

Lorsqu'un assuré décède, utilisez ce formulaire seulement pour présenter une demande de règlement liée à des produits de placement ou d'assurance vie.

À la suite de l'examen du présent formulaire, vous pourriez devoir fournir des documents ou des renseignements additionnels. Si c'est le cas, nous vous en aviserons.

Chaque demandeur doit remplir un formulaire distinct.

Votre demande porte sur :

- Une demande de règlement d'assurance vie Une demande de règlement liée à des produits de placement Les deux



Renseignements requis pour remplir le formulaire

- Numéro de contrat (si disponible)
- Renseignements sur le défunt et son décès, y compris la date et la cause de celui-ci et les coordonnées du salon funéraire
- Pour l'assurance vie, renseignements sur les récentes visites aux médecins et aux hôpitaux
- Renseignements bancaires si vous souhaitez recevoir le paiement par dépôt direct
- Numéro d'entreprise, pour les bénéficiaires qui sont une personne morale
- Numéro d'assurance sociale du défunt, si vous présentez une demande de règlement au nom des ayants droit
- Nom et adresse du liquidateur, s'il y a lieu



Vous aurez besoin d'environ 15 minutes pour remplir le présent formulaire.

AVIS :

Nous vérifierons si le demandeur est le bon bénéficiaire avant de verser les fonds.

Si vous avez besoin de conseils plus généraux sur les mesures à prendre, le moment auquel elles doivent être prises, les coordonnées ou adresses postales, consultez le guide à la fin du présent formulaire.

1 Renseignements sur le défunt

Numéro de contrat		Numéros de contrats additionnels (séparés par une virgule)	
Prénom et nom du défunt	Date de naissance du défunt (jj/mmmm/aaaa)	Date du décès du défunt (jj/mmmm/aaaa)	
Lieu du décès du défunt (province, pays)	État matrimonial du défunt (à la date du décès)	SIN ou EN	
Cause du décès (Les réclamations d'assurance ne peuvent être payées sans ce renseignement.)			



IMPORTANT : La vieillesse et les causes naturelles ne sont pas considérées comme une cause médicale de décès. La vieillesse sera acceptée pour les personnes de 80 ans ou plus.

2 Renseignements sur le demandeur

En quelle qualité demandez-vous le versement des sommes assurées :

- bénéficiaire désigné liquidateur ou exécuteur testamentaire fiduciaire autre

Si autre, veuillez fournir des précisions.

Nom du demandeur (prénom et nom de famille) ou celui de l'entreprise (si le bénéficiaire est une personne morale)				
N° de bureau ou d'appartement	Adresse			
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
Lien avec le défunt				

2 Renseignements sur le demandeur (suite)

Nom et adresse postale du liquidateur ou exécuteur testamentaire

- Même adresse que ci-dessus Adresse différente

Nom du liquidateur ou exécuteur testamentaire (prénom et nom de famille)			
N° de bureau ou d'appartement	Adresse		
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone

Fournir le numéro d'assurance sociale (NAS) ou le numéro d'entreprise (NE) selon l'option sélectionnée.

Est-ce que vous :

- Faites la présente demande de règlement à titre de bénéficiaire Faites la présente demande de règlement à titre de fiduciaire d'un bénéficiaire Êtes un représentant de la succession Êtes le représentant d'un bénéficiaire qui est une société

Votre NAS	Le NAS du bénéficiaire	Le NAS du défunt	Le NE utilisé aux fins fiscales
-----------	------------------------	------------------	---------------------------------

Le numéro d'assurance sociale (NAS) ou le numéro d'entreprise (NE) est exigé pour la déclaration des intérêts et d'autres fins d'ordre fiscal, et pour confirmer votre identité. Si le demandeur n'a jamais obtenu de NAS ou de NE, veuillez inscrire « Aucun numéro ».

Le numéro d'entreprise du Québec (s'il y a lieu)
--

3 Demandes de règlement à l'égard des produits de placement

Si vous présentez seulement une demande de règlement d'assurance vie, veuillez passer à la section 4, Demandes de règlement d'assurance vie
Option de règlement : Le choix doit se faire selon les options de règlement offertes dans la lettre ou le Relevé – Renseignements sur la demande de règlement.

Choisir l'une des options suivantes :

- Paiement forfaitaire par chèque
- Paiement forfaitaire par dépôt direct dans le compte bancaire du demandeur auprès d'une institution financière canadienne
Ne s'applique pas aux contrats externes enregistrés ou non enregistrés. Veuillez fournir un chèque personnalisé portant la mention « NUL »).
- Verser les sommes dues dans un compte d'épargne à intérêt élevé de la Banque Manuvie
(fournissez un chèque personnalisé portant la mention « NUL » ou, pour présenter une demande d'ouverture de compte, communiquez avec votre conseiller ou rendez-vous à l'adresse banquemanuvie.ca)
- Virement des sommes assurées à une autre institution financière canadienne (veuillez fournir les renseignements suivants pour les fins du virement)

Nom de institution financière canadienne	Numéro du contrat
--	-------------------

Adresse de institution financière canadienne
--

Ces fonds sont virés à titre de prestation de décès, tel qu'il est permis en vertu de la clause applicable de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada. Ce virement nous libérera de toutes nos obligations à l'égard du ou des contrats susmentionnés.

- Virement interne (veuillez fournir les renseignements suivants pour les fins du virement)

Numéro du contrat auquel se fera le virement	Affectation des dépôts
--	------------------------

3 Demandes de règlement à l'égard des produits de placement (suite)

- Maintien du fonds distinct et du CIG (continuation des paiements) (FERR seulement)**
Maintien des dispositions du contrat à titre de propriétaire. Veuillez fournir un chèque personnalisé portant la mention « NUL » pour une institution financière canadienne et la date de naissance, tel qu'il est demandé à la Section 1.
- Maintien du fonds distinct et du CIG (continuation des paiements) (contrat non enregistré et REER)**
Maintien des dispositions du contrat. Un nouveau numéro de contrat sera attribué à des fins administratives seulement.
- Maintien du contrat de rente, s'il y a lieu**
Pour que les paiements soient déposés directement dans votre compte, veuillez joindre un chèque personnalisé portant la mention « NUL » à cette page. En choisissant cette option, vous et vos héritiers, liquidateurs, administrateurs et ayants droit convenez que toute somme versée à votre compte bancaire après votre décès nous sera remboursée pour distribution à la personne ou aux personnes, le cas échéant, qui y auront droit au titre du contrat.



Si vous présentez seulement une demande de règlement liée à des produits de placement, veuillez passer à la **section 6**, Renseignements sur le conseiller.

4 Demande de règlement d'assurance vie

Choisissez l'une des options suivantes pour le paiement des sommes dues :

Au besoin, discutez de vos options avec un conseiller.

- Paiement par chèque envoyé au :** Demandeur qui remplit le présent formulaire Conseiller figurant au dossier
- Paiement par dépôt direct**
(Institution financière canadienne seulement). **Ne s'applique pas aux membres de groupe Affinité: Diplômés, professionnels et détaillants.**
VEUILLEZ FOURNIR UN CHÈQUE PERSONNALISÉ PORTANT LA MENTION « NUL » OU RELEVÉ BANCAIRE DE DÉPÔT DIRECT.
 - Verser les sommes dues dans un compte d'épargne à intérêt élevé de la Banque Manuvie**
(fournir un chèque personnalisé portant la mention « NUL »; pour faire une demande d'ouverture de compte, communiquez avec votre conseiller ou rendez-vous à l'adresse banquemanuvie.ca).
 - Demande de souscription d'un nouveau contrat ou d'un contrat existant chez Manuvie**
Veuillez joindre le formulaire de demande ou de dépôt applicable.

Numéro de contrat

Au besoin, inscrire les données sur le paiement et le placement.
--
 - Virement aux termes d'une option de règlement offerte par nous**
(ne s'applique qu'aux règlements sous forme de rente déjà au dossier) Exemple : Rente certaine ou rente viagère – Remplir le formulaire *Demande de souscription de rente* (NN0486F).

5 Renseignements médicaux sur le défunt Demande de règlement d'assurance vie seulement



IMPORTANT : Toute référence aux tests, aux résultats de tests ou aux examens exclut les tests génétiques. Par test génétique, on entend un test qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes à des fins telles que la prédiction d'une maladie ou des risques de transmission verticale, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

Date approximative à laquelle la santé du défunt a commencé à être affectée (jj/mmmm/aaaa)

À votre connaissance, le défunt a-t-il déjà fumé ou fait usage de tabac, de produits de désaccoutumance au tabac?

- Oui Non Ne sais pas

Nombre de cigarettes par jour

Autres produits (types et quantités par jour)

Pendant combien de temps le défunt a-t-il fumé, fait usage de tabac ou autres produits?

5 Renseignements médicaux sur le défunt (suite) Demande de règlement d'assurance vie seulement

Le défunt a-t-il déjà cessé de fumer?

Oui Non Ne sais pas S.O.

Si oui, quand?

Si oui, pendant combien de temps?

Médecin principal

Nom du médecin de famille du défunt et de tout autre médecin qu'il a consulté au cours des cinq dernières années. Si vous avez besoin de plus d'espace, **utilisez un deuxième formulaire ou une feuille de papier distincte et apposez-y votre signature et la date.**

Nom du médecin principal (en caractères d'imprimerie)	Adresse
---	---------

Numéro de téléphone	Date (jj/mmmm/aaaa)	Raison des consultations
---------------------	---------------------	--------------------------

Autre médecin

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)	Adresse
---	---------

Numéro de téléphone	Date (jj/mmmm/aaaa)	Raison des consultations
---------------------	---------------------	--------------------------

Autre médecin

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)	Adresse
---	---------

Numéro de téléphone	Date (jj/mmmm/aaaa)	Raison des consultations
---------------------	---------------------	--------------------------

Nom et adresse de tous les hôpitaux ou établissements où le défunt a été traité au cours des cinq dernières années.

Hôpital ou établissement

Hôpital ou établissement (en caractères d'imprimerie)	Adresse
---	---------

Numéro de téléphone	Date (jj/mmmm/aaaa)	Raison des consultations
---------------------	---------------------	--------------------------

Hôpital ou établissement

Hôpital ou établissement (en caractères d'imprimerie)	Adresse
---	---------

Numéro de téléphone	Date (jj/mmmm/aaaa)	Raison des consultations
---------------------	---------------------	--------------------------

6 Renseignements sur le conseiller

Faites-vous appel aux services d'un conseiller pour traiter cette demande de règlement?

Oui Non

Nom du conseiller (prénom et nom de famille)	Code du conseiller	Numéro de téléphone	Adresse courriel
--	--------------------	---------------------	------------------

i Avant de signer, il importe de lire l'information ci-contre concernant la collecte et l'utilisation de tout renseignement personnel afférent à la présente *Déclaration du demandeur*.

Dans la présente section, le terme « renseignements personnels » renvoie aux renseignements personnels vous concernant.

Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

En signant ci-dessous, vous consentez à ce que nous utilisions les informations personnelles recueillies qui vous concernent :

- Pour confirmer votre identité et vous identifier de manière distinctive;
- Évaluer et administrer les demandes de règlement présentées au titre du ou des contrats.

À Manuvie^t, la protection de vos renseignements personnels et le respect de votre vie privée nous tiennent à cœur.

« Nous », « notre », « nos » renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers aux sociétés affiliées et filiales.

Pourquoi recueillons-nous, utilisons-nous et divulguons-nous de vos renseignements personnels?

Dans le but d'établir et de gérer notre relation avec vous, de vous fournir des produits et des services, d'administrer nos activités et de respecter les exigences légales et réglementaires.

Quels renseignements personnels recueillons-nous?

Selon le produit ou le service, nous recueillons des renseignements personnels précis à votre sujet, notamment :

- Des renseignements permettant d'établir votre identité, comme votre nom, votre adresse, vos numéros de téléphone, votre adresse de courriel, votre date de naissance, votre numéro de permis de conduire, votre numéro de passeport ou votre numéro d'assurance sociale (NAS);
- Des renseignements financiers, des rapports d'enquête, des rapports d'évaluation du crédit ou des rapports de solvabilité;
- Des renseignements sur la façon dont vous utilisez nos produits et services, ainsi que des renseignements sur vos préférences, caractéristiques démographiques et champs d'intérêt;
- Des renseignements sur les services bancaires et l'emploi;
- Des renseignements médicaux que toute organisation ou personne possède à votre sujet;
- Toute analyse qui peut être nécessaire aux fins de tarification;
- D'autres renseignements personnels dont nous pourrions avoir besoin pour administrer vos produits et services et gérer notre relation avec vous.

Nous utilisons des moyens honnêtes et licites pour recueillir des renseignements personnels à votre sujet.

Où recueillons-nous des renseignements personnels à votre sujet?

Nous recueillons les renseignements personnels à votre sujet par les moyens suivants :

- Les formulaires que vous avez remplis;
- D'autres interactions entre vous et la Compagnie;
- D'autres sources, notamment :
 - Votre conseiller ou vos représentants autorisés;
 - Des tiers avec lesquels nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de vos produits ou services maintenant et dans l'avenir;
 - Des sources publiques, comme les organismes gouvernementaux, les agences d'évaluation du crédit et les sites Internet;
 - Des institutions financières;
 - MIB, LLC (anciennement Medical Information Bureau);
 - Les professionnels de la santé, notamment les médecins praticiens, les établissements de soins de santé, les pharmacies et tout autre établissement médical.

À quelles fins utilisons-nous vos renseignements personnels?

Selon le produit ou le service, nous utiliserons vos renseignements personnels pour :

- Administrer les produits et services que nous vous fournissons et gérer notre relation avec vous;
- Confirmer votre identité et vérifier l'exactitude des renseignements que vous nous fournissez;
- Évaluer votre demande;
- Respecter les exigences légales et réglementaires;
- En apprendre davantage sur vous et sur la manière dont vous préférez faire affaire avec nous;
- Analyser des données pour prendre des décisions et mieux comprendre nos clients afin d'améliorer les produits et les services que nous fournissons;
- Mener des audits et des enquêtes, et vous protéger contre la fraude;
- Déterminer votre admissibilité à d'autres produits et services qui sont susceptibles de vous intéresser, et vous fournir des précisions sur ces produits et services;
- Automatiser le traitement pour nous aider à prendre des décisions concernant vos interactions avec nous, comme les demandes, les approbations ou les refus.

À qui communiquons-nous les renseignements que nous recueillons?

Selon le produit ou le service, nous communiquons vos renseignements personnels :

- Aux personnes, institutions financières, réassureurs et autres parties avec lesquelles nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de votre produit ou service maintenant et dans l'avenir;
- Aux employés, agents et représentants autorisés;
- À votre conseiller et à ses employés, et à toute agence qui a signé une entente avec nous et qui dispose du droit de superviser, directement ou indirectement, votre conseiller et ses employés;
- Votre employeur ou votre promoteur de régime et ses agents autorisés, conseillers et fournisseurs de services de régime;
- À toute personne ou à toute organisation à qui vous avez donné votre consentement;
- Aux personnes autorisées par la loi à consulter vos renseignements personnels;
- Aux fournisseurs de services qui ont besoin de ces renseignements pour nous fournir leurs services (par exemple des services de traitement des données, de programmation, de stockage des données, d'étude de marché, d'impression, de distribution, de soins paramédicaux et d'enquête);
- À votre médecin;
- Aux autorités de santé publique, au besoin.

Sauf lorsqu'il y a des restrictions contractuelles, les personnes, organisations et fournisseurs de services susmentionnés se trouvent au Canada et dans des territoires à l'étranger. Par conséquent, vos renseignements personnels peuvent faire l'objet de transferts interprovinciaux ou transfrontaliers afin de vous fournir des services et sont ainsi soumis aux lois de ces territoires.

Lorsque nous transmettons des renseignements personnels à nos fournisseurs de services, nous exigeons qu'ils les protègent de façon conforme à nos politiques et pratiques en matière de protection des renseignements personnels.

Retrait de votre consentement

Vous pouvez retirer votre consentement à notre utilisation de vos renseignements personnels à certaines fins, sous réserve des restrictions juridiques et contractuelles.

Vous ne pouvez pas retirer votre consentement à ce que nous recueillons, utilisons, communiquons ou divulguons les renseignements personnels qui nous sont nécessaires pour émettre ou administrer vos produits et services. Si vous le faites, il se peut que nous ne puissions pas vous fournir les produits ou services demandés ou que nous traitions le retrait de votre consentement comme une demande de résiliation ou refus du produit ou du service.

Si vous souhaitez retirer votre consentement, veuillez téléphoner à notre Centre de service à la clientèle au **1 888 MANUVIE (626-8843)** au Québec, ou au **1 888 MANULIFE (626-8543)** à l'extérieur du Québec au Québec, ou écrire au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse indiquée ci-dessous.

Exactitude

Il est de votre responsabilité de nous informer de tout changement concernant vos coordonnées. Veuillez nous contacter si vos informations ont changé ou si vous devez corriger des inexactitudes.

Accès

Vous avez le droit de consulter les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet, d'en vérifier l'exactitude et au besoin d'y faire apporter les corrections appropriées. Vous pouvez envoyer vos demandes à : **Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, P.O. Box 1602, Del Stn 500-4-A, Waterloo, Ontario N2J 4C6** ou à **Canada_Privacy@manulife.ca**.

Pour en savoir plus, consultez notre politique de protection des renseignements personnels de la Division canadienne de Manuvie. Veuillez noter qu'il est impossible de garantir la protection des communications par courriel. Ne nous envoyez pas de renseignements de nature confidentielle par courriel.

Si vous avez une préoccupation ou une plainte

Vous confirmez avoir été informé de votre droit de poser toute question ou d'exposer toute préoccupation que vous pourriez avoir à votre conseiller ou au personnel de notre siège social; de plus amples renseignements sur notre processus de règlement des plaintes figurent dans notre site manuvie.ca sous la rubrique *Communiquez avec nous*.

[†] Les termes Manuvie, « nous », « notre », « nos » renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers – activités de la Division canadienne, à Placements Manuvie inc., à Placements Manuvie Services d'investissement inc., à Placements Manuvie Assurance inc., à Gestion d'actifs Manuvie limitée, à Compagnie d'assurance Manuvie du Canada, à La Nord-américaine, première compagnie d'assurance, à Banque Manuvie du Canada, et aux sociétés affiliées de ces entités.

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;
- Une copie de l'autorisation et de l'entente est aussi valide que le document original.

Conformément à la législation en vigueur dans certaines provinces, nous sommes tenus de vous informer que le délai à respecter pour entamer une poursuite en justice est indiqué dans la Loi sur les assurances de votre province ou dans toute autre loi à laquelle est soumise votre demande de règlement.



RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA FRAUDE : Quiconque produit sciemment une demande de règlement contenant des renseignements faux ou trompeurs est passible de sanctions pénales et civiles. De plus, l'assureur peut refuser de verser des prestations si le proposant ou le demandeur a fourni de faux renseignements dans le cadre de la proposition d'assurance ou de la demande de règlement.

Fait à (ville, province)

Date (jj/mmmm/aaaa)

Pour savoir qui doit signer, consultez le guide à la fin du présent formulaire.

Si le demandeur est un particulier, une fiducie ou une succession

Signature du demandeur X	Numéro de téléphone principal	Numéro de téléphone (travail)
Signature du demandeur X	Numéro de téléphone principal	Numéro de téléphone (travail)

Si le demandeur est une personne morale

Signature du signataire autorisé X	Titre	Numéro de téléphone (travail)
Signature du signataire autorisé X	Titre	Numéro de téléphone (travail)

Initiales

Apposez vos initiales ici 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.

Pour les demandes de règlement d'assurance vie ou les demandes de règlement liées à des produits de placement, veuillez les faire parvenir à :

Manuvie
500 King Street North
P.O. Box 1602
Waterloo (Ontario) N2J 4C6

Ou par télécopieur :

Pour les demandes de règlement liées à des produits de placement :
1-877-277-3774

Pour les demandes de règlement d'assurance vie ou Professionnels, diplômés et détaillants :

Pour toutes les provinces, sauf le Québec :
1 877 763-8834
Au Québec : **1 877 271-5494**

Pour les demandes de règlement de professionnels, de diplômés et de détaillants, envoyez-le tout à :

Manuvie
P.O. Box 11023
Succ. Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4V7



Si vous avez des questions sur la marche à suivre pour remplir le présent formulaire, veuillez communiquer avec votre conseiller ou avec notre Centre de service à la clientèle.

Rendez-vous à l'adresse **manuvie.ca** pour obtenir des précisions.

Assurance-vie (Québec) : 1 888 626-8543
Assurance-vie (extérieur de l'Amérique du Nord)

Pour les placements (Québec) : 1 888 790-4387
Pour les professionnels, les diplômés et les détaillants :

Assurance-vie (extérieur du Québec) 1 888 626-8843
(519) 747-6600

Assurance-vie (extérieur du Québec) 1 800 355-6776
1 800 268-3763

Guide

Comment ce formulaire est-il utilisé dans le cadre des demandes de règlement d'assurance vie?

Ce formulaire sert à présenter une demande pour recevoir le capital-décès prévu au titre d'un contrat d'assurance vie après le décès d'un assuré.

Comment ce formulaire est-il utilisé pour les demandes de règlement liées à des produits de placement?

Ce formulaire sert à présenter une demande pour recevoir les sommes dues au titre d'un produit de placement, comme une rente, un contrat de fonds distincts, un CIG, un FERR ou un REER, après le décès du rentier.

Qui sont les participants à un régime de professionnels, de diplômés et de détaillants?

Le contrat peut faire partie d'une association de professionnels, de diplômés ou de détaillants si :

- l'assurance a été souscrite par l'entremise de l'association de professionnels ou de diplômés dont fait partie le titulaire du contrat (par exemple, Ingénieurs Canada ou l'Association médicale canadienne);
- le titulaire du contrat a souscrit l'assurance sans l'aide d'un conseiller en assurance.

Qui doit remplir le présent formulaire?

Le présent formulaire doit être rempli par la personne ou l'entité qui demande les sommes dues au titre du produit de placement ou d'assurance.

S'il y a plus d'un demandeur au titre d'un contrat, veuillez nous envoyer un formulaire distinct pour chaque demandeur. Par exemple, si deux bénéficiaires sont désignés au titre d'un contrat d'assurance vie, chaque bénéficiaire doit remplir et soumettre le présent formulaire pour demander sa part du capital-décès.

Où puis-je trouver le numéro de contrat ou de certificat?

Le numéro de contrat figure sur le contrat ou le relevé de facturation.

Pourquoi avons-nous besoin d'un numéro d'assurance sociale (NAS) ou d'un numéro d'entreprise (NE)?

Nous avons besoin du NAS ou du NE lorsque nous déclarons des intérêts ou d'autres exigences fiscales ainsi que pour confirmer votre identité.

Pourquoi demandons-nous les renseignements médicaux du défunt pour les produits d'assurance?

Nous utilisons ces renseignements pour évaluer la demande de règlement conformément aux modalités du contrat.

Signature requise – Demandeur (particulier)

Si le demandeur est une succession ou une fiducie, tous les exécuteurs testamentaires, liquidateurs, administrateurs et fiduciaires doivent signer le présent formulaire.

Si un mandataire signe au nom d'un demandeur, fournissez une copie de la procuration.

Signature requise – Demandeur (personne morale)

Pour l'assurance vie individuelle et l'assurance pour professionnels, diplômés et détaillants : Si le bénéficiaire est une personne morale, nous avons besoin de la signature et du titre de deux signataires autorisés, ou de la signature et du titre d'un signataire autorisé, ainsi que le sceau de la société. Si la société n'a pas de sceau, nous avons besoin des initiales du signataire autorisé confirmant qu'il est la seule personne autorisée à signer au nom de la société.

Pour Investissements Manuvie : Si le bénéficiaire est une personne morale, les signatures doivent être fournies conformément à la résolution du conseil d'administration, et une copie doit être jointe au formulaire.

Dans le cas d'une entité sans personnalité morale, veuillez fournir les documents indiquant les personnes autorisées à signer au nom de l'entité.

Votre nom a-t-il changé depuis la mise à jour de nos dossiers?

Si votre nom diffère de celui que nous avons dans nos dossiers, veuillez nous faire parvenir une copie des documents ayant trait au changement de nom (par exemple, une copie du certificat de mariage).

Glossaire

rente

Produit financier qui verse un revenu fixe à une personne ou à une entité au cours d'une période déterminée.

cessionnaire

Personne ou entité à qui le contrat a été cédé en garantie.

bénéficiaire

Personne ou entité désignée pour recevoir le capital-décès.

demandeur

Personne ou entité qui fait une demande pour recevoir le capital-décès.

succession

Argent et biens que possède une personne au moment de son décès.

liquidateur ou exécuteur testamentaire

Personne ou entité autorisée à représenter la succession du défunt.

CIG

Compte à intérêt garanti.

FERR

Fonds enregistré de revenu de retraite.

REER

Régime enregistré d'épargne-retraite.

contrat de fonds distincts

Contrat d'assurance individuelle à capital variable.

fiduciaire

Personne ou entité désignée pour recevoir les sommes dues au nom d'un bénéficiaire ou d'un demandeur (par exemple, un bénéficiaire mineur).