

Demande de versement d'une avance humanitaire Déclaration du demandeur

Instructions à l'intention de l'assuré et du titulaire

- L'assuré doit être atteint d'une maladie en phase terminale et avoir une espérance de vie de 24 mois ou moins. Le droit à l'avance est assujéti aux conditions de la Financière Manuvie. Si elle accorde l'avance, la Financière Manuvie préparera les formulaires de convention d'avance sur police à faire signer par le titulaire.
- L'assuré doit remplir les pages 1 à 3.
- Si l'assuré n'est pas le titulaire du contrat, le titulaire du contrat doit signer la présente Déclaration du demandeur. Si l'avance est accordée, elle sera versée au titulaire du contrat.
- Le médecin traitant de l'assuré doit remplir les pages 4 et 5.
- Les frais pour faire remplir le formulaire « Déclaration du médecin traitant » sont à votre charge.
- Si vous avez des questions, communiquez avec votre conseiller en assurance ou appelez notre centre Client privilégié au 1 888 626-8843. À l'extérieur du Québec, composez le 1 888 626-8543.
- Dans la présente Déclaration du demandeur, *vous, votre* et *vos* renvoient à l'assuré, sauf dans la section Signatures où *vous, votre* et *vos* peuvent renvoyer au titulaire du contrat si ce dernier n'est pas l'assuré. *Nous, notre* et *nos* renvoient à l'assureur du contrat nommé ci-dessous.

1 Renseignements sur l'assuré	Numéro du ou des contrats	Prénoms et nom de famille		
	Adresse		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
	Ville	Province	Code postal	
	N° de téléphone ()			
	Fumez-vous ou faites-vous usage d'autres produits du tabac? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « Oui », indiquez votre consommation quotidienne : Cigarettes _____ Pipe _____ Autre _____			
	Depuis combien de temps fumez-vous ou faites-vous usage du tabac?		Avez-vous déjà cessé de fumer ou de faire usage du tabac? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « Oui », quand? _____ Si « Oui », pendant combien de temps? _____	
	2 Renseignements détaillés sur l'avance	Montant de l'avance demandée		Choisissez l'une des options suivantes :
\$		<input type="radio"/> Paiement par chèque <input type="radio"/> Paiement par virement automatique (veuillez joindre un chèque portant la mention « nul » à la présente page)		
3 Renseignements sur la maladie	Décrivez la nature et l'étendue de votre maladie			
	Quels symptômes ont précédé le diagnostic de la maladie et quand sont-ils apparus?			
	Quel traitement avez-vous suivi et suivez-vous actuellement en rapport avec votre maladie? (médication, thérapie, chirurgie, etc.)			
	Type de traitement	Établissement / Médecin traitant	Date (jj/mmmm/aaaa)	

4 Renseignements sur vos médecins

Renseignements sur votre médecin de famille :

Nom	
Adresse	
Date de la première visite (jj/mmmm/aaaa)	Date de la dernière visite (jj/mmmm/aaaa)

Renseignements sur tous les médecins que vous avez consultés au cours des cinq dernières années : (au besoin, utilisez une feuille distincte)

Nom	
Adresse	
Date de la première visite (jj/mmmm/aaaa)	Date de la dernière visite (jj/mmmm/aaaa)

Nom	
Adresse	
Date de la première visite (jj/mmmm/aaaa)	Date de la dernière visite (jj/mmmm/aaaa)

Nom	
Adresse	
Date de la première visite (jj/mmmm/aaaa)	Date de la dernière visite (jj/mmmm/aaaa)

Nom	
Adresse	
Date de la première visite (jj/mmmm/aaaa)	Date de la dernière visite (jj/mmmm/aaaa)

Nom	
Adresse	
Date de la première visite (jj/mmmm/aaaa)	Date de la dernière visite (jj/mmmm/aaaa)

5 Autorisation et consentement

Avant de signer, lisez l'importante information ci-contre sur la collecte et l'utilisation de tout renseignement personnel relié à la présente Déclaration du demandeur.

Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

En signant ci-dessous, vous nous autorisez à utiliser les renseignements personnels que nous recueillons :

- pour confirmer votre identité et vous identifier d'une manière unique; et
- pour évaluer et déterminer votre droit à l'avance et pour administrer l'avance ainsi que toute demande de règlement afférente au contrat.

En signant ci-dessous, vous autorisez tout médecin, praticien, professionnel de la santé, hôpital, clinique ou autre établissement médical ou paramédical, compagnie d'assurance et autre organisme, institution, association ou personne possédant des renseignements ou des dossiers sur vous, à nous communiquer, à nous et aux réassureurs concernés, ainsi qu'à échanger avec nous et avec les réassureurs concernés, tout renseignement sur vous dont nous avons besoin pour évaluer ou administrer l'avance.

Conservation des renseignements personnels

En signant ci-dessous, vous nous autorisez à conserver les renseignements personnels que nous recueillons pendant la plus longue des périodes suivantes :

- période prescrite par la loi et par les directives établies pour l'industrie des services financiers; ou
- période nécessaire pour administrer l'avance et toute demande de règlement ultérieure afférente au contrat.

Accès aux renseignements personnels

Nous protégeons les renseignements personnels que nous recueillons et nous les mettons en sûreté en les consignants dans un dossier individuel. Seuls les personnes et fournisseurs de services suivants ont accès aux renseignements personnels :

- nos employés et agents qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches;
- les réassureurs concernés;
- les fournisseurs de services externes qui en ont besoin pour nous fournir leurs services, notamment :
 - les enquêteurs de sinistres et les organismes d'enquête;
 - votre conseiller en assurance et toute agence d'assurance qui emploie le conseiller ou l'a nommé son agent, directement ou indirectement, ainsi que leurs employés;
- les personnes à qui vous avez accordé l'accès; et
- les personnes autorisées par la loi à consulter les renseignements personnels.

Révocation de votre consentement

Vous pouvez révoquer votre consentement à ce que nous recueillions, utilisions, communiquions et conservions les renseignements personnels dont nous avons besoin pour évaluer et administrer l'avance.

Si vous révoquez votre consentement ou si nous n'avons pas un consentement valide, tel que décrit dans la présente Déclaration du demandeur, avant que la demande d'avance soit évaluée et traitée, nous ne verserons pas d'avance.

Pour révoquer votre consentement à ce que nous recueillions, utilisions ou communiquions vos renseignements personnels, appelez notre centre Client privilégié au 1 888 626-8843 ou, hors du Québec, au 1 888 626-8543, ou écrivez au Bureau de la protection des renseignements personnels à l'adresse ci-dessous.

Votre droit de consulter les renseignements personnels ou de recevoir des renseignements additionnels

Vos renseignements personnels seront utilisés et stockés de la façon décrite dans le document sur notre politique et nos procédures, que vous pouvez obtenir :

par la poste :

Financière Manuvie
Bureau de la protection
des renseignements personnels,
Assurance individuelle
25 Water St. S.
PO Box 800, Strn. C
Kitchener (Ontario) N2G 4Y5

OU sur notre site Web :

www.manuvie.ca>Politique de confidentialité

6 Signatures

Dans la présente section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient à l'assuré et au titulaire du contrat, si celui-ci n'est pas l'assuré.

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

- à votre connaissance, tous les renseignements contenus dans la présente Déclaration du demandeur sont à jour, exacts et complets;
- vous acceptez les conditions de la présente Déclaration du demandeur;
- vous faites toutes les déclarations et attestations, et donnez toutes les autorisations contenues dans la présente Déclaration du demandeur; et
- vous convenez qu'une photocopie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.

Signature de l'assuré

X

Date (jj/mmmm/aaaa)

Signature du titulaire du contrat

X

Date (jj/mmmm/aaaa)

Cette page a été
laissée en blanc
intentionnellement.

Demande de versement d'une avance humanitaire Déclaration du médecin traitant

- Le Programme d'assistance humanitaire consiste à avancer des fonds d'un contrat d'assurance vie avant le décès d'une personne qui a reçu un diagnostic attestant que son espérance de vie est de moins de 24 mois.
- Les frais pour faire remplir le présent formulaire sont à la charge du patient.
- Les renseignements contenus dans la présente Déclaration du médecin traitant seront consignés dans un dossier d'assurance vie individuelle et pourront être consultés par le patient ou par des tiers autorisés par lui ou par la loi. En remplissant le présent formulaire, vous consentez à la communication (sans modifications) de ces renseignements.
- Dans la présente Déclaration du médecin traitant, *vous, votre* et *vos* renvoient au médecin qui la remplit; *nous, notre* et *nos* renvoient à la compagnie qui fournit la couverture d'assurance sur la tête du patient nommé ci-dessous.

1 Renseignements sur le patient, le diagnostic et le pronostic	Prénoms et nom de famille du patient	
	Diagnostic primaire (joindre une copie de tout rapport de pathologie chirurgicale ou de consultation à l'appui du diagnostic)	
	Date d'apparition des symptômes (jj/mmmm/aaa)	Date du diagnostic (jj/mmmm/aaa)
	Quel est l'état ou le stade actuel de la maladie?	
	Quel est le pronostic? Pensez-vous que l'espérance de vie du patient est inférieure à 24 mois?	
	À votre connaissance, le patient fume-t-il ou fait-il usage de produits du tabac? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Si « Oui », indiquez la consommation quotidienne : Cigarettes _____ Pipe _____ Autre _____		
Depuis combien de temps le patient fume-t-il ou fait-il usage du tabac?	Le patient a-t-il déjà cessé de fumer ou de faire usage du tabac? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si « Oui », quand? _____ Si « Oui », pendant combien de temps? _____	
2 Renseignements sur le traitement	Nature du traitement (indiquez le traitement suivi à ce jour et les procédures ou traitements prévus relativement au diagnostic)	

2 Renseignements sur le traitement (suite)

Avez-vous traité ou conseillé le patient au cours des cinq dernières années, avant la dernière maladie? Oui
Si « Oui, » précisez : Non

Nature de la maladie	Dates approximatives (jj/mmmm/aaaa)

À votre connaissance, au cours des cinq dernières années, le patient a-t-il reçu un traitement d'un autre médecin, hôpital ou établissement? Oui Non Si « Oui, » précisez :

Nom (médecin, hôpital)	Adresse
Nature de la maladie	Dates approximatives (jj/mmmm/aaaa)
Nom (médecin, hôpital)	Adresse
Nature de la maladie	Dates approximatives (jj/mmmm/aaaa)
Nom (médecin, hôpital)	Adresse
Nature de la maladie	Dates approximatives (jj/mmmm/aaaa)

3 Signature du médecin

En signant ci-dessous, vous confirmez :

- que vous savez que nous pouvons communiquer les renseignements que vous nous fournissez au patient, aux réassureurs concernés, aux administrateurs externes et, si la loi le permet, aux autres compagnies d'assurance pour leur permettre d'administrer l'assurance afférente au patient; et
- qu'à votre connaissance, les renseignements sur le patient contenus dans la présente déclaration sont à jour, exacts et complets.

Prénoms et nom de famille (en caractères d'imprimerie)		
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Signature		Date (jj/mmmm/aaaa)
		