

**Veillez envoyer le présent formulaire dûment rempli à :**

Prestations du vivant – Services de gestion des documents  
PO Box 1602 STN Waterloo  
Waterloo (Ontario) N2J 4C6

manuvie.ca

## Maladie grave Déclaration du demandeur

- *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.
- Écrire lisiblement, en caractères d'imprimerie.

**REMARQUE IMPORTANTE : Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou 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.**

<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? (p. 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 soeur) 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)

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 d'établissement (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	

#### 4 Renseignements généraux (suite)

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

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

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

Date (jj/mmmm/aaaa)

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

#### 5 Autorisation, consentement et signatures

La présente section porte sur l'usage que nous faisons de vos renseignements personnels; veuillez la lire attentivement.

**En apposant votre signature à la page 5, 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.**

Dans la présente déclaration, les termes *vous*, *votre* et *vos* renvoient au titulaire de contrat ou à la personne titulaire des droits attachés au contrat, à l'assuré et au parent ou au tuteur de tout enfant désigné comme assuré mais n'ayant pas atteint l'âge de 18 ans (16 ans hors du Québec). Les termes *nous*, *notre*, *nos* et *la Compagnie* renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, ses sociétés affiliées et ses filiales.

Les mises à jour concernant la présente déclaration et d'autres renseignements sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels sont publiés à l'adresse [www.manuvie.ca](http://www.manuvie.ca). Nous recueillons, utilisons, vérifions et communiquons vos renseignements personnels à des fins déterminées, et seulement avec votre consentement, ou dans la mesure où la loi l'exige ou l'autorise. En signant la demande, vous consentez à ce que nous recueillions, utilisions et communiquions vos renseignements personnels, tel qu'il est indiqué dans la présente Déclaration relative aux renseignements personnels. Toute modification au consentement doit faire l'objet d'une entente écrite avec la Compagnie.

##### Quels renseignements personnels recueillons-nous?

Selon le produit que vous avez demandé, 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 courriel, votre date de naissance, votre numéro de permis de conduire, votre numéro de passeport ou votre numéro d'assurance sociale (NAS);
- des renseignements médicaux que toute organisation ou personne possède à votre sujet;
- tout test qui pourrait être nécessaire pour que nous décidions si nous vous assurons, et à quelles conditions, notamment un examen médical ou une analyse sanguine;
- un rapport d'enquête, d'évaluation du crédit ou de solvabilité ou un rapport contenant des renseignements financiers provenant d'autres organisations ou d'une autre personne ou source possédant des renseignements ou des dossiers à votre sujet;
- 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;
- d'autres renseignements personnels dont nous pourrions avoir besoin pour administrer notre relation d'affaires 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?

- les demandes et formulaires que vous avez remplis ainsi que les enregistrements des entretiens téléphoniques;
- 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 votre contrat maintenant et dans l'avenir,
  - des sources publiques, comme les organismes gouvernementaux, et les sites Internet.

(Suite à la page suivante)

## 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 le [www.manuvie.ca](http://www.manuvie.ca) (sous « Politique de confidentialité »).

### À quelles fins utilisons-nous vos données?

Nous utilisons vos renseignements personnels aux fins suivantes :

- administrer adéquatement 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, et établir le contrat et administrer les droits qui y sont attachés;
- respecter les exigences légales et réglementaires;
- en apprendre davantage sur vous et sur la manière dont vous préférez faire affaire avec nous;
- analyser les données qui nous aident à mieux comprendre nos clients afin que nous puissions améliorer les produits et services que nous fournissons;
- 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.

### À qui communiquons-nous vos renseignements?

- aux personnes, institutions financières et autres parties avec lesquelles nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de votre contrat 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 dispose du droit de superviser, directement ou indirectement, votre conseiller et ses employés;
- 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 et d'enquête et des services paramédicaux);
- à votre médecin;
- aux organismes de santé publique concernés, si les tests de laboratoire effectués sur vous à notre demande donnent des résultats positifs relativement à des maladies infectieuses.

Les personnes, organisations et fournisseurs de services susmentionnés se trouvent au Canada et dans des territoires à l'étranger, 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.

### Les renseignements personnels que vous fournissez dans la présente demande :

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

### Pendant combien de temps conservons-nous vos renseignements personnels?

La plus longue des périodes suivantes :

- la période prescrite par la loi et les lignes directrices établies pour le secteur des services financiers, et
- la période requise pour administrer les produits et services que nous vous fournissons.

### Retrait de votre consentement

Vous pouvez nous retirer votre consentement à l'utilisation de votre NAS ou de votre numéro d'entreprise, s'il y a lieu, à d'autres fins que celles de l'administration de l'impôt. Vous pouvez également nous retirer votre consentement à l'utilisation de vos renseignements personnels pour vous fournir des renseignements sur d'autres produits et services, sauf dans le cas des envois qui accompagnent vos relevés.

À moins que les lois fédérales ou provinciales ne vous en donnent le droit, vous ne pouvez pas nous retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation, à la conservation ou à la communication des renseignements personnels dont nous avons besoin pour établir ou administrer le contrat. Si vous nous retirez effectivement votre consentement, un contrat ne pourra être établi et les sommes dues ne pourront être versées aux termes du contrat, ou nous pourrions traiter le retrait de votre consentement comme une demande de résiliation du contrat.

Si vous souhaitez retirer votre consentement, téléphonez à notre Service à la clientèle au 1 888 MANUVIE (626-8843) au Québec, ou au 1 888 MANULIFE (626-8543) à l'extérieur du Québec, ou écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse indiquée ci-après.

*(Suite à la page suivante)*

## 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 le [www.manuvie.ca](http://www.manuvie.ca) (sous « Politique de confidentialité »).

### Exactitude et accès

Vous nous informerez de tout changement apporté à vos coordonnées. 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. Si vous avez des questions, si vous voulez recevoir des renseignements supplémentaires au sujet des personnes qui ont accès à vos renseignements personnels ou en ce qui concerne nos politiques et procédures en matière de protection des renseignements personnels, ou si vous voulez consulter ou corriger les renseignements personnels vous concernant que nous avons en dossier, veuillez vous adresser par écrit au :

### Responsable de la protection des renseignements personnels

**Manuvie**

**500 King Street N**

**Waterloo (Ontario) N2J 4C6**

**Privacy\_office\_canadian\_division@manulife.ca**

Veillez noter qu'il est impossible de garantir la protection des communications par courriel. Ne nous envoyez pas de renseignements de nature confidentielle par courriel. En communiquant avec nous par courriel, vous nous autorisez à communiquer avec vous par courriel.

### Retrait du consentement

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.

### Résolution des plaintes

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

1 888 626-8843 au Québec ou

1 888 626-8543 dans toutes les autres provinces

Vous trouverez de plus amples renseignements sur notre processus de résolution des plaintes sur Internet à l'adresse [www.manuvie.ca](http://www.manuvie.ca), sous *Pour nous joindre > Régler une plainte*.

## Signatures

Veillez revoir la présente demande, y compris les autorisations et conventions des pages 3, 4 et 5, 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 donnez toutes les autorisations et tous les consentements décrits dans la présente déclaration du demandeur;
- vous convenez qu'une copie de la présente autorisation est aussi valide que l'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.

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

Signature de l'assuré

**X**

Date (jj/mmmm/aaaa)

Signature du bénéficiaire (dans les 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 (Manuvie). En signant ci-dessous, vous donnez l'autorisation et demandez aux médecins, praticiens, professionnels des soins de 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.

**ATTENTION : Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens dans la présente section exclut les tests génétiques. Un test génétique est défini comme l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de la maladie ou des risques verticaux de transmission des risques, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.**

Fait à (ville)

Date (jj/mmmm/aaaa)

Signature de l'assuré

**X**

Signature du témoin

**X**