous envoyer : <input type="checkbox"/> page-produit dûment signée (contrats InnoVision, UltraVision, Performax Or, VU Sécurité, VU à prime temporaire, Temporaire Famille ou Temporaire Entreprise seulement) <input type="checkbox"/> projet informatisé dûment signé (contrats InnoVision, UltraVision, Performax Or, VU Sécurité ou VU à prime temporaire seulement) <input type="checkbox"/> paiement de la prime ou dépôt <input type="checkbox"/> chèque portant la mention « NUL » et/ou renseignements nécessaires pour l'établissement d'un plan de prélèvement mensuel automatique, s'il y a lieu</p>	Montant d'assurance vie	\$	Montant d'assurance maladies graves	\$					
Montant d'assurance vie	\$	Montant d'assurance maladies graves	\$							
<input type="checkbox"/> Résilier une couverture conjointe dernier décès UltraVision et établir une ou des nouvelles couvertures individuelles portant la date courante	<p>Veillez fournir vos instructions quant au solde de la valeur du compte pour cette couverture conjointe dernier décès, le cas échéant. (Cocher l'une des deux options.)</p> <p><input type="checkbox"/> établir <i>une</i> nouvelle couverture individuelle portant la date courante et transférer tout solde de la valeur du compte au nouveau contrat</p> <p>Remplir les sections : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12 et Rapport du conseiller</p> <p>Nous envoyer : <input type="checkbox"/> page-produit UltraVision (NN1588F) pour la nouvelle couverture individuelle portant la date courante <input type="checkbox"/> projet informatisé dûment signé pour la nouvelle couverture individuelle portant la date courante</p> <p>OU</p> <p><input type="checkbox"/> établir <i>deux</i> nouvelles couvertures individuelles portant la date courante et répartir tout solde de la valeur du compte entre les deux nouvelles couvertures, tel qu'il est précisé ci-dessous.*</p> <p>1. Pour la première nouvelle couverture individuelle portant la date courante : Remplir les sections suivantes de la présente Demande de modification (NN7001F) : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12 et Rapport du conseiller</p> <p>Nous envoyer : <input type="checkbox"/> page-produit UltraVision (NN1588F) pour la nouvelle couverture individuelle portant la date courante <input type="checkbox"/> projet informatisé dûment signé pour la nouvelle couverture individuelle portant la date courante</p> <p>Indiquer :</p> <table border="1"> <tr> <td>Nom de l'assuré (prénom et nom de famille)</td> <td>Proportion de la valeur du compte de la couverture conjointe dernier décès initiale à transférer dans le nouveau contrat</td> <td>%</td> </tr> </table> <p>2. Pour la deuxième nouvelle couverture individuelle portant la date courante : Remplir les sections suivantes d'une Demande de modification (NN7001F) distincte : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12 et Rapport du conseiller</p> <p>Nous envoyer : <input type="checkbox"/> page-produit UltraVision (NN1588F) pour la nouvelle couverture individuelle portant la date courante <input type="checkbox"/> projet informatisé dûment signé pour la nouvelle couverture individuelle portant la date courante</p> <p>Indiquer :</p> <table border="1"> <tr> <td>Nom de l'assuré (prénom et nom de famille)</td> <td>Proportion de la valeur du compte de la couverture conjointe dernier décès initiale à transférer dans le nouveau contrat</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Numéro de la Demande de modification distincte</td> </tr> </table>	Nom de l'assuré (prénom et nom de famille)	Proportion de la valeur du compte de la couverture conjointe dernier décès initiale à transférer dans le nouveau contrat	%	Nom de l'assuré (prénom et nom de famille)	Proportion de la valeur du compte de la couverture conjointe dernier décès initiale à transférer dans le nouveau contrat	%	Numéro de la Demande de modification distincte		
Nom de l'assuré (prénom et nom de famille)	Proportion de la valeur du compte de la couverture conjointe dernier décès initiale à transférer dans le nouveau contrat	%								
Nom de l'assuré (prénom et nom de famille)	Proportion de la valeur du compte de la couverture conjointe dernier décès initiale à transférer dans le nouveau contrat	%								
Numéro de la Demande de modification distincte										
<input type="checkbox"/> Autre	<p>Veillez donner des précisions sur la modification que vous souhaitez apporter.</p>									

* Si la modification demandée vise à établir deux nouvelles couvertures individuelles portant la date courante, vous devez présenter tous les formulaires exigés pour chacune des deux demandes.

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.


Où envoyer le formulaire dûment rempli


Faites-nous parvenir la demande dûment remplie et tout autre document exigé à l'une des adresses suivantes :

Manulife Financial
500 King Street North
P.O. BOX 1669
Waterloo (Ontario) N2J 4Z6

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

Pour vous aider à utiliser le présent formulaire

 Si votre client demande une garantie d'enfants ou souhaite ajouter un enfant à une garantie d'enfants existante, veuillez fournir tous les renseignements demandés sur les enfants à assurer où vous verrez l'icône ci-contre. Il vous aidera à repérer les renseignements dont nous avons besoin pour une garantie d'enfants. Si un enfant doit être assuré au titre de la couverture de base du contrat et non au titre d'une couverture de garantie d'enfants, fournissez les renseignements pour cet enfant dans les boîtes « Personne à assurer A » ou « Personne à assurer B »; ne les fournissez pas dans les boîtes intitulées « Enfants au titre d'une garantie d'enfants ».

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

►► 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 pour la modification que vous effectuez.

Section 2 – Renseignements généraux

2.1 Virement automatique d'un remboursement

Si la modification apportée au contrat donne lieu à un remboursement, virer la somme :

au compte bancaire sur lequel sont effectués les prélèvements mensuels automatiques pour le contrat n°

Numéro du contrat

OU

au compte bancaire dont les coordonnées sont indiquées à la section 9.6 (dans le cas de la transformation d'une assurance temporaire)

2.2 Est-ce que l'une des questions suivantes s'applique à la présente demande?

►► Remplissez cette section uniquement si vous demandez une modification à votre assurance vie.

- Est-ce que l'une des nouvelles personnes à assurer a plus de 70 ans?
- Demandez-vous une assurance de plus de 2 000 000 \$ sur la tête de l'une des personnes à assurer?

Non Oui Si *oui*, veuillez répondre aux questions suivantes :

a. L'argent destiné à payer les primes du contrat sera-t-il emprunté à une banque ou une autre institution?

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

b. Y a-t-il une entente actuelle ou prévue selon laquelle une personne autre que le titulaire actuel ou le titulaire du contrat désigné à la section 9 obtiendrait des droits au titre de tout contrat découlant de la présente demande? Non Oui Si *oui*, veuillez donner des précisions.

2.3 Instructions particulières

Section 3 – Renseignements sur les personnes à assurer

Dans la présente section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient aux personnes à assurer ou aux assurés qui sont couverts par une garantie d'exonération en cas d'invalidité. Ce sont les personnes à assurer qui doivent répondre aux questions. Si l'une des personnes à assurer est mineure, son père, sa mère ou son tuteur doit fournir les renseignements en son nom. Si vous demandez l'augmentation du montant de l'assurance ou l'ajout d'une couverture, *vous*, *votre* et *vos* peuvent aussi renvoyer aux assurés qui sont couverts par une garantie d'exonération en cas d'invalidité ou qui demandent à l'être.

3.1 Personne à assurer « A »

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 ()	N° de téléphone à utiliser en premier ()	Lieu de naissance (province et pays)

b. Êtes-vous citoyen canadien ou avez-vous obtenu le statut de résident permanent?

<input type="checkbox"/> Non Si <i>non</i> , veuillez donner des précisions.	Votre pays de résidence antérieur	Votre statut actuel au Canada	À quelle date avez-vous obtenu ce statut? (jj/mmmm/aaaa)
--	-----------------------------------	-------------------------------	---

3.2 Personne à assurer « B »

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 ()	N° de téléphone à utiliser en premier ()	Lieu de naissance (province et pays)

b. Êtes-vous citoyen canadien ou avez-vous obtenu le statut de résident permanent?



<input type="checkbox"/> Non Si <i>non</i> , veuillez donner des précisions.	Votre pays de résidence antérieur	Votre statut actuel au Canada	À quelle date avez-vous obtenu ce statut? (jj/mmmm/aaaa)
--	-----------------------------------	-------------------------------	---

3.3 Enfants à assurer au titre d'une garantie d'enfants

►► Remplissez cette section uniquement si vous demandez une garantie d'enfants. Si ce n'est pas le cas, passez à la section 4.


Dans la présente section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient au(x) titulaire(s) du contrat et aux personnes à assurer. Une preuve d'assurabilité peut être exigée pour chaque enfant et pour les assurés au titre du contrat.

a. Veuillez fournir les renseignements suivants pour *chacun* des enfants à assurer au titre de cette garantie.

Enfant 1 	Nom (prénom et nom de famille)	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> beau-fils ou belle-fille <input type="checkbox"/> enfant adopté légalement	Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
Enfant 2 	Nom (prénom et nom de famille)	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> beau-fils ou belle-fille <input type="checkbox"/> enfant adopté légalement	Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)


b. Les enfants à assurer au titre de cette garantie vivent-ils tous avec vous ou avec le titulaire du contrat? Oui Non

Si *non*, avec qui les enfants vivent-ils?

Enfant 1 	Nom du gardien (prénom et nom de famille)	Lien avec l'enfant
--	---	--------------------

À quand remonte la dernière visite de l'enfant aux personnes à assurer ou au titulaire du contrat?

À quelle fréquence cet enfant visite-t-il les personnes à assurer ou le titulaire du contrat?

Enfant 2 	Nom du gardien (prénom et nom de famille)	Lien avec l'enfant
--	---	--------------------

À quand remonte la dernière visite de l'enfant aux personnes à assurer ou au titulaire du contrat?

À quelle fréquence cet enfant visite-t-il les personnes à assurer ou le titulaire du contrat?

Section 4 – Renseignements sur les bénéficiaires

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

En remplissant cette section, vous nous demandez de modifier les renseignements fournis antérieurement. **Toutes les désignations de bénéficiaires et les nominations de fiduciaires antérieures s'en trouveront révoquées, même si la présente demande de modification n'est pas approuvée.**

►► Remplissez cette section uniquement dans le cas de couvertures d'assurance vie (y compris l'assurance vie au titre de Synergie).

Pour un contrat d'assurance invalidité ou maladies graves (y compris l'assurance invalidité et maladies graves au titre de Synergie)

Pour donner des instructions relativement au paiement de prestations dans toutes les provinces et territoires sauf le Québec et le Manitoba, utilisez :

- pour les contrats Chèque-vie, le formulaire *Instructions de paiement pour les contrats Chèque-vie* (NN0999F);
- pour les solutions Synergie, le formulaire *Désignation de bénéficiaires et instructions de paiement pour Synergie* (NN1609F);

Pour désigner un bénéficiaire au Québec ou au Manitoba, utilisez :

- pour les contrats Chèque-vie, le formulaire *Désignation de bénéficiaires pour les contrats Chèque-vie* (NN1467F);
- pour les solutions Synergie, le formulaire *Désignation de bénéficiaires et instructions de paiement pour Synergie* (NN1609F)
- pour les contrats d'assurance invalidité (excepté Chèque-vie et Synergie), le formulaire *Désignation de bénéficiaires pour les contrats d'assurance invalidité et d'assurance maladies graves (excepté Chèque-vie et Synergie)* (NN1584F).

Choix d'un bénéficiaire

Vous pouvez désigner plus d'un bénéficiaire pour chaque assuré. Lorsque le décès de l'assuré donne lieu au versement du capital-décès, les bénéficiaires touchent une prestation, conformément à ce qui est indiqué ci-dessous, uniquement s'ils sont vivants et s'ils y ont droit. Si vous souhaitez désigner un bénéficiaire différent pour une garantie complémentaire ou une couverture donnée, veuillez remplir le formulaire *Désignation de bénéficiaires pour une couverture* (NN0772F) ou, dans le cas de Synergie, *Désignation de bénéficiaires et instructions de paiement pour Synergie* (NN1609F).

Si vous nommez plus d'un bénéficiaire, veuillez indiquer le pourcentage de la prestation de décès à verser à chacun des bénéficiaires. Si vous ne donnez pas de précisions à cet égard, nous répartirons la prestation de décès payable en parts égales entre les bénéficiaires survivants admissibles.

Vous pouvez choisir à la fois des bénéficiaires et des bénéficiaires en sous-ordre. Les bénéficiaires en sous-ordre ne touchent une prestation de décès que si aucun des bénéficiaires n'y a droit.

Un bénéficiaire n'a pas droit au capital-décès s'il décède avant que celui-ci ne soit payable ou s'il y a motif à le lui refuser.

Désignation de bénéficiaires irrévocables

Si vous nommez un bénéficiaire irrévocable, vous ne pouvez modifier le contrat, en céder les prestations ou la valeur de rachat, en retirer des fonds ou en transférer la propriété sans le consentement écrit du bénéficiaire.

Ni les parents ni les tuteurs de bénéficiaires irrévocables mineurs ne peuvent donner de consentement au nom de ces derniers. Le consentement doit être donné directement par le bénéficiaire et ne peut être donné par un bénéficiaire mineur.

Dans toutes les provinces sauf le Québec, votre désignation de bénéficiaire sera révocable, à moins que vous ne cochiez ci-dessous la case **Irrévocable**.

Au Québec, si vous désignez votre conjoint (auquel vous êtes marié ou lié par union civile) à titre de bénéficiaire, cette désignation sera irrévocable, à moins que vous ne cochiez ci-dessous la case **Révocable**. Dans tous les autres cas, votre désignation de bénéficiaire sera révocable, sauf si vous cochez la case **Irrévocable**.

4.1 Bénéficiaires – Personne à assurer « A »

a. Bénéficiaires

Nom d'un bénéficiaire (prénom et nom de famille)	Lien*	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Part %
Nom d'un bénéficiaire (prénom et nom de famille)	Lien*	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Part %
			Total 100 %

b. Bénéficiaires en sous-ordre

Nom d'un bénéficiaire en sous-ordre (prénom et nom de famille)	Lien*	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Part %
Nom d'un bénéficiaire en sous-ordre (prénom et nom de famille)	Lien*	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Part %
			Total 100 %

4.2 Bénéficiaires – Personne à assurer « B »

a. Bénéficiaires

Nom d'un bénéficiaire (prénom et nom de famille)	Lien*	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Part %
Nom d'un bénéficiaire (prénom et nom de famille)	Lien*	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Part %
			Total 100 %

b. Bénéficiaires en sous-ordre

Nom d'un bénéficiaire en sous-ordre (prénom et nom de famille)	Lien*	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Part %
Nom d'un bénéficiaire en sous-ordre (prénom et nom de famille)	Lien*	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Part %
			Total 100 %

* **Au Québec**, précisez le lien de chaque bénéficiaire avec le titulaire.

Dans toutes les provinces sauf le Québec, précisez le lien de chaque bénéficiaire avec la personne à assurer.

4.3 Fiduciaires de bénéficiaires mineurs (sans objet au Québec)

Nous vous recommandons de remplir la présente section si vous avez désigné un bénéficiaire mineur. En remplissant cette section, vous convenez que toute prestation payable à un mineur sera versée au fiduciaire afin qu'il la détienne en fiducie pour l'enfant jusqu'à ce que celui-ci atteigne la majorité.

Nom du bénéficiaire (prénom et nom de famille)	Nom du fiduciaire (prénom et nom de famille)	Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire
Nom du bénéficiaire (prénom et nom de famille)	Nom du fiduciaire (prénom et nom de famille)	Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire

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

Section 5 – Renseignements personnels

Dans la présente section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient aux personnes à assurer ou aux assurés qui sont couverts par une garantie d'exonération en cas d'invalidité. Si vous demandez l'augmentation du montant de l'assurance ou l'ajout d'une couverture, *vous*, *votre* et *vos* peuvent aussi renvoyer aux assurés qui sont couverts par une garantie d'exonération en cas d'invalidité ou qui demandent à l'être. Toutes les personnes à assurer doivent remplir cette section.

5.1 Résidence et voyages

a. Prévoyez-vous changer de pays de résidence?

Personne à assurer « A »

Non Oui Si *oui*, veuillez donner des précisions, à savoir l'endroit où vous comptez déménager, quand vous comptez déménager ainsi que la raison du déménagement; si ce dernier donne lieu à un changement de travail, veuillez indiquer en quoi ce changement consiste.

Précisions

Personne à assurer « B »

Non Oui Si *oui*, veuillez donner des précisions, à savoir l'endroit où vous comptez déménager, quand vous comptez déménager ainsi que la raison du déménagement; si ce dernier donne lieu à un changement de travail, veuillez indiquer en quoi ce changement consiste.

Précisions

b. Prévoyez-vous voyager hors du Canada et des États-Unis au cours des 12 prochains mois?

Personne à assurer « A »

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

Pays et villes que vous visiterez	Durée du séjour à chaque endroit

Personne à assurer « B »

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

Pays et villes que vous visiterez	Durée du séjour à chaque endroit

c. But du voyage Affaires Tourisme Visite à la famille



Autre

But du voyage Affaires Tourisme Visite à la famille

Autre

d. Est-ce que l'un ou l'autre des enfants à assurer au titre d'une garantie d'enfants changera de pays de résidence ou voyagera hors du Canada et des États-Unis au cours des 12 prochains mois? Non Oui

Si *oui*, veuillez donner des précisions, à savoir les pays qui seront visités, la durée du séjour dans chaque pays ainsi que la raison du voyage.

 Nom de l'enfant :	Précisions
 Nom de l'enfant :	Précisions

! Vous devez répondre à toutes les questions de la section 5.2 (a. à h.)

5.2 Usage du tabac

Avez-vous déjà fumé ou fait usage de l'un des produits suivants?

Personne à assurer « A »

Si *oui*, veuillez préciser la quantité moyenne, la fréquence d'usage, la durée de l'usage et la date de l'usage le plus récent.

Personne à assurer « B »

Si *oui*, veuillez préciser la quantité moyenne, la fréquence d'usage, la durée de l'usage et la date de l'usage le plus récent.

	Personne à assurer « A »		Personne à assurer « B »	
a. Cigarettes	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
b. Marijuana	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
c. Cigares	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
d. Pipe	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
e. Cigarillos	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
f. Tabac à chiquer	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
g. Succédanés de nicotine (tels gomme ou timbres)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
h. Autre _____ (précisez) (p. ex. noix de bétel)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

Retourner les sections 5 à 7 à : Financière Manuvie, 500 King Street North, P.O. Box 1669, Waterloo (Ontario) N2J 4Z6

Section 5 – Renseignements personnels (suite)

5.3 Usage d'alcool et de drogues

a. Avez-vous déjà consommé de l'alcool?

Personne à assurer « A »

- Non Si *non*, passez à la question b.
 Oui Si *oui*, répondez à la question suivante.

Consommez-vous de l'alcool?

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

Bière	Quantité	bouteille(s) par	<input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> année
Vin	Quantité	verre(s) par	<input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> année
Spiritueux	Quantité	oz/ml par	<input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> année

- Non Si *non*, indiquez, le cas échéant, vos antécédents en matière de consommation d'alcool et précisez notamment les raisons pour lesquelles vous avez cessé de boire.

Précisions

Personne à assurer « B »

- Non Si *non*, passez à la question b.
 Oui Si *oui*, répondez à la question suivante.

Consommez-vous de l'alcool?

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

Bière	Quantité	bouteille(s) par	<input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> année
Vin	Quantité	verre(s) par	<input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> année
Spiritueux	Quantité	oz/ml par	<input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> année

- Non Si *non*, indiquez, le cas échéant, vos antécédents en matière de consommation d'alcool et précisez notamment les raisons pour lesquelles vous avez cessé de boire.

Précisions

b. Avez-vous déjà pris des médicaments sans ordonnance ou fait l'essai de drogues ou de narcotiques tels que l'ecstasy, la cocaïne, le LSD, l'héroïne, les amphétamines, les barbituriques, les stéroïdes anabolisants ou des agents semblables?

Personne à assurer « A »

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

Précisions

Personne à assurer « B »

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

Précisions

c. Avez-vous déjà consulté ou été traité pour alcoolisme ou toxicomanie, ou vous a-t-on déjà recommandé de le faire ou de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues?

Personne à assurer « A »

- Non Oui Si *oui*, veuillez remplir la section du formulaire *Questionnaires de tarification* (NN9434F) portant sur l'usage d'alcool ou sur l'usage de drogues, selon le cas.

Personne à assurer « B »

- Non Oui Si *oui*, veuillez remplir la section du formulaire *Questionnaires de tarification* (NN9434F) portant sur l'usage d'alcool ou sur l'usage de drogues, selon le cas.

5.4 Antécédents de conduite automobile

Si vous répondez *oui* à l'une ou l'autre des questions de la section 5.4, veuillez donner des précisions ci-dessous.

a. Au cours des deux dernières années, avez-vous été accusé ou déclaré coupable d'une infraction au Code de la sécurité routière (tels excès de vitesse, changement illégal de voie ou ceinture de sécurité non bouclée)? Si *oui*, veuillez donner des précisions, à savoir le nombre d'accusations et de condamnations ainsi que la date de la dernière condamnation.

Personne à assurer « A » Non Oui

Personne à assurer « B » Non Oui

b. Au cours des cinq dernières années, avez-vous été accusé ou déclaré coupable de conduite imprudente ou dangereuse ou de refus de subir le test de l'ivresse, ou votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué? Si *oui*, veuillez donner des précisions, à savoir le nombre d'accusations et de condamnations ainsi que la date de la dernière condamnation. Dans le cas d'une suspension ou d'une révocation du permis de conduire, donnez des précisions, y compris la date à laquelle le permis a été suspendu ou révoqué.

Non Oui

Non Oui

c. Au cours des dix dernières années, avez-vous été accusé ou déclaré coupable d'avoir conduit un véhicule motorisé avec les facultés affaiblies par l'alcool ou la drogue ou avec une alcoolémie supérieure à la limite légale? Si *oui*, veuillez donner des précisions, à savoir le nombre d'accusations et de condamnations ainsi que la date de la dernière condamnation.

Non Oui

Non Oui

Personne à assurer

Question	Précisions (type et nombre d'accusations, date). Énumérez toutes les accusations.
<input type="checkbox"/> Personne à assurer « A » <input type="checkbox"/> Personne à assurer « B »	
<input type="checkbox"/> Personne à assurer « A » <input type="checkbox"/> Personne à assurer « B »	
<input type="checkbox"/> Personne à assurer « A » <input type="checkbox"/> Personne à assurer « B »	

d. Veuillez indiquer le numéro de votre permis de conduire et le lieu de délivrance :

- si vous demandez une couverture de plus de 1 000 000 \$, ou
- si vous avez répondu *oui* à l'une ou l'autre des questions de la section 5.4.

Personne à assurer « A »

Numéro du permis de conduire	Lieu de délivrance
------------------------------	--------------------

Personne à assurer « B »

Numéro du permis de conduire	Lieu de délivrance
------------------------------	--------------------

Si vous vivez en Colombie-Britannique, au Manitoba, au Québec, au Yukon ou dans les T.N.-O., vous devez également remplir un formulaire d'autorisation concernant votre dossier de conduite automobile.

Section 5 – Renseignements personnels (suite)

5.5 Autres renseignements

Si vous répondez *oui* à l'une ou l'autre des questions de la section 5.5, veuillez donner des précisions ci-dessous.

	Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »	Enfants au titre d'une garantie d'enfants
a. Une couverture d'assurance vie, invalidité, maladies graves ou soins de longue durée sur votre tête a-t-elle déjà été refusée, offerte moyennant une surprime, différée, annulée ou modifiée de quelque façon que ce soit? Si <i>oui</i> , veuillez donner des précisions, à savoir la date, le nom et le type de la couverture ainsi que le nom de l'assureur.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
b. Avez-vous déjà été accusé ou déclaré coupable d'un acte criminel? Si <i>oui</i> , veuillez donner des précisions, à savoir la nature de chaque infraction, la date d'accusation, la sentence, la date à laquelle la totalité de la sentence a été purgée, ainsi que la date à laquelle toute période de probation a pris fin, le cas échéant.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
c. Au cours des dix dernières années, avez-vous volé à bord d'un aéronef à titre de pilote ou de membre d'équipage, ou prévoyez-vous le faire? Si <i>oui</i> , veuillez remplir les sections pertinentes du formulaire <i>Questionnaires de tarification</i> , NN9434F.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
d. Au cours des dix dernières années, avez-vous pratiqué un sport dangereux tels plongée sous-marine ou en apnée, parachutisme, deltaplane, pilotage de montgolfière ou d'avion ultra-léger, alpinisme, héliski, sports d'hiver (ski, planche à neige, motoneige) pratiqués dans l'arrière-pays ou course de quelque type que ce soit, ou prévoyez-vous le faire? Si <i>oui</i> , veuillez remplir les sections pertinentes du formulaire <i>Questionnaires de tarification</i> , NN9434F.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Dans le cas de contrats d'assurance invalidité seulement			
e. Avez-vous déjà reçu ou demandé une pension, des prestations d'invalidité, une indemnité ou été absent du travail pendant plus de 10 jours, à la suite d'un accident ou d'une maladie? Si <i>oui</i> , veuillez donner des précisions.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
f. Vous a-t-on déjà retiré temporairement ou révoqué une licence ou un permis nécessaire à l'exploitation de votre entreprise, ou un organisme de réglementation a-t-il déjà porté plainte contre vous? Si <i>oui</i> , veuillez donner des précisions.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
g. Avez-vous déjà fait une faillite personnelle ou commerciale? Si <i>oui</i> , quand avez-vous été libéré?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

Personne à assurer	Question	Précisions
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B » Nom de l'enfant :		
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B » Nom de l'enfant :		
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B » Nom de l'enfant :		
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B » Nom de l'enfant :		

5.6 Renseignements sur la profession

►► Ne remplissez pas cette section dans le cas d'une personne à assurer qui demande une modification à son assurance invalidité seulement. Dans ce cas, remplissez plutôt la section 11.1, *Renseignements sur la profession/le travail*.

Personne à assurer « A »

Quelle est votre profession?

Nom de l'employeur

N° de téléphone de l'employeur
()

Adresse de l'employeur

Personne à assurer « B »

Quelle est votre profession?

Nom de l'employeur

N° de téléphone de l'employeur
()

Adresse de l'employeur

5.7 Renseignements financiers

►► Ne remplissez pas cette section dans le cas d'une personne à assurer qui demande une modification à son assurance invalidité seulement. Dans ce cas, remplissez plutôt la section 11.2, *Renseignements financiers*.

	Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »
a. Quel est votre revenu annuel gagné (à 10 000 \$ près), comprenant salaire, commissions, bonis et rente de retraite?	\$	\$
b. Quel est votre revenu annuel (à 10 000 \$ près) provenant d'autres sources, comprenant dividendes, intérêts et revenus immobiliers?	\$	\$
c. Si votre revenu ne provient d'aucune des sources susmentionnées, veuillez indiquer le revenu de votre ménage.	\$	\$
d. À combien s'élève votre avoir personnel net?	\$	\$
e. Au cours des cinq dernières années, les personnes à assurer ou l'entreprise ont-elles éprouvé d'importantes difficultés financières telles une faillite ou une saisie de salaire?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si <i>oui</i> , veuillez donner des précisions, y compris la date de libération, le cas échéant.

►► Si vous ne demandez pas l'augmentation du montant de l'assurance ni l'ajout d'une couverture, si vous demandez seulement à bénéficier des taux pour non-fumeurs ou si vous demandez un changement d'indice-santé pour le faire passer de 5 à 4 ou à 3, vous n'avez pas à remplir le reste de la section 5. Passez à la section 6.

Section 5 – Renseignements personnels (suite)

5.8 Assurance d'entreprise excédant 1 000 000 \$

►► Remplissez la présente section uniquement si vous demandez une assurance d'entreprise excédant 1 000 000 \$. Si ce n'est pas le cas, passez à la section 5.9.

►► Ne remplissez pas cette section dans le cas d'une personne à assurer qui demande une modification à son assurance invalidité. Dans ce cas, remplissez plutôt la section 11.2, *Renseignements financiers*.

	Cette année	L'année dernière
a. Quelle est la valeur comptable de l'entreprise (valeur nette)?	\$	\$
b. Quelle est la juste valeur marchande de l'entreprise?	\$	\$
c. Quel est le revenu annuel brut?	\$	\$
d. Quel est le revenu annuel net (après impôt)?	\$	\$
e. Quel pourcentage de l'entreprise appartient à la personne à assurer « A »?	%	%
Quel pourcentage de l'entreprise appartient à la personne à assurer « B »?	%	%
f. Demande-t-on une assurance sur la tête des autres associés, propriétaires et cadres?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si <i>non</i> , veuillez donner des précisions, y compris la raison.	

5.9 Assurance vie individuelle sur la tête d'un enfant

►► Remplissez la présente section uniquement si vous demandez une couverture d'assurance vie individuelle sur la tête d'un enfant (de 17 ans ou moins) plutôt qu'une garantie d'enfants. Si ce n'est pas le cas, passez à la section 5.10.

	Parent 1 (vivant avec l'enfant)	Parent 2 (vivant avec l'enfant)
a. Quel est le montant total d'assurance vie en vigueur sur la tête des parents de l'enfant?	\$	\$
b. Quel est le revenu gagné brut de chacun des parents de l'enfant?	\$	\$
c. Combien de frères et sœurs l'enfant a-t-il?		
d. Quel est le montant d'assurance en vigueur sur la tête de chaque frère et sœur?	\$	\$

5.10 Si vous avez plus de 70 ans et demandez une assurance de plus de 250 000 \$

►► Remplissez la présente section uniquement si vous avez plus de 70 ans et que vous demandez une assurance excédant 250 000 \$.

Actif

Valeur de la résidence principale	\$
Placements enregistrés	\$
Autres placements et avoirs	\$




Passif

Prêt hypothécaire	\$
Autres éléments du passif	\$

Section 6 – Taille et poids

Dans la présente section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient aux personnes à assurer ou aux assurés qui sont couverts par une garantie d'exonération en cas d'invalidité. Si vous demandez l'augmentation du montant de l'assurance ou l'ajout d'une couverture, *vous*, *votre* et *vos* peuvent aussi renvoyer aux assurés qui sont couverts par une garantie d'exonération en cas d'invalidité ou qui demandent à l'être. Toutes les personnes à assurer doivent remplir cette section.

	Taille	Poids	Votre poids a-t-il subi une variation de plus de 10 lb (4,5 kg) au cours des 12 derniers mois? Si <i>oui</i> , 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.
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

	Taille	Poids	L'enfant a-t-il perdu plus de 5 lb (2,2 kg) au cours des 12 derniers mois? Si <i>oui</i> , veuillez donner des précisions, à savoir une variation de combien et la raison de la variation.
 Nom de l'enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants :	<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
 Nom de l'enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants :	<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
 Nom de l'enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants :	<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

Section 7 – Renseignements médicaux

Dans la présente section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient aux personnes à assurer ou aux assurés qui sont couverts par une garantie d'exonération en cas d'invalidité. Si vous demandez l'augmentation du montant de l'assurance ou l'ajout d'une couverture, *vous*, *votre* et *vos* peuvent aussi renvoyer aux assurés qui sont couverts par une garantie d'exonération en cas d'invalidité ou qui demandent à l'être. Toutes les personnes à assurer doivent remplir cette section. Si vous fournissez des renseignements médicaux concernant les enfants à assurer, vous devez les connaître suffisamment pour être en mesure de répondre avec exactitude aux questions.


►► Si votre conseiller fait recueillir les renseignements médicaux par un service paramédical, remplissez les sections 7.1 et 7.2, puis passez à la section 8.

! 7.1 Vos antécédents médicaux familiaux

a. A-t-on diagnostiqué chez votre père, votre mère, l'un de vos frères ou l'une de vos sœurs, avant qu'ils aient 65 ans, l'une des affections suivantes : maladie du cœur, accident vasculaire cérébral ou cancer?

Personne à assurer « A » : Non Oui Je ne sais pas. ► Si *oui*, veuillez donner des précisions dans le tableau ci-dessous.

Personne à assurer « B » : Non Oui Je ne sais pas. ► Si *oui*, veuillez donner des précisions dans le tableau ci-dessous.




 Enfants à assurer au titre d'une garantie d'enfants : Non Oui Je ne sais pas. ► Si *oui*, veuillez donner des précisions dans le tableau ci-dessous.

b. A-t-on déjà diagnostiqué chez votre père, votre mère, l'un de vos frères ou l'une de vos sœurs l'une des affections suivantes : chorée de Huntington, polykystose rénale, 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, hypertension, maladie du rein, rétinite pigmentaire ou quelque maladie héréditaire que ce soit?

Personne à assurer « A » : Non Oui Je ne sais pas. ► Si *oui*, veuillez donner des précisions dans le tableau ci-dessous.

Personne à assurer « B » : Non Oui Je ne sais pas. ► Si *oui*, veuillez donner des précisions dans le tableau ci-dessous.

 Enfants à assurer au titre d'une garantie d'enfants : Non Oui Je ne sais pas. ► Si *oui*, veuillez donner des précisions dans le tableau ci-dessous.

Personne à assurer	Lien de la personne atteinte avec vous	Affection (s'il s'agit du cancer, indiquez le type et la localisation)	Âge au début de l'affection
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »  Nom de l'enfant :			
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »  Nom de l'enfant :			
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »  Nom de l'enfant :			

! 7.2 Votre médecin ou votre clinique

Avez-vous un médecin de famille que vous consultez régulièrement ou une clinique où vous vous rendez régulièrement?

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

Personne à assurer « A » OU  Enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants

Personne à assurer « B » OU  Enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants

Nom de l'enfant

Nom de l'enfant


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/mm/aaaa)	Raison de la consultation	
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*		

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/mm/aaaa)	Raison de la consultation	
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*		

*Si vous avez besoin de plus d'espace pour décrire les traitements, les médicaments ou indiquer les coordonnées du médecin ou de la clinique pour l'assuré « A », l'assuré « B » ou l'enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants, inscrivez les précisions à la section 7.5.

7.3 Vos antécédents médicaux



Si vous répondez *oui* à l'une ou l'autre des questions de la section 7.3, veuillez donner des précisions à la section 7.5.

a. Êtes-vous atteint ou vous a-t-on dit que vous étiez atteint de l'une des affections suivantes ou avez-vous été traité pour l'une d'elles?	Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »	 Enfants au titre d'une garantie d'enfants
1. Hypertension	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2. Hypercholestérolémie	<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. Cancer, tumeurs, leucémie, polypes ou lésions cutanées	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
4. Diabète (y compris le diabète gestationnel et l'intolérance au glucose)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Section 7 – Renseignements médicaux (suite)

b. Avez-vous déjà souffert ou vous a-t-on déjà dit que vous souffriez de troubles liés à ce qui suit, ou avez-vous déjà subi des examens ou des traitements pour ce qui suit?				Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »	Enfants au titre d'une garantie d'enfants
1. Le cœur ou les vaisseaux sanguins, tels : <ul style="list-style-type: none"> • angine • caillots sanguins • pontage ou angioplastie • maladie du cœur • maladie vasculaire cérébrale • douleurs thoraciques ou essoufflement • claudication • crise cardiaque (infarctus du myocarde) • souffle cardiaque • stimulateur cardiaque • palpitations ou pouls irrégulier • maladie vasculaire périphérique, aussi appelée maladie artérielle périphérique • circulation déficiente • accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT) • enflure des chevilles 				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Si vous avez subi des examens pour ces affections, veuillez donner des précisions.

<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »  Nom de l'enfant :	Quels examens avez-vous subis?	Pourquoi vous a-t-on fait subir ces examens?
Résultats	Date (jj/mmmm/aaaa)	
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »  Nom de l'enfant :	Quels examens avez-vous subis?	Pourquoi vous a-t-on fait subir ces examens?
Résultats	Date (jj/mmmm/aaaa)	

c. Avez-vous déjà souffert ou vous a-t-on déjà dit que vous souffriez de troubles liés à ce qui suit, ou avez-vous déjà subi des examens ou des traitements pour ce qui suit?				Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »	Enfants au titre d'une garantie d'enfants
1. Le nez, la gorge ou les poumons, tels : <ul style="list-style-type: none"> • asthme • maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) • bronchite chronique ou récurrente • fibrose kystique • emphysème • sarcoïdose • apnée du sommeil • tuberculose 				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2. L'abdomen, tels : <ul style="list-style-type: none"> • cirrhose • colite • maladie de Crohn • diverticulite • hémorragie gastro-intestinale • hépatite (active ou à l'état de porteur) • jaunisse • syndrome du côlon irritable • maladie du foie • pancréatite • ulcère 				<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. Les reins, la vessie ou les organes génitaux, tels : <ul style="list-style-type: none"> • cytologie vaginale anormale • calcul rénal • néphrite • fibrome utérin • prostatite ou autre trouble de la prostate • présence de protéines dans les urines ou infection urinaire • polykystose rénale • tumeur • présence de sucre ou de sang dans les urines • autres troubles des reins ou de la vessie • autres troubles de l'appareil reproducteur ou maladie transmise sexuellement 				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
4. Les seins, tels : <ul style="list-style-type: none"> • résultats anormaux de mammographie ou biopsie • kystes • bosses • autres changements physiques 				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
5. Le système nerveux, tels : <ul style="list-style-type: none"> • SLA ou autre maladie du motoneurone • maladie d'Alzheimer • infirmité motrice cérébrale • déficience cognitive • coma • démence • étourdissements • syndrome de Down • épilepsie • évanouissement ou syncope • perte de l'usage de la parole • migraines • sclérose en plaques • débilite ou déficience mentale • paralysie • maladie de Parkinson • convulsions • tremblements • vertige 				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
6. Les yeux ou les oreilles, tels : <ul style="list-style-type: none"> • cécité • vision trouble ou double • surdité • glaucome • troubles de l'ouïe • troubles de la vue • labyrinthite • névrite optique • acouphène 				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
7. La santé mentale, tels : <ul style="list-style-type: none"> • anxiété • tentative de suicide • dépression • épuisement professionnel • schizophrénie • autres troubles psychologiques, comportementaux, émotifs ou alimentaires 				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
8. Les glandes ou le système sanguin, tels : <ul style="list-style-type: none"> • glycémie anormale • anémie • prédisposition aux hémorragies • goutte • hémophilie • troubles des ganglions lymphatiques • troubles de la thyroïde • autres troubles endocriniens 				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
9. Les muscles ou les os, tels : <ul style="list-style-type: none"> • lésion ou affection des muscles, des os, des articulations ou de la colonne vertébrale • fatigue chronique • syndrome de douleur chronique • fibromyalgie • dystrophie musculaire • polyarthrite rhumatoïde ou arthrose 				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
10. Les tissus conjonctifs, tels : <ul style="list-style-type: none"> • lupus • sclérodermie 				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Section 7 – Renseignements médicaux (suite)

	Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »	Enfants au titre d'une garantie d'enfants
11. La peau, tels : <ul style="list-style-type: none"> • carcinomes basocellulaires • syndrome du naevus dysplasique • naevus dysplasique • lésions ou taches de rousseur qui ont changé de dimension ou de couleur ou qui ont saigné • psoriasis • dermatite • naevus <input type="text" value="autre"/>	11. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
12. Le système immunitaire, tels : <ul style="list-style-type: none"> • VIH • sida • hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques • résultats de tests indiquant une exposition possible au virus du sida (VIH) <input type="text" value="autre"/>	12. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
d. Vous a-t-on déjà recommandé de subir un test permettant de vérifier la possibilité d'une exposition au VIH ou virus du sida (autre qu'un examen de routine à des fins d'assurance)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
e. Avez-vous des raisons de croire que vous avez été exposé au virus du sida (VIH)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
f. Au cours des cinq dernières années :			
1. avez-vous subi des examens médicaux ou des tests diagnostiques, tels ECG, radiographies, tomographies par ordinateur, cytologies vaginales, examens IRM ou analyses sanguines? <i>Si oui, veuillez donner des précisions sur les résultats.</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2. avez-vous eu une maladie ou une blessure non mentionnée jusqu'à présent dans la demande?	<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 une intervention chirurgicale, un examen médical, un test diagnostique, suivi un traitement ou reçu des soins hospitaliers ou des services de consultation non mentionnés jusqu'à présent dans la demande ou qui ont été recommandés mais n'ont pas encore été effectués?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
4. avez-vous fait usage d'un médicament recommandé (avec ou sans ordonnance) non mentionné jusqu'à présent dans la demande?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
5. avez-vous consulté un chiropraticien, un conseiller de quelque type que ce soit, un travailleur de la santé, un médecin ou un thérapeute?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
g. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous absenté du travail ou de l'école pendant plus de 15 jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'une blessure?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
h. Actuellement, prenez-vous des médicaments d'ordonnance, suivez-vous un traitement à base d'herbes médicinales ou un traitement holistique, ou êtes-vous en observation pour quelque affection que ce soit que vous n'avez pas mentionnée plus haut?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
i. Actuellement, êtes-vous invalide et incapable d'accomplir les tâches liées à votre travail ou à vos activités habituels?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
j. Avez-vous des symptômes ou des préoccupations pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
k. Êtes-vous enceinte? <i>Si oui, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement ainsi que le nom et l'adresse de votre obstétricienne ou gynécologue.</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
1. Quel était votre poids avant la grossesse? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg			
2. Avez-vous souffert de complications durant votre grossesse? <i>Si oui, veuillez donner des précisions.</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Dans le cas de contrats d'assurance invalidité seulement			
l. Si vous êtes un professionnel de la santé, avez-vous été vacciné avec succès, c'est-à-dire immunisé, contre l'hépatite B? <i>Si oui, veuillez indiquer la date. Si non, veuillez donner des précisions.</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
m. Avez-vous déjà souffert ou vous a-t-on déjà dit que vous souffriez de troubles liés à la colonne vertébrale, au dos ou au cou, ou avez-vous déjà subi des examens ou des traitements pour des troubles liés à la colonne vertébrale, au dos ou au cou, tels : <ul style="list-style-type: none"> • discopathie • douleur • foulure • entorse • sciatique <input type="text" value="autre"/> <i>Si oui, et si l'occurrence remonte à moins de cinq ans, veuillez remplir la section 11.4, Questionnaire sur les maux de dos.</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

7.4 Enfants de moins de deux ans

Si vous répondez *oui* à l'une ou l'autre des questions de la section 7.4, veuillez donner des précisions à la section 7.5.

	Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »	Enfants au titre d'une garantie d'enfants
a. Est-ce que l'un des enfants à assurer a été opéré ou hospitalisé pendant plus de trois jours à la naissance ou après?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
b. Est-ce que l'un des enfants à assurer est né prématurément (avant la 36^e semaine de grossesse)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
c. Y a-t-il eu des difficultés entourant la naissance ou pendant la période post-partum, des anomalies congénitales, des maladies infectieuses ou d'autres problèmes de santé?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Section 7 – Renseignements médicaux (suite)

7.5 Précisions afférentes aux renseignements médicaux

Si vous avez répondu *oui* à l'une ou l'autre des questions des sections 7.3 et 7.4, veuillez donner des précisions ci-dessous. Spécifiez les affections, les dates, les durées, les traitements, les résultats, ainsi que le nom et l'adresse des médecins, hôpitaux et cliniques.

Personne à assurer	Question	Précisions : traitements suivis, date des examens subis, raison pour laquelle ils ont été subis, résultats, récurrences ainsi que nom et adresse de tous les médecins traitants (s'il s'agit du cancer, indiquez le type et la localisation).
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »  Nom de l'enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants :		
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »  Nom de l'enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants :		
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »  Nom de l'enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants :		
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »  Nom de l'enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants :		
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »  Nom de l'enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants :		
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »  Nom de l'enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants :		
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »  Nom de l'enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants :		
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »  Nom de l'enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants :		
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »  Nom de l'enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants :		
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »  Nom de l'enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants :		
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »  Nom de l'enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants :		
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B »  Nom de l'enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants :		

Section 8 – Vos autres contrats d'assurance







Dans la présente section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient aux personnes à assurer ou aux assurés qui sont couverts par une garantie d'exonération en cas d'invalidité. Si vous demandez l'augmentation du montant de l'assurance ou l'ajout d'une couverture, *vous*, *votre* et *vos* peuvent aussi renvoyer aux assurés qui sont couverts par une garantie d'exonération en cas d'invalidité ou qui demandent à l'être.

►► **Ne remplissez pas cette section si vous demandez une modification à votre assurance invalidité seulement. Remplissez plutôt la section 11.3, Vos autres contrats d'assurance invalidité.**

a. **Est-ce que l'une ou l'autre des personnes à assurer est actuellement couverte par un autre contrat d'assurance vie, maladies graves, invalidité ou soins de longue durée* qui n'est pas un contrat collectif (y compris tout contrat tombé en déchéance au cours des 90 derniers jours, tout contrat vendu à un tiers ou tout contrat établi dans un autre pays)?**

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

* Dans le cas d'un contrat soins de longue durée, veuillez indiquer le montant de la prestation et la périodicité de celle-ci (p. ex. 75 \$/jour ou 1 000 \$/mois).

Personne à assurer	Nom de la société d'assurance	Numéro du contrat	Année d'établissement	Montant et type d'assurance (vie, maladies graves, invalidité ou soins de longue durée)	Tombé en déchéance ou vendu à un tiers?	Particulier ou entreprise?	Remplacement?	Formulaire de remplacement rempli?
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B » <input type="checkbox"/> Nom de l'enfant : 				\$ Type :	<input type="checkbox"/> déchéance <input type="checkbox"/> vendu à un tiers	<input type="checkbox"/> particulier <input type="checkbox"/> entreprise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B » <input type="checkbox"/> Nom de l'enfant : 				\$ Type :	<input type="checkbox"/> déchéance <input type="checkbox"/> vendu à un tiers	<input type="checkbox"/> particulier <input type="checkbox"/> entreprise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B » <input type="checkbox"/> Nom de l'enfant : 				\$ Type :	<input type="checkbox"/> déchéance <input type="checkbox"/> vendu à un tiers	<input type="checkbox"/> particulier <input type="checkbox"/> entreprise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B » <input type="checkbox"/> Nom de l'enfant : 				\$ Type :	<input type="checkbox"/> déchéance <input type="checkbox"/> vendu à un tiers	<input type="checkbox"/> particulier <input type="checkbox"/> entreprise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B » <input type="checkbox"/> Nom de l'enfant : 				\$ Type :	<input type="checkbox"/> déchéance <input type="checkbox"/> vendu à un tiers	<input type="checkbox"/> particulier <input type="checkbox"/> entreprise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B » <input type="checkbox"/> Nom de l'enfant : 				\$ Type :	<input type="checkbox"/> déchéance <input type="checkbox"/> vendu à un tiers	<input type="checkbox"/> particulier <input type="checkbox"/> entreprise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non




Dans toutes les provinces, si la présente demande vise à remplacer un contrat d'assurance vie existant, veuillez remplir et joindre les formulaires de remplacement exigés.

Au Québec seulement, si la présente demande vise à remplacer un contrat d'assurance maladies graves existant, veuillez remplir et joindre les formulaires de remplacement exigés.

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

b. **Avez-vous demandé une autre assurance vie, maladies graves, invalidité ou soins de longue durée pour laquelle un contrat n'a pas encore été établi?**

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

Personne à assurer	Nom de la société d'assurance	Numéro de référence	Montant et type d'assurance (vie, maladies graves, invalidité ou soins de longue durée)	Particulier ou entreprise
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B » <input type="checkbox"/> Nom de l'enfant : 			\$ Type :	<input type="checkbox"/> particulier <input type="checkbox"/> entreprise
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B » <input type="checkbox"/> Nom de l'enfant : 			\$ Type :	<input type="checkbox"/> particulier <input type="checkbox"/> entreprise
<input type="checkbox"/> Personne « A » <input type="checkbox"/> Personne « B » <input type="checkbox"/> Nom de l'enfant : 			\$ Type :	<input type="checkbox"/> particulier <input type="checkbox"/> entreprise

Section 9 – Renseignements sur le nouveau contrat

►► Remplissez cette section uniquement si vous demandez la transformation d'une assurance temporaire, l'exercice du droit d'option afférent à une garantie OAG ou PVE ou la résiliation d'une couverture conjointe dernier décès UltraVision pour ensuite établir une ou plusieurs couvertures individuelles portant la date courante.

Dans la présente section, *contrat 1* renvoie au contrat qui procure l'assurance temporaire ou la garantie d'enfants à transformer, la garantie Option d'assurabilité garantie (OAG) ou la garantie Protection de la valeur de l'entreprise (PVE) ou la couverture conjointe dernier décès UltraVision à résilier. *Contrat 2* renvoie au contrat qui procurera la *nouvelle assurance* une fois qu'elle aura été transformée, souscrite au moyen d'une option ou établie.

Le contrat 2 peut être un nouveau contrat ou un contrat existant. Dans certains cas, il se peut que le contrat 1 et le contrat 2 soient le même contrat.

Nous, notre et *nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Vous, votre et *vos* renvoient au(x) titulaire(s) du contrat 1, sauf indication contraire.

9.1 Propriété du nouveau contrat

►► Remplissez la présente section uniquement si la nouvelle assurance doit être établie au titre d'un nouveau contrat.

Si vous ne remplissez pas la présente section, le titulaire du nouveau contrat sera le titulaire actuel du contrat 1.

▶ Dans le cas d'une transformation en un contrat Performax Or ou vie universelle, veuillez inscrire votre numéro d'assurance sociale dans la case prévue à cet effet.

a. Qui sera le titulaire du nouveau contrat?

le titulaire du contrat 1 **OU** la personne à assurer « A » nommée à la section 3

Numéro d'assurance sociale

OU

la personne à assurer « B » nommée à la section 3

Numéro d'assurance sociale

OU

selon ce qui est indiqué ci-dessous :

▶ Nom du titulaire n° 1 du nouveau contrat (prénom et nom de famille) ou dénomination sociale complète de l'entité, telle une compagnie ou une société de fiducie, (y compris les mentions « Cie », « limitée », « inc. », etc.)			
Numéro d'assurance sociale ou d'entreprise		Lien avec la personne à assurer	
Adresse (numéro, rue et appartement)		Ville	Province
Code postal			
Nom du titulaire n° 2 du nouveau contrat (prénom et nom de famille) ou dénomination sociale complète de l'entité, telle une compagnie ou une société de fiducie, (y compris les mentions « Cie », « limitée », « inc. », etc.)			
Numéro d'assurance sociale ou d'entreprise		Lien avec la personne à assurer	
Adresse (numéro, rue et appartement)		Ville	Province
Code postal			

9.2 Titulaire principal

►► Remplissez cette section si le nouveau contrat a plus d'un titulaire.

Toute correspondance concernant l'assurance que vous demandez sera envoyée par la poste à l'attention du titulaire principal.

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 entité telle une compagnie ou une société de fiducie, veuillez indiquer à quel service la correspondance doit être envoyée (par ex. le Service des comptes fournisseurs).

Titulaire du contrat 1 Personne à assurer « A » Personne à assurer « B »

Titulaire n° 1

Nom du service (s'il y a lieu)

Titulaire n° 2

Nom du service (s'il y a lieu)

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

Veuillez indiquer l'adresse postale à laquelle le titulaire souhaite recevoir la correspondance si cette adresse diffère de l'adresse déjà fournie dans la présente demande. Il ne peut pas s'agir de l'adresse de votre conseiller.

Adresse (numéro, rue et appartement)	Ville	Province	Code postal
--------------------------------------	-------	----------	-------------

9.3 Titulaires multiples

a. Titulaires multiples (toutes les provinces sauf le 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, si le contrat est encore 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 choisissez ce type de propriété, 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.

Section 9 – Renseignements sur le nouveau contrat (suite)

9.4 Désignation d'un titulaire successeur ou subrogé

a. Titulaire successeur (toutes les provinces sauf le Québec)

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 accélère et simplifie le transfert.

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 accélère et simplifie le transfert.

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

9.5 Facturation dans le cas d'un nouveau contrat

►► Si vous ajoutez une assurance à un contrat existant, vous n'avez pas à remplir la présente section. Vos données pour la facturation relative au contrat existant ne changeront pas.

a. Votre premier paiement

1. À combien s'élève votre premier paiement?

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

2. Comment effectuerez-vous le premier paiement?

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 sommes en espèces.

- par chèque, soumis avec la présente demande (Le chèque doit porter la même date que la demande.)
- utiliser le remboursement de primes du contrat 1
- 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), comme suit :

Précisez la nature des fonds :

- 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 demande.

Si le titulaire du contrat est une personne morale ou une société, 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, s'il s'agit d'une société par actions. Si la société par actions n'a pas de sceau et que vous êtes la seule personne autorisée à signer en son nom, 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 X	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature du titulaire du contrat duquel proviennent les fonds X	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 par actions et que celle-ci ne possède pas de sceau. Vous devez également signer ci-dessus.
Signature du cessionnaire en garantie/créancier hypothécaire (le cas échéant) X	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature du bénéficiaire irrévocable (le cas échéant) X	Date (jj/mmmm/aaaa)

Section 9 – Renseignements sur le nouveau contrat (suite)

b. Vos paiements périodiques

1. De quelle façon vos paiements périodiques seront-ils effectués?

Si les paiements sont effectués 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 sommes en espèces.

Si les renseignements que vous fournissez ci-dessous diffèrent de ceux fournis dans la page-produit, nous utiliserons les renseignements fournis dans la page-produit.

- 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 9.6)

Paiement mensuel	Paiement additionnel	Paiement mensuel total
\$	\$	\$

Contrats vie universelle et Performax Or seulement

- Calculer le paiement minimum **OU**
 Le dépôt total prévu ou le paiement additionnel est de

c. Qui effectuera vos paiements périodiques?

vous ou

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

9.6 Données bancaires

Dans la présente section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient au(x) titulaire(s) du compte bancaire sur lequel seront effectués les prélèvements mensuels automatiques.

►► Remplissez cette section si vous effectuez vos paiements 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
- N° du contrat visé par le plan existant de prélèvement automatique sur le compte
- Établir un **nouveau** plan de prélèvement mensuel automatique selon les données bancaires ci-dessous
- Jour du prélèvement mensuel (du 1^{er} au 28)

Utiliser les données bancaires :

- du chèque couvrant le premier paiement;
- 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 »).

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

Section 9 – Renseignements sur le nouveau contrat (suite)

9.7 Autorisation relative aux prélèvements mensuels

Dans la présente section, *vous, votre et vos* renvoient au(x) titulaire(s) du compte bancaire sur lequel seront effectués les prélèvements mensuels automatiques.

La personne qui fait les paiements doit signer à la section 12. Sa signature à la section 12 confirme qu'elle a lu et accepte les autorisations énoncées dans la présente section.

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

Autorisation de prélever mensuellement sur votre compte des sommes variables pour effectuer vos paiements périodiques

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

- vous nous autorisez à effectuer des prélèvements mensuels sur votre compte bancaire pour effectuer les paiements afférents 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 sur votre compte bancaire est variable; en certaines circonstances, nous pourrions augmenter le montant du prélèvement pour couvrir les frais du contrat (par exemple, s'il est prévu que les paiements de votre contrat changent); si vous avez un contrat dont la valeur du compte est insuffisante pour couvrir la déduction mensuelle, nous n'augmenterons pas le montant des prélèvements dans votre compte bancaire, et votre contrat pourrait prendre fin;
- **vous renoncez au droit de recevoir un préavis 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 à la date prévue, 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

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 peut également demander ces changements en votre nom.

Contrats vie universelle et Performax Or

Dans le cas d'un contrat d'assurance vie universelle ou d'un contrat Performax Or, nous avons le droit de changer la date du prélèvement mensuel pour que celle-ci précède d'au moins quatre jours le jour du traitement mensuel du contrat.

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).

Fin de l'entente PAC

Vous pouvez et nous pouvons mettre fin à l'entente PAC moyennant un préavis écrit de 10 jours, calculés à partir de la date de sa mise à la poste. Pour obtenir un modèle de ce préavis ou pour tout complément d'information, veuillez communiquer avec votre banque ou institution financière ou visiter le site 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.

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 36 de la présente demande, dans la section intitulée *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).

Confirmation

Vous confirmez que toutes les personnes dont la signature est exigée pour ce compte ont signé à la section 12, y compris tous les cotitulaires du compte et tous les signataires autorisés d'une personne morale ou d'une société.

9.8 Attestation et consentement

Dans la présente section, *vous, votre et vos* renvoient aux personnes à assurer, au(x) titulaire(s) du contrat 1 et du contrat 2, au père, à la mère ou au tuteur de tout enfant à assurer ayant moins de 18 ans (moins de 16 ans hors du Québec), à tout cessionnaire en garantie ou créancier hypothécaire et à tout bénéficiaire irrévocable.

Assureur initial renvoie à la compagnie qui a établi le contrat 1 ou en est l'assureur.

En signant à la section 12 du présent formulaire, vous consentez à la transformation d'assurance ou à l'exercice de l'option ou de la garantie complémentaire mentionnés dans la présente demande, et :

- vous autorisez l'assureur initial à nous communiquer, à nous ainsi qu'aux réassureurs visés, tous les renseignements afférents au contrat 1 et vous nous autorisez à les utiliser conformément à ce qui est indiqué à la section 12;
- vous convenez que, si nous établissons une nouvelle assurance selon les conditions de la présente demande, la date d'effet de la nouvelle assurance sera indiquée dans le contrat 2;
- vous convenez que la nouvelle assurance qui prend effet par suite de la présente demande satisfait à l'obligation de l'assureur initial de fournir une assurance additionnelle en vertu du contrat initial; l'assureur initial est dégagé de cette obligation dans la même mesure que s'il avait fourni lui-même la nouvelle assurance;
- vous convenez qu'à la date d'effet de la nouvelle assurance, la couverture que vous transformez et toute couverture que vous nous demandez de résilier seront résiliées; selon le montant d'assurance que vous transformez et résiliez, le contrat 1 prendra peut-être fin;
- si vous transformez une assurance, demandez à souscrire de l'assurance au titre d'une garantie d'enfants, exercez le droit d'option afférent à une garantie OAG ou PVE ou demandez la résiliation d'une couverture conjointe dernier décès UltraVision pour ensuite établir une ou plusieurs nouvelles couvertures individuelles, vous convenez que les délais afférents à la contestabilité et au suicide courent à partir de la plus éloignée des dates suivantes : la date à laquelle la nouvelle assurance a été établie ou la date à laquelle elle a été remise en vigueur pour la dernière fois;
- si vous êtes un cessionnaire en garantie, appelé créancier hypothécaire au Québec, vous convenez que nous ne serons liés par le contrat 2 qu'une fois que nous aurons reçu, à notre siège social, une copie de la cession, ou hypothèque, afférente au contrat 2;
- si vous êtes un bénéficiaire irrévocable, vous convenez que vos droits au titre du contrat 1 ne seront pas transférés au contrat 2, sauf si vous êtes désigné bénéficiaire irrévocable du contrat 2;
- si vous êtes titulaire du contrat 1, mais non du contrat 2, vous convenez que vous n'acquiessez aucun droit de propriété dans le contrat 2 par suite de la transformation ou de l'exercice du droit d'option;
- si le titulaire du contrat 2 n'est pas titulaire du contrat 1, et si le contrat 2 est un contrat Performax Or ou un contrat vie universelle, vous convenez que les paiements additionnels et l'espace-dépôts accumulés dans le contrat 1 ne seront pas transférés au contrat 2.



Veillez signer à la section 12.

Section 10 – Questions relatives à l'assurance provisoire (vie et maladies graves)

►► Remplissez cette section si vous avez choisi l'une des modifications suivantes à la section 1 et si vous souhaitez demander une assurance vie provisoire ou une assurance maladies graves provisoire sur la tête de la personne à assurer.

- Ajouter une couverture
- Ajouter un assuré
- Ajouter une garantie d'enfants
- Augmenter le montant d'assurance

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

L'assurance provisoire peut n'être accordée qu'à une seule des personnes à assurer.

10.1 Admissibilité à l'assurance vie provisoire

►► Ne remplissez pas cette section si vous demandez une modification à un contrat UltraVision. L'assurance vie provisoire n'est pas offerte avec UltraVision.

Seules les personnes qui ont entre 15 jours et 75 ans inclusivement sont admissibles à l'assurance vie provisoire.

Chaque personne à assurer au titre du contrat qui demande l'assurance vie provisoire doit répondre aux questions suivantes.

	Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »
a. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été traité pour l'une des affections suivantes ou avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé ou avez-vous ressenti des symptômes relativement à l'une d'elles : crise cardiaque, cancer, accident vasculaire cérébral, sida ou infection par VIH?	<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 examen plus poussé, une épreuve diagnostique ou une intervention chirurgicale (pour un motif autre qu'une grossesse ou un accouchement) qui n'a pas encore eu lieu ou dont vous n'avez pas reçu les résultats?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Si une personne à assurer répond *oui* à la question a. ou b. ci-dessus, cette personne n'est **pas** admissible à l'assurance vie provisoire.

Si une personne à assurer répond *non* aux questions a. et b. ci-dessus et si les conditions énoncées dans l'*Attestation d'assurance vie provisoire* sont remplies, la couverture d'assurance vie provisoire sur la tête de cette personne prend effet dès que nous recevons la somme exigée.

Votre couverture est décrite dans l'*Attestation d'assurance vie provisoire*, aux pages 24 et 25.

10.2 Admissibilité à l'assurance maladies graves provisoire

►► Ne remplissez pas cette section si vous demandez une modification à une solution Synergie. L'assurance maladies graves provisoire n'est pas offerte avec Synergie.

Seules les personnes qui ont entre 18 et 60 ans inclusivement sont admissibles à l'assurance maladies graves provisoire.

Chaque personne à assurer au titre du contrat qui demande l'assurance maladies graves provisoire 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 un autre professionnel de la santé 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, cécité, surdité, perte de la parole, perte d'un membre, coma, démence, déficience cognitive, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, brûlures graves, sida ou infection par VIH?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
b. Au cours des deux dernières années, une couverture d'assurance vie, maladies graves, invalidité ou soins de longue durée vous a-t-elle été refusée ou offerte avec des garanties restreintes ou moyennant une surprime?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
c. Au cours des 60 derniers jours, avez-vous été admis ou vous a-t-on conseillé de vous faire admettre dans un hôpital ou une clinique 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
d. 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 examen plus poussé, une épreuve diagnostique ou une intervention chirurgicale (pour un motif autre qu'une grossesse ou un accouchement) qui n'a pas encore eu lieu ou dont vous n'avez pas reçu les résultats?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Si une personne à assurer répond *oui* à l'une des questions a. à d. ci-dessus, cette personne n'est **pas** admissible à l'assurance maladies graves provisoire.

Si une personne à assurer répond *non* aux questions a. à d. ci-dessus et si les conditions énoncées dans l'*Attestation d'assurance maladies graves provisoire* sont remplies, la couverture d'assurance maladies graves provisoire sur la tête de cette personne prend effet dès que nous recevons la somme exigée.

Votre couverture est décrite dans l'*Attestation d'assurance maladies graves provisoire*, aux pages 24 et 25.

10.3 Instructions à l'intention du conseiller

! Laissez toute attestation d'assurance provisoire non remplie et inutilisée jointe à la présente demande.

Si l'une ou l'autre des personnes à assurer est admissible à l'assurance provisoire (c'est-à-dire qu'elle remplit **toutes** les conditions des attestations d'assurance provisoire applicables figurant aux pages qui suivent) :

- acceptez le paiement couvrant le plein montant de la première prime du contrat;
- remettez au titulaire du contrat les attestations applicables et la note de couverture;
- informez le titulaire du contrat que l'assurance provisoire entre en vigueur sur la tête des personnes à assurer qui y sont admissibles dès que nous recevons la somme exigée et si toutes les conditions applicables sont remplies.

Autrement,

- n'acceptez pas de paiement.

Financière Manuvie Attestation d'assurance vie provisoire

Dans la présente attestation :

- *nous, notre* et *nos* renvoient aux sociétés nommées à la section 1 de la présente demande;
- *vous, votre* et *vos* renvoient au titulaire du contrat;
- *assuré* renvoie à une personne nommée à la section 3 de la présente demande à titre de personne à assurer ou d'enfant à assurer au titre d'une garantie d'enfants;
- *la présente demande* renvoie à la *Demande de modification* qui porte le numéro figurant dans le coin supérieur droit de la présente page; et
- *la présente convention* renvoie à la présente attestation d'assurance vie provisoire.

Conditions

Dans le cas d'une modification à un contrat UltraVision, l'assurance vie provisoire n'est pas offerte. Sous réserve des conditions de la présente convention, nous convenons d'accorder une couverture d'assurance vie provisoire à chaque assuré qui satisfait aux exigences suivantes :

- l'assuré, sauf s'il s'agit d'un enfant qui ne sera couvert qu'au titre d'une garantie d'enfants, a répondu *non* aux questions a. et b. de la section 10.1; et
- l'assuré a entre 15 jours et 75 ans inclusivement.

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

- vous remplissez et signez la présente *Demande de modification*;
- vous payez la première prime une fois la présente demande remplie;
- le paiement que nous recevons pour la couverture additionnelle demandée est suffisant pour couvrir le coût de cette couverture jusqu'à la date d'échéance de la prochaine prime. Il n'est pas nécessaire d'effectuer un paiement :
- si le contrat modifié est un contrat d'assurance vie universelle, et

- si le paiement que nous avons reçu pour le contrat existant est suffisant pour couvrir le coût de l'assurance additionnelle demandée jusqu'à la date d'échéance de la prochaine prime.
- la banque ou institution financière honore le chèque lorsque nous le présentons pour 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, y compris les renseignements sur les enfants à assurer au titre d'une garantie d'enfants, n'a été déformé ni omis de la présente demande.

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

Assurance vie provisoire

1. La couverture d'assurance vie provisoire d'un assuré est du même montant (sous réserve du montant maximum spécifié ci-dessous) et du même type (sur une tête, conjointe premier décès ou conjointe dernier décès) que la couverture demandée pour cet assuré dans la présente *Demande de modification*.
2. Les conditions de la présente convention d'assurance vie provisoire ne s'appliquent pas si vous demandez :
 - la remise en vigueur d'un contrat tombé en déchéance;
 - une assurance au titre d'une clause « transférabilité » ou « transformation » d'un contrat existant;
 - une assurance au titre d'une option « souscription d'un nouveau contrat » ou « transformation » contenue dans une garantie complémentaire ou un avenant, y compris une « garantie du survivant ».Dans ces cas, ce sont les conditions de la clause, de la garantie complémentaire ou de l'avenant qui s'appliquent.

Détacher et remettre au titulaire du contrat.

(suite au verso)



Financière Manuvie Attestation d'assurance maladies graves provisoire

Dans la présente attestation :

- *nous, notre* et *nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers;
- *vous, votre* et *vos* renvoient au titulaire du contrat;
- *assuré* renvoie à une personne nommée à la section 2 de la présente demande à titre de personne à assurer, mais ne comprend pas les enfants à assurer au titre d'une garantie d'enfants;
- *la présente demande* renvoie à la *Demande de modification* qui porte le numéro figurant dans le coin supérieur droit de la présente page;
- *la présente convention* renvoie à la présente attestation d'assurance maladies graves provisoire;
- *affection couverte* renvoie à une affection définie dans la section **Affections couvertes** du contrat standard;
- *diagnostic définitif* renvoie à la déclaration écrite d'un spécialiste, basée sur les examens et la preuve médicale appropriés, selon laquelle l'assuré satisfait à la définition d'une affection couverte contenue dans le contrat standard;
- *spécialiste* s'entend d'un médecin qui détient un permis d'exercice et une formation médicale spécialisée en rapport avec l'affection couverte pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En cas de non-disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de notre approbation, une affection peut être diagnostiquée par un médecin qualifié pratiquant au Canada ou aux États Unis. Des exemples de spécialistes sont fournis dans le contrat standard. Le spécialiste ne peut pas être le titulaire du contrat, l'assuré, un parent ni un associé du titulaire ou de l'assuré.
- *accompli* signifie que l'assuré est vivant et qu'il satisfait à toutes les exigences stipulées dans le contrat pour la prestation qu'il demande (*une définition plus complète de ce terme figure dans le contrat standard*);
- *contrat standard* renvoie au contrat standard offert par nous à des fins de souscription à la date de la présente *Demande de modification*, pour le type d'assurance maladies graves demandée dans la présente demande. Vous pouvez vous procurer le contrat standard auprès de votre conseiller ou sur le site www.manuvie.ca/avantdesouscrire.

Conditions

Dans le cas d'une modification à une solution Synergie, l'assurance maladies graves provisoire n'est pas offerte.

Sous réserve des conditions de la présente convention, nous convenons d'accorder une couverture d'assurance maladies graves provisoire à chaque assuré qui satisfait aux exigences suivantes :

- l'assuré a répondu non aux questions a., b., c. et d. de la section 10.2; et
 - l'assuré a entre 18 ans et 60 ans inclusivement.
- La présente convention prend effet si les conditions suivantes sont remplies :
- vous remplissez et signez la présente *Demande de modification*;
 - le paiement que nous recevons, une fois que la présente *Demande de modification* est remplie, pour la couverture additionnelle demandée doit être suffisant pour acquitter cette couverture jusqu'à la date d'échéance de la prochaine prime;
 - la banque ou institution financière honore le chèque lorsque nous le présentons pour 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, y compris les renseignements sur les enfants à assurer au titre d'une garantie d'enfants, n'a été déformé ni omis de la présente *Demande de modification*.

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

Assurance maladies graves provisoire

L'assurance maladies graves provisoire prévue au titre de la présente convention s'applique à toutes les affections couvertes par la couverture que vous demandez, telles qu'elles sont définies dans la section **Affections couvertes** du contrat standard, à l'exception des affections couvertes expressément exclues dans la section **Exclusions et restrictions** ci-dessous.

1. Nous vous versons une prestation en cas d'apparition d'une affection couverte :
 - si le diagnostic définitif de l'affection couverte est posé tandis que la présente convention est en vigueur;
 - si les conditions de la présente convention sont remplies;

(suite au verso)

Attestation d'assurance vie provisoire (suite)

3. Si vous avez demandé la modification d'une couverture conjointe dernier décès sur la tête de l'assuré, une prestation n'est versée à la suite du décès de cet assuré que si tous les assurés au titre de la couverture conjointe dernier décès décèdent tandis que la présente convention est en vigueur.
 4. La prestation maximum combinée payable pour un assuré au titre de toutes les conventions d'assurance vie et maladies graves provisoire conclues avec nous correspond au montant d'assurance demandé pour cet assuré, y compris le montant des garanties décès accidentel, ou à 1 000 000 \$, selon le moins élevé de ces montants.
 5. Relativement à la prestation maximum payable pour un assuré, la prestation payable au titre de toute convention d'assurance maladies graves provisoire a prépondérance sur toute prestation payable au titre de la présente convention.
 6. Si le montant total d'assurance vie que vous avez demandé pour un assuré excède le maximum permis au titre de la présente convention et si cet assuré décède tandis qu'il est couvert par celle-ci, nous vous rembourserons la partie de la prime perçue pour l'excédent de couverture de cet assuré.
 7. Le bénéficiaire au titre de la présente convention est le même que le bénéficiaire désigné pour l'assuré dans la présente *Demande de modification*.
 8. L'assurance vie provisoire visée par la présente convention prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :
 - date à laquelle nous délivrons un document contractuel à la suite de la présente *Demande de modification*;
 - date à laquelle nous vous envoyons par la poste un avis de refus de votre demande de modification;
9. Si nous établissons un contrat d'assurance vie selon les conditions de la présente *Demande de modification*, nous affectons votre premier paiement aux primes exigibles au titre du contrat. Si nous refusons votre demande de modification, ou si nous vous offrons un contrat à des conditions autres que celles énoncées dans votre demande et que vous n'acceptez pas le contrat, nous vous remboursons votre premier paiement de prime.
 10. L'assurance qui prévoit une couverture excédant le maximum permis, y compris le montant de toute garantie de décès accidentel, prend effet :
 - lorsque nous vous délivrons le document contractuel, et
 - lorsque vous avez payé le nouveau montant suffisant pour procurer une couverture au titre du contrat modifié jusqu'à la date d'échéance de la prochaine prime, et
 - si l'état de santé ou l'assurabilité des personnes à assurer au titre du contrat ne s'est pas détérioré entre la date à laquelle la présente *Demande de modification* a été remplie et la date de la délivrance du document contractuel.

Exclusions et restrictions

Si un assuré se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non, nous ne versons pas de capital-décès pour cet assuré. Nous vous remboursons la prime que vous avez payée pour la couverture d'assurance vie de cet assuré, et toute couverture de cet assuré au titre de la présente convention prend fin.



Attestation d'assurance maladies graves provisoire (suite)

- si l'assuré répond à tous les critères de l'affection couverte diagnostiquée; et
 - si l'assuré a accompli la période d'attente fixée pour l'affection couverte diagnostiquée, tel que le décrit le contrat standard.
 2. Le montant de la prestation payable au titre de la présente convention est le montant de couverture Chèque-vie que vous avez demandé pour l'assuré, sous réserve de ce qui suit :
 - le montant maximum des prestations prévu par la présente convention; et
 - toutes autres restrictions et exclusions stipulées dans la présente convention.
 3. La prestation maximum pour un assuré au titre de toutes les conventions d'assurance maladies graves provisoire conclues avec nous correspond au montant total de la couverture d'assurance maladies graves demandé pour cet assuré, ou à 500 000 \$, selon le moins élevé de ces montants.
 4. La prestation maximum combinée pour tout assuré au titre de toutes les conventions d'assurance vie et maladies graves provisoire conclues avec nous correspond au montant d'assurance demandé pour cet assuré, y compris le montant des garanties décès accidentel, ou à 1 000 000 \$, selon le moins élevé de ces montants.
 5. Relativement à la prestation maximum payable pour un assuré, la prestation payable au titre de la présente convention a prépondérance sur toute prestation payable au titre d'une convention d'assurance vie provisoire.
 6. Si nous vous versons une prestation au titre de la présente convention, nous vous rembourserons toute prime perçue pour la couverture d'assurance qui excède la prestation maximum payable pour cet assuré au titre de la présente convention.
 7. La couverture d'assurance maladies graves provisoire établie sur la tête de l'assuré prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :
 - date à laquelle nous délivrons un document contractuel à la suite de la présente *Demande de modification*;
 - date à laquelle nous vous envoyons par la poste un avis de refus de votre demande d'assurance maladies graves;
- date à laquelle une prestation est payable au titre de la présente convention;
 - date à laquelle nous vous envoyons par la poste un avis de résiliation de l'assurance prévue par la présente convention;
 - 90^e jour suivant la date à laquelle vous signez la présente *Demande de modification*, sauf si l'assuré reçoit un diagnostic définitif d'une affection couverte et se trouve dans la période d'attente fixée pour cette affection, auquel cas la couverture d'assurance maladies graves provisoire de l'assuré :
 - se limite à cette affection; et
 - prend fin à la date à laquelle la période d'attente fixée pour cette affection prend fin, lorsque l'assuré survit à la période d'attente, ou à la date du décès de l'assuré, lorsqu'il n'y survit pas.

La présente convention prend fin à la date spécifiée ci-dessus, que nous vous ayons remboursé ou non la prime que vous avez payée au titre de la présente *Demande de modification*.

8. Si nous établissons un contrat d'assurance maladies graves selon les conditions de la présente *Demande de modification*, nous affectons votre premier paiement aux primes exigibles au titre du contrat. Si nous refusons votre demande de modification, ou si nous vous offrons un document contractuel à des conditions autres que celles énoncées dans votre *Demande de modification* et que vous n'acceptez pas le document contractuel, nous vous rembourserons votre paiement.

Exclusions et restrictions

Aucune prestation SoinsVie, Intervention rapide ou Rétablissement n'est payable au titre de la présente convention.

Les restrictions et exclusions décrites dans le contrat standard s'appliquent. Aucune prestation ne sera versée au titre de la présente convention pour les affections couvertes « cancer » et « tumeur cérébrale bénigne », telles qu'elles sont définies dans le contrat standard.

Section 11 – Renseignements exigés dans le cas d’une assurance invalidité

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

- ▶▶ Remplissez cette section si vous demandez une modification à une assurance invalidité.
▶▶ Ne remplissez pas cette section si vous demandez une modification à une solution Synergie.

11.1 Renseignements sur la profession/le travail

- a. Profession/travail
- b. Désignation professionnelle/diplôme
- c. Depuis combien d’années exercez-vous cette profession?
Si moins de deux ans, veuillez indiquer votre situation précédente.
- d. Nom et adresse de l’employeur (si vous êtes employé)
Nom et adresse de l’entreprise (si vous êtes travailleur autonome)
- e. Quelle est la nature des activités de l’entreprise?
- f. Si vous êtes travailleur autonome : Nbre d’associés/d’actionnaires Nombre de salariés à temps plein Nombre de salariés à temps partiel
- g. Depuis combien de temps (années/mois) travaillez-vous pour cet employeur ou à votre compte?
- h. Travaillez-vous à domicile? Non Oui Si *oui*, veuillez préciser :
1. Nombre d’heures de travail : par jour ou par semaine
2. Votre bureau est-il accessible au public? Non Oui
3. Y a-t-il des employés autres que des membres de votre famille qui travaillent à votre domicile? Non Oui
- i. Combien d’heures travaillez-vous par semaine?
- j. Travaillez-vous toute l’année? Oui Non Si *non*, veuillez spécifier les mois durant lesquels vous travaillez.
- k. Fonctions – Décrivez vos tâches et indiquez le pourcentage du temps consacré à l’exécution de chacune d’elles.

Tâches	Temps consacré	Description des tâches
1. Manuelles/physiques	%	
2. Administration/travail de bureau	%	
3. Vente	%	
4. Supervision :	%	
Bureau (y compris activités professionnelles, tâches de direction)	%	
Atelier/usine	%	
Chantier	%	

- l. Y aura-t-il des changements au cours des 12 prochains mois qui auront des conséquences sur vos fonctions ou votre situation de travailleur?
 Non Oui Si *oui*, veuillez préciser :

- m. Avez-vous un emploi à temps partiel? Non Oui Si *oui*, veuillez préciser :

Emploi Revenu annuel net \$

Tâches

Section 11 – Renseignements exigés dans le cas d'une assurance invalidité (suite)

Section 11.2 – Renseignements financiers

a. **Quelle est votre situation d'emploi actuelle?** Cocher toutes les situations qui s'appliquent.

Votre T1 renvoie à la déclaration de revenus et de prestations la plus récente que vous avez faite à l'Agence du revenu du Canada.

- Employé (si vous avez déclaré un revenu dans votre T1, lignes 101 et 104)
- Ventes à commission (si vous avez déclaré un revenu dans votre T1, lignes 101 plus 104 moins ligne 229)
- Propriétaire unique (si vous avez déclaré un revenu dans votre T1, lignes 135 à 143)
- Associé (si vous avez déclaré un revenu net dans votre T1, lignes 135 à 143)
- Personne morale ou société (si vous avez déclaré un revenu net dans votre T1, lignes 101 et 104 **plus** votre part des pertes et des profits de l'entreprise)
-

b. **Quel a été votre revenu gagné annuel net assurable l'an dernier et il y a deux ans?** Inscrivez votre revenu de toutes les sources indiquées ci-dessus.

Revenu gagné annuel net assurable : il s'agit du revenu gagné par année, après déduction des dépenses d'entreprise admissibles, mais avant impôts, tel qu'on le déclare à l'Agence du revenu du Canada.

L'an dernier Il y a deux ans

c. **Si vous êtes un travailleur autonome, fractionnez-vous votre revenu aux fins de l'impôt?** Non Oui Si *oui*, indiquez le montant figurant sur le T4 de votre conjoint.

L'an dernier Il y a deux ans

Veillez joindre une copie du formulaire T4 de votre conjoint accompagnée de l'autorisation de ce dernier à ce que nous recueillions, utilisions et conservions les données qui y figurent.

d. **Prévoyez-vous que votre revenu gagné annuel net assurable pour cette année équivaudra à au moins 80 % de celui de l'année dernière?**

Non Oui ► Si *non*, veuillez donner des précisions.

e. **Votre situation de travailleur a-t-elle changé au cours des 12 derniers mois?** Non Oui Si *oui*, veuillez donner des précisions.

Revenu non gagné : il s'agit du revenu qui ne dépend **pas** de votre capacité de travailler, par exemple, revenu de placement, revenu de location, redevances, revenu de retraite ou revenu semblable.

f. **Calculez votre revenu non gagné de l'année dernière et estimez celui de cette année. Est-ce que l'un d'eux dépasse le moins élevé des montants suivants : 30 000 \$ et 15 % de votre revenu gagné annuel net assurable?** Non Oui Si *oui*, veuillez donner des précisions.

	Année en cours <input type="text" value=""/>	Année précédente <input type="text" value=""/>
Dividendes	\$	\$
Intérêts	\$	\$
Retraite	\$	\$
Gains en capital	\$	\$
Revenu net de location	\$	\$
Autre	\$	\$
Total	\$	\$

Valeur nette : il s'agit de la valeur de votre actif moins la valeur de votre passif.

g. **Votre valeur nette excède-t-elle 4 000 000 \$?** Non Oui Si *oui*, veuillez donner des précisions.

Actif		Passif	
Résidence	\$	Prêt hypothécaire résidentiel	\$
Autres biens immobiliers	\$	Autres prêts hypothécaires	\$
Biens personnels	\$	Prêts bancaires	\$
Capitaux propres dans l'entreprise ou le cabinet	\$	Autre	\$
Liquidités, actions, obligations	\$	Total	\$
Autre	\$		
Total	\$	Actif moins passif = valeur nette	

Section 11 – Renseignements exigés dans le cas d’une assurance invalidité (suite)

Section 11.3 – Vos autres contrats d’assurance invalidité

- a. Avez-vous droit à l’assurance emploi? Non Oui
- b. Avez-vous droit aux indemnités d’accident du travail? Non Oui
- c. Y a-t-il une autre assurance invalidité en vigueur ou à l’étude? Non Oui Si *oui*, remplissez le tableau ci-après.

On entend toute assurance personnelle, collective, crédit, souscrite par l’entremise d’une association, de protection du salaire, accident seulement, frais généraux ou rachat d’actions en cas d’invalidité ou tout autre genre d’assurance offrant des prestations d’invalidité, établie ou à l’étude dans quelque pays que ce soit.

Société d’assurance	À l’étude		Date d’établissement (mmmm/aaaa)	Rente mensuelle	Période d’attente	Durée de la rente	Rachat d’actions	Frais généraux	Rente imposable?		Remplacement d’assurance?	
	Oui	Non							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"/>	<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"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Au Québec seulement, si la présente demande vise à remplacer un contrat d’assurance invalidité existant, veuillez remplir et joindre les formulaires de remplacement exigés.

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

Section 11.4 – Questionnaire sur les maux de dos

►► Remplissez cette section si vous demandez une modification à une assurance invalidité et que vous avez répondu *oui* à la question m. de la section 7.3.

- a. Avez-vous déjà eu des douleurs au dos? Non Oui
- b. Quelle région du dos était touchée? cou (région cervicale) milieu du dos (région thoracique) bas du dos (région lombaire)
- c. Quelle était la cause de la douleur? problème de disque problème musculaire problème lié aux os

d. À quelle date remonte le premier épisode?

1. Pendant combien de temps les symptômes ont-ils persisté?

2. Vous êtes-vous absenté du travail? Non Oui Si *oui*, veuillez donner des précisions, y compris la durée de l’absence.

e. Y a-t-il eu récurrence des symptômes? Non Oui

1. Veuillez indiquer les dates ainsi que la durée de chaque récurrence.

2. Vous êtes-vous absenté du travail? Non Oui Si *oui*, veuillez donner des précisions, y compris la durée de l’absence.

f. À quand remonte la dernière fois où vous avez éprouvé des douleurs au dos?

g. Quels traitements ou tests, y compris les radiographies, avez-vous subis?

(Indiquez les dates, la durée, le nom exact des tests, les résultats ainsi que les traitements reçus.)

h. Veuillez indiquer le nom et l’adresse des professionnels de la santé consultés.

Spécifiez : médecin chiropraticien autre (précisez) _____

Section 11 – Renseignements exigés dans le cas d’une assurance invalidité (suite)

i. Vos mouvements et vos activités sont-ils restreints en raison de vos maux de dos? Non Oui Si *oui*, veuillez donner des précisions.

1. Ces restrictions en raison de vos maux de dos altèrent-elles votre capacité de travailler?

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

Section 11.5 – Frais généraux

►► Remplissez cette section si vous demandez la modification d’une assurance invalidité Parafrais Plus.

a. Combien de personnes partagent les frais?

b. Quelle proportion des frais assumez-vous?

Nota : S’il y a plus de quatre associés, veuillez joindre une copie de la convention de partage des frais.

c. Quel est le nombre total d’employés?

1. Veuillez indiquer les postes ainsi que le nombre de personnes occupant chaque poste (p. ex. réceptionniste : 2, commis comptable : 1, etc.)

Poste et nombre de personnes occupant ce poste	Poste et nombre de personnes occupant ce poste
Poste et nombre de personnes occupant ce poste	Poste et nombre de personnes occupant ce poste
Poste et nombre de personnes occupant ce poste	Poste et nombre de personnes occupant ce poste

d. Quels sont les frais mensuels moyens engagés pour l’exploitation de votre entreprise?

Ne **pas** inclure les frais engagés suivants :

- le coût de marchandise destinée à la vente, de fournitures ou d’ajouts au stock;
- les salaires, les honoraires, les frais liés au compte de retraits ou à la rémunération de la personne à assurer, de tout membre de la profession de la personne à assurer ou d’une profession connexe, ou de toute personne qui partage les frais commerciaux de la personne à assurer;
- les frais de déplacement et de représentation.

Frais	Votre part
1. a. Location ou	
b. Impôt foncier et intérêts sur hypothèque plus dépréciation et paiements de principal	
2. Entretien de bureau	
3. Services publics (chauffage, eau, électricité)	
4. Téléphone, poste, téléavertisseur, télécopieur et répondeur	
5. Salaire des employés et avantages sociaux (à l’exclusion de ce qui est mentionné ci-dessus)	
6. Frais d’une société de gestion (à l’exclusion d’une entreprise familiale)	
7. Services comptables	
8. Cotisations à une association professionnelle	
9. Primes d’assurance des biens et de responsabilité civile	
10. a. Location d’équipement ou	
b. paiements d’intérêts plus le plus élevé des montants suivants : amortissement prévu ou paiements de principal pour l’équipement	
11. Paiements de principal et d’intérêts au titre d’emprunts commerciaux contractés auprès d’une institution financière pour acheter l’entreprise	
12. Autres frais mensuels fixes (normaux et habituels) :	
a.	
b.	
Total	

Section 12 – Autorisations, conventions et signatures

Dans la présente section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient aux personnes à assurer, au(x) titulaire(s) du contrat, au père, à la mère ou au tuteur de tout enfant à assurer ayant moins de 18 ans (moins de 16 ans hors du Québec) et à tout nouveau titulaire du contrat 2.

Veillez lire la présente section attentivement et en entier. 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 demande. Vous ne pouvez modifier le libellé de la section 12 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 de 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 demande, 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 des médecins, praticiens, hôpitaux, établissements paramédicaux, sociétés d'assurance et autres organismes, personnes ou sources possédant des renseignements ou des dossiers sur vous, votre situation financière ou votre état de santé, les renseignements 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 demande;
- 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, étudier votre demande, estimer les 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'assurance sociale et 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 sociétés affiliées, nos employés et nos 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 de 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.

Section 12 – Autorisations, conventions et signatures (suite)

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 demande :

- feront partie des contrats imprimés à la suite de la présente demande, et
- seront communiqués à tous les titulaires de ces contrats imprimés ainsi qu'à tout titulaire ultérieur, même si vous n'êtes ni l'une des personnes à assurer au titre de ces contrats imprimés ni le titulaire.

Protection et conservation de vos renseignements personnels

Nous protégeons les renseignements personnels que nous recueillons et nous les mettons en sûreté en les stockant 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 le secteur des services financiers;
- période nécessaire pour administrer nos produits et services.

Advenant que votre demande soit refusée, les conventions ainsi que les autorisations et le consentement que vous avez fournis dans l'ensemble de la présente demande 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'assurance sociale et 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.

Pour révoquer votre consentement, vous devez remplir le formulaire approprié 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

1 888 626-8543, pour toutes les autres provinces, ou écrivez à notre Bureau de la protection des renseignements personnels à l'adresse indiquée à la page 36.

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.

Pour vous prévaloir de l'option de refus du marketing direct, veuillez communiquer avec notre Centre de service à la clientèle à l'un des numéros suivants :

1 888 626-8843 au Québec

1 888 626-8543 dans toutes les autres provinces.

Si le contrat, ou toute garantie complémentaire (ou avenant) prévoyant un capital-décès, contient une clause *Suicide*

Vous convenez que le montant à verser au décès d'un assuré qui se suicide sera déterminé comme suit :

- Si le suicide est commis **au cours de la période** stipulée dans la clause *Suicide* du contrat, nous paierons le montant prévu par cette clause.
- Si le suicide est commis **après la période** stipulée dans la clause *Suicide* du contrat, mais dans les deux ans suivant la date d'établissement de la couverture résultant
 - d'une augmentation du montant d'assurance du contrat ou de la garantie (ou avenant) pour cet assuré, ou
 - de l'ajout pour cet assuré d'une garantie (ou avenant) prévoyant un capital-décès,

nous verserons le montant stipulé dans la clause *Capital-décès* sans égard à l'augmentation ou à l'ajout. Nous rembourserons, en outre, tout montant payé à titre de prime ou déduit pour couvrir le coût de l'assurance, relativement à cette augmentation ou à cet ajout.

Section 12 – Autorisations, conventions et signatures (suite)

Conditions relatives aux modifications apportées à un contrat

Une modification de contrat prend effet lorsque

- la somme qui nous est due à la suite de la modification est payée et
- la modification a été approuvée à notre siège social, pourvu qu'il n'y ait eu aucun changement dans l'assurabilité des assurés depuis que la présente demande a été remplie.

La présente demande comprend les pages 1 à 36 ainsi que toutes les déclarations écrites soumises relativement à celle-ci. En signant à la page 33 ou 34, vous convenez de ce qui suit :

- Vous nous demandez d'apporter au contrat 1 les modifications ou ajouts indiqués à la section 1 de la présente demande. Vous nous autorisez à modifier le contrat ou à établir un contrat de remplacement au besoin.
- Nous pouvons annuler toute modification dans les deux ans suivant la modification si une personne à assurer ou un titulaire du contrat déclare un fait important de façon inexacte, ou déforme frauduleusement ou omet de divulguer un fait qui aurait influé sur notre décision de permettre la modification ou sur la prime à facturer après la modification, peu importe que la fausse déclaration ou la non-divulgation se produise :
 - dans la *Demande de modification*; ou
 - dans un formulaire d'attestation médicale; ou
 - dans des déclarations ou réponses écrites fournies à titre de preuve d'assurabilité.

Si un assuré décède au cours de cette période de deux ans, nous pouvons exercer notre droit de contestation en tout temps. Nous pouvons également l'exercer en tout temps en cas de déclaration frauduleuse ou de déclaration erronée de l'âge ou relative à une invalidité totale.

- Lorsqu'on vous délivre le contrat modifié ou des documents attestant la modification que vous avez demandée, vous en acceptez les conditions, y compris toute modification de ces conditions.
- Les autorisations que vous accordez demeureront en vigueur après le décès du titulaire du contrat et des personnes à assurer, afin que nous puissions étudier toute demande de règlement au titre du contrat.
- Si la prime ou le coût de l'assurance pour ce contrat augmente par suite de la demande de modification, les titulaires du compte bancaire sur lequel seront effectués les prélèvements nous autorisent à porter le montant des prélèvements au montant nécessaire pour couvrir l'augmentation. Ils renoncent au droit de recevoir un préavis de 10 jours dans le cas d'une telle augmentation.
- Dans le cas d'un contrat d'assurance vie universelle ou d'un contrat Performax Or, nous avons le droit de changer la date du prélèvement mensuel pour que celle-ci précède d'au moins quatre jours la date d'anniversaire du contrat.

- Dans le cas d'une remise en vigueur, si les primes étaient acquittées ou les paiements étaient effectués au moyen d'un plan de prélèvement mensuel automatique sur le compte et
- si le contrat est tombé en déchéance dans les trois derniers mois, nous rétablirons le plan. Les titulaires du compte bancaire sur lequel seront effectués les prélèvements **doivent signer à la section 12** pour nous autoriser à porter le montant des prélèvements au montant nécessaire pour maintenir le contrat en vigueur à la suite de la modification ou de la remise en vigueur demandée;
- si le contrat est tombé en déchéance il y a plus de trois mois, le payeur doit remplir le formulaire *Demande d'établissement d'un nouveau plan de prélèvement mensuel automatique ou de modification d'un plan existant* (NN0312F), pour confirmer les renseignements nécessaires à l'établissement du plan de prélèvement automatique relatif au contrat remis en vigueur.

Section 12 – Autorisations, conventions et signatures (suite)

Signatures exigées pour le contrat 1

Veuillez revoir la présente demande, y compris les autorisations et conventions des pages 30, 31 et 32, et signer ci-dessous.

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

- vous avez lu la présente demande 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 rempli la section 9 en vue de transformer une assurance temporaire, d'exercer le droit d'option afférent à une garantie OAG ou PVE ou de résilier une couverture conjointe dernier décès UltraVision pour ensuite établir une ou plusieurs couvertures individuelles portant la date courante, vous acceptez les conditions qui y sont énoncées;
- dans le cas où la présente demande donne lieu à l'établissement d'un nouveau contrat, vous avez lu la version définitive du projet informatisé du contrat (si nous en exigeons un) et l'avez comprise et vous savez qu'il se peut que certaines valeurs ne soient pas garanties; vous communiquerez avec nous immédiatement si vous avez des doutes sur le projet informatisé;
- si vous avez droit à l'assurance provisoire, vous avez lu et compris l'Attestation d'assurance vie provisoire ou l'Attestation d'assurance maladies graves provisoire ou les deux, selon le cas (voir les pages 24 et 25), et il est entendu que l'assurance provisoire s'applique uniquement aux personnes à assurer qui satisfont aux conditions d'admissibilité, sans égard au montant de la prime versée avec la présente demande;
- vous acceptez les conditions énoncées dans la présente demande;
- une copie des présentes autorisations et conventions est aussi valide que l'original.

Nota : Si le titulaire du contrat est une personne morale ou une société, 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, s'il s'agit d'une société par actions. **Si la société par actions n'a pas de sceau et que vous êtes la seule personne autorisée à signer en son nom, veuillez signer dans la case où devrait signer le titulaire du contrat 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/2011)*	*Si toutes les signatures sont obtenues le même jour, n'indiquez la date qu'une seule fois, ici.
----------------------------	--	--

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

Signature de l'enfant à assurer s'il est âgé de 18 ans ou plus (16 ans ou plus hors du Québec) X	Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)
---	--------------------------	---------------------

Signature du titulaire du contrat 1 (s'il ne s'agit ni de l'assuré « A » ni de l'assuré « B ») X	Titre (s'il s'agit d'un signataire autorisé d'une personne morale ou d'une société)	Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature du titulaire du contrat 1 (s'il ne s'agit ni de l'assuré « A » ni de l'assuré « B ») X	Titre (s'il s'agit d'un signataire autorisé d'une personne morale ou d'une société)	Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)

Dans le cas d'une personne morale ou d'une société : 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 par actions 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) X
--------------------------	---

Signature du cessionnaire en garantie/créancier hypothécaire du contrat 1 X	Titre (s'il s'agit d'un signataire autorisé d'une personne morale ou d'une société)	Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature du cessionnaire en garantie/créancier hypothécaire du contrat 1 X	Titre (s'il s'agit d'un signataire autorisé d'une personne morale ou d'une société)	Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)

Signature du bénéficiaire irrévocable du contrat 1 (le cas échéant) X	Signature du témoin X
--	--------------------------

Si une personne à assurer est âgée de moins de 18 ans (moins de 16 ans hors du Québec), le père, la mère ou le tuteur de cette dernière doit signer ci-dessous pour signifier qu'il ou qu'elle consent à la soumission de la présente demande.

Lien avec la personne à assurer : père mère tuteur

Signature du père, de la mère ou du tuteur X	Signature du témoin X
---	--------------------------

Suite des signatures à la page suivante.

Section 12 – Autorisations, conventions et signatures (suite)

Communication de vos renseignements personnels à votre conseiller

Autorisez-vous la Financière Manuvie à communiquer à votre conseiller les renseignements suivants, si ces derniers ont une incidence sur l'étude de votre demande?

- Ses constatations concernant votre tension artérielle, votre taux de cholestérol ou votre rapport taille-poids;
- tout renseignement fourni dans la présente demande ou au cours d'un entretien téléphonique ou d'un examen paramédical.

Personne à assurer « A » Oui Non

Personne à assurer « B » Oui Non

Si vous ne répondez pas à cette question, nous communiquerons les renseignements à votre conseiller. Ce dernier peut utiliser ces renseignements pour discuter avec vous des diverses options d'assurance qui s'offrent à vous.

Signatures exigées pour le contrat 2

Une description du contrat 2 est donnée à la section 9.

Signature du titulaire du contrat 2 (s'il ne s'agit pas d'un titulaire du contrat 1) X	Titre (s'il s'agit d'un signataire autorisé d'une personne morale ou d'une société)	Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature du titulaire du contrat 2 (s'il ne s'agit pas d'un titulaire du contrat 1) X	Titre (s'il s'agit d'un signataire autorisé d'une personne morale ou d'une société)	Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)

Dans le cas d'une personne morale ou d'une société : 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 par actions et que celle-ci ne possède pas de sceau. Vous devez également signer ci-dessus.

Signature du cessionnaire en garantie/créancier hypothécaire du contrat 2 (si le contrat 2 est un contrat existant) X	Titre (s'il s'agit d'un signataire autorisé d'une personne morale ou d'une société)	Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature du cessionnaire en garantie/créancier hypothécaire du contrat 2 (si le contrat 2 est un contrat existant) X	Titre (s'il s'agit d'un signataire autorisé d'une personne morale ou d'une société)	Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)

Signature du bénéficiaire irrévocable du contrat 2 (le cas échéant) X	Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)
---	---------------------------------	---------------------

Autorisation relative aux prélèvements mensuels

▶▶ **Ne signez pas ci-dessous si vous êtes un assuré au titre du contrat 1 ou du contrat 2 ou que vous en êtes un titulaire.**

▶▶ **Veillez signer ci-dessous si vous êtes un titulaire du compte bancaire sur lequel seront effectués les prélèvements et que vous n'êtes ni un assuré au titre du contrat 1 ou du contrat 2 ni un titulaire de ces contrats, et si :**

- **vous nous demandez d'établir un plan de prélèvement mensuel automatique sur le compte ou**
 - **le montant des prélèvements mensuels automatiques pour ce contrat augmente par suite de la modification demandée ou**
 - **les prélèvements mensuels automatiques pour ce contrat reprennent par suite de la remise en vigueur demandée.**
- 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 personne morale ou 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, s'il s'agit d'une société par actions. **Si la société par actions n'a pas de sceau et que vous êtes la seule personne autorisée à signer en son nom, 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'un assuré ni du titulaire du contrat)	Lien avec le titulaire du contrat
Signature du titulaire de compte n° 1 X	Titre (s'il y a lieu)

Dans le cas d'une personne morale ou d'une société : 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 par actions 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'un assuré ni du titulaire du contrat)	Lien avec le titulaire du contrat
Signature du titulaire de compte n° 2 X	Titre (s'il y a lieu)

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

Financière Manuvie

Autorisation de communiquer des renseignements – Personne « A »

Vous, votre et vos renvoient aux personnes à assurer et au père, à la mère ou au tuteur des enfants à assurer âgés de moins de 18 ans. *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 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, ou sur vos enfants ou leur état de santé, le cas échéant, de les partager avec nous ou avec les réassureurs concernés.

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

Si la personne à assurer a moins de 18 ans :

Lien avec la personne à assurer :

père mère tuteur

Signature du père, de la mère ou du tuteur X
Signature du témoin X

Financière Manuvie

Autorisation de communiquer des renseignements – Personne « B »

Vous, votre et vos renvoient aux personnes à assurer et au père, à la mère ou au tuteur des enfants à assurer âgés de moins de 18 ans. *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 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, ou sur vos enfants ou leur état de santé, le cas échéant, de les partager avec nous ou avec les réassureurs concernés.

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

Si la personne à assurer a moins de 18 ans :

Lien avec la personne à assurer :

père mère tuteur

Signature du père, de la mère ou du tuteur X
Signature du témoin X

Financière Manuvie Note de couverture

Somme reçue \$

En signant ci-dessous, le conseiller confirme que ce paiement s'applique à l'assurance demandée dans le présent document 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 demande 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 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.

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 s'il y a lieu, 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 l'adresse suivante :

Bureau de la protection des renseignements personnels –
Assurance individuelle, 25 Water Street S., P.O. Box 800 Stn C,
Kitchener (Ontario) N2G 4Y5

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

1 888 626-8543 pour toutes les autres provinces

Vous trouverez de plus amples renseignements sur notre processus de règlement des plaintes dans Internet à l'adresse www.manuvie.ca sous *Assistance aux consommateurs*.

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 > *Politique de confidentialité*.

Rapport du conseiller

Dans le présent rapport, *vous, votre* et *vos* renvoient au conseiller qui fait souscrire la couverture d'assurance.

1 Renseignements sur les conseillers

a. Veuillez nommer les conseillers qui ont joué un rôle dans la souscription ou la modification du contrat.

Si le conseiller gestionnaire indiqué ci-dessous n'est pas le conseiller gestionnaire initial, nous mettrons nos dossiers à jour de façon à ce que le nom du conseiller gestionnaire indiqué ci-dessous y figure. Seul le conseiller initial peut demander une substitution ou une modification de contrat.

1. Nom du conseiller gestionnaire (prénom et nom de famille)			2. Nom du conseiller (prénom et nom de famille)			3. 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 %	Code du conseiller	Code de la succursale	Pourcentage de la commission %

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"/> ans
<input type="checkbox"/> mois	<input type="checkbox"/> mois

b. Quelles exigences de tarification avez-vous demandées pour les personnes à assurer? Cocher toutes les cases pertinentes.

	Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »		Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »
Examen par un auxiliaire médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Électrocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen médical par un médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiographie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen médical par un interniste ou un cardiologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épreuve d'effort sur tapis roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rapport d'enquête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taille, poids et tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microanalyse des urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Titulaire Non Oui

Personne à assurer « A » Non Oui

Personne à assurer « B » Non Oui

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 demande.

d. Avez-vous rempli la présente demande en présence des personnes à assurer et des titulaires du contrat?

Non Oui

Si *non*, veuillez donner des précisions, à savoir comment et par qui la demande a été remplie.

3 Renseignements généraux

a. Si l'une des personnes à assurer remplit les critères correspondant à un indice-santé plus favorable que celui qui figure dans le projet informatisé, veuillez indiquer ce que vous voulez que nous fassions.

établir le contrat avec le montant d'assurance figurant dans le projet informatisé (la prime sera moins élevée que celle figurant dans le projet informatisé)

porter le montant d'assurance à un montant correspondant à la prime figurant dans le projet informatisé et établir le contrat selon l'indice-santé plus favorable (le montant d'assurance sera plus élevé et la prime sera la même que celle figurant dans le projet informatisé)

porter le montant d'assurance à un montant qui se situe dans les limites des exigences en fonction de l'âge et du montant (la prime sera plus élevée et le nouveau montant d'assurance devra être soumis à une tarification financière avant d'être approuvé)

b. Veuillez indiquer tout renseignement qui pourrait nous être utile dans l'étude de la présente demande, ainsi que toute date de contrat particulière ou autre demande.

4 Attestation du conseiller

En signant ci-dessous :

- vous confirmez être titulaire de tous les permis et certificats nécessaires pour faire remplir la présente *Demande de modification* dans la région où l'opération est effectuée;
- 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 requis et, s'il y a lieu, nous avoir fourni ces documents;
- vous confirmez avoir communiqué au(x) titulaire(s) de ce contrat les renseignements suivants :
 - le nom de la compagnie ou des compagnies 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 bonis, d'invitations à des congrès ou d'autres incitatifs; et
 - tout conflit d'intérêts que vous pourriez avoir relativement à l'opération en cause.



Nom du conseiller (prénom et nom de famille)	Code du conseiller
Signature X	Adresse électronique ou n° de téléphone du conseiller