

**Veillez envoyer le présent  
formulaire dûment rempli à :**  
Règlements, Prestations du vivant  
Financière Manuvie  
2 Queen Street East, 5th Floor  
P.O. Box 4606, Stn. A  
Toronto (Ontario) M5W 4Z2

- *Vous, votre* et *vos* renvoient à l'assuré.
- *Nous, notre* et *nos* renvoient à l'assureur qui a établi le contrat indiqué à la section 1.
- Répondre à toutes les questions. L'omission de renseignements pourrait retarder le traitement de la demande de règlement.
- Pour toute question, composer le 1 866 575-0684.
- Prière d'écrire en caractères d'imprimerie.

<b>1 Renseignements personnels</b>	Numéro du contrat		Nom de l'assuré (prénom et nom de famille)		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)		
	Adresse (numéro et rue)					App.	
	Ville		Province	Code postal	Numéro de téléphone au domicile (       )		
	Nom de l'employeur						
	Adresse (numéro et rue)						
	Ville		Province	Code postal	Numéro de téléphone de l'employeur (       )		
	Titre du poste			Nature de l'emploi			
	Êtes-vous travailleur autonome? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			Votre revenu mensuel avant la maladie, après déduction des frais d'entreprise mais avant déduction de l'impôt sur le revenu.			
<b>2 Renseignements sur le sinistre</b>	1. Décrivez en détail la nature et la gravité de l'affection.						
	_____						
	_____						
	_____						
	2. À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus?					Date (jj/mmmm/aaaa – par exemple, 27/AVRIL/2007)	
	Décrivez ces symptômes.						
	_____						
3. À quelle date un médecin a-t-il été consulté pour la première fois en raison de l'affection?					Date (jj/mmmm/aaaa)		
Nom du médecin consulté				Numéro de téléphone (       )			
Adresse du médecin							
4. Était-il le médecin habituel de l'assuré? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non							
5. A-t-on procédé à des tests ou à des investigations? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non							
Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions et les dates. _____							
_____							
6. À quelle date l'affection a-t-elle été diagnostiquée?					Date (jj/mmmm/aaaa)		
7. Si une chirurgie a été nécessaire, à quelle date a-t-elle été pratiquée?					Date (jj/mmmm/aaaa)		

**2 Renseignements sur le sinistre (suite)**

8. L'assuré a-t-il précédemment souffert d'une affection similaire ou connexe ou été traité à cet égard? Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions et les dates.


9. Si le sinistre résulte d'un accident, veuillez décrire celui-ci et joindre une copie du rapport de police.


**3 Renseignements sur les consultations médicales**

1. Médecin que vous consultez régulièrement ou clinique où vous vous rendez régulièrement

Nom	Adresse

2. Médecins ou spécialistes consultés en raison de l'affection

Nom	Adresse	Date de consultation (jj/mmmm/aaaa)

3. Si l'assuré a été traité dans un hôpital ou un autre établissement similaire, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'hôpital	Ville	Date d'admission (jj/mmmm/aaaa)	Date de sortie (jj/mmmm/aaaa)

4. Quel autre traitement l'assuré a-t-il reçu ou reçoit-il actuellement en raison de son affection? (ex. : médicaments, thérapie, etc.)

Type de traitement	Établissement/Médecin prescripteur	Date (jj/mmmm/aaaa)

**4 Renseignements généraux**

1. Un membre de la famille immédiate de l'assuré (père, mère, frère ou sœur) a-t-il déjà souffert d'une affection similaire ou connexe? Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Lien de parenté	Nom de l'affection	Date à laquelle l'affection a été diagnostiquée pour la première fois (jj/mmmm/aaaa)

#### 4 Renseignements généraux (suite)

2. L'assuré est-il couvert par un contrat d'une autre société prévoyant le versement d'une prestation pour l'affection faisant l'objet de la présente demande de règlement? Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'assureur	Numéro du contrat	Type de garantie	Montant de la couverture	Une demande de règlement a-t-elle été soumise?	Date de souscription (jj/mmmm/aaaa)
			\$	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
			\$	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
			\$	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

3. L'assuré fait-il usage d'une forme quelconque de tabac, de marijuana,  Oui  Non de produits de nicotine ou de succédanés de nicotine?

Dans l'affirmative, indiquez la quantité par jour. \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps en fait-il usage? \_\_\_\_\_

Dans la négative, l'assuré en a-t-il déjà fait usage?  Oui  Non

Date (jj/mmmm/aaaa)

À quelle date l'assuré a-t-il cessé d'en faire usage?

4. Veuillez fournir ci-dessous tout renseignement supplémentaire à l'appui de votre demande.

---

---

---

#### 5 Autorisation, consentement et signatures

Veuillez lire attentivement la présente section. On y explique l'usage qui est fait de vos renseignements personnels.

**En apposant votre signature à la page 4, vous nous autorisez à recueillir, à utiliser, à communiquer et à conserver vos renseignements personnels et vous acceptez les méthodes par lesquelles nous le faisons.**

Vous ne pouvez modifier le libellé de la section 5 d'aucune façon. Toute tentative en ce sens sera sans effet. Si vous souhaitez révoquer votre consentement, consultez la section à cet effet à la page suivante.

#### 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 et d'administrer les dossiers relatifs aux demandes de règlement présentées au titre de votre contrat.

#### Collecte des renseignements personnels

Outre les renseignements personnels que vous fournissez dans le présent formulaire, nous pouvons recueillir :

- des renseignements au moyen d'une évaluation du crédit ou de solvabilité et d'une enquête sur la personne, incluant le recours à la surveillance vidéo;
- des renseignements sur votre emploi auprès de votre employeur;
- des renseignements sur votre revenu auprès de l'Agence du revenu du Canada;
- des renseignements commerciaux auprès de vos clients.

#### 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 de manière distinctive;
- confirmer l'exactitude des renseignements recueillis;
- nous conformer aux exigences légales et réglementaires;
- mener des recherches pour vous retrouver et mettre à jour vos coordonnées dans nos dossiers;
- effectuer une enquête sur une demande de règlement, et évaluer et administrer sur une base continue les dossiers relatifs aux demandes de règlement présentées au titre du contrat.

De plus, nous pouvons utiliser votre numéro d'assurance sociale et votre numéro d'entreprise (le cas échéant) pour vous identifier de manière distinctive, pour confirmer vos renseignements fiscaux auprès de l'Agence du revenu du Canada et pour remplir nos obligations en matière de déclaration fiscale.

#### Communication des renseignements personnels

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

- nos sociétés affiliées, employés et agents qui en ont besoin dans l'exercice de leurs fonctions;
- les réassureurs concernés;
- l'Agence du revenu du Canada;
- les fournisseurs de services externes qui en ont besoin pour nous fournir leurs services, notamment :
  - les enquêteurs de sinistres et 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, directement ou indirectement, ainsi que leurs employés;
- le Bureau de renseignements médicaux (BRM);
- les personnes à qui vous avez accordé cet accès;
- les personnes légalement autorisées à consulter vos renseignements personnels.

## 5 Autorisation, consentement et signatures (suite)

Vous pouvez demander un exemplaire de nos politiques et pratiques concernant le traitement des renseignements personnels en communiquant avec notre Bureau de la protection des renseignements personnels ou en visitant [www.manuvie.ca](http://www.manuvie.ca) > Politique de confidentialité.

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 leur être communiqués conformément aux lois de ces territoires de compétence.

### Protection et conservation des renseignements personnels

Nous protégeons les renseignements personnels que nous recueillons et nous les mettons en sûreté dans un dossier d'assurance individuelle. Nous conserverons 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;
- période nécessaire pour procéder à une enquête, et pour évaluer et administrer le dossier relatif à la présente demande de règlement et à toutes les demandes de règlement futures présentées au titre de votre contrat.

### Révocation de votre consentement

Vous pouvez révoquer votre consentement à ce que nous recueillions, utilisions, communiquions ou conservions les renseignements personnels qui nous sont nécessaires pour évaluer et administrer le dossier relatif à la demande de règlement sur une base continue.

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

- aucune prestation ne sera payable si vous révoquez votre consentement avant que la demande de règlement ne soit évaluée et traitée;
- vous ne pourrez exercer aucun des droits que vous confère le contrat sans notre consentement.

**Pour révoquer votre consentement** à ce que nous recueillions, utilisions ou communiquions vos renseignements personnels, vous pouvez appeler en tout temps notre Centre de service à la clientèle au 1 866 575-0684 ou écrire à notre Bureau de la protection des renseignements personnels à l'adresse ci-dessous.

### Votre droit de consulter vos renseignements personnels

Vous pouvez également demander à vérifier vos renseignements personnels figurant dans nos dossiers et faire corriger toute donnée inexacte en envoyant une demande écrite au :

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

Pour tout complément d'information, communiquez avec votre conseiller ou appeler à notre siège social à l'un des numéros suivants :

1 888 626-8843 au Québec ou 1 888 626-8543 hors du Québec.

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

## Signatures

Veillez revoir la présente demande, y compris les autorisations et conventions des pages 3 et 4, et signer ci-dessous.

En signant ci-dessous, vous confirmez que :

- vous avez lu la présente demande et que les déclarations qu'elle contient sont complètes, à jour et exactes;
- vous acceptez les conditions de la présente déclaration du demandeur;
- vous nous donnez votre autorisation et votre consentement, tel qu'il est indiqué dans la présente déclaration du demandeur;
- vous convenez qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Nom de l'assuré (en caractères d'imprimerie)

Signature de l'assuré

X

Date (jj/mmmm/aaaa)

Signature du bénéficiaire (dans les provinces et territoires de compétence applicables) ou d'un représentant légal si l'assuré est mineur ou inapte (joindre les documents pertinents)

X

Date (jj/mmmm/aaaa)

## 6 Autorisation de communiquer des renseignements

Une copie de la présente partie dûment remplie et signée sera remise aux hôpitaux ou autres organismes et tiendra lieu d'autorisation à nous communiquer des renseignements pour les besoins de la présente demande de règlement.

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

Signé à (ville)

Date (jj/mmmm/aaaa)

Signature de l'assuré

X

Signature du témoin

X