

Envoyez le formulaire dûment rempli à l'adresse appropriée :

Manulife  
500 King Street North  
P.O. Box 1669  
Waterloo (Ontario) N2J 4Z6  
Télécopieur : 1 877 763-8834

Manuvie  
2000, rue Mansfield, bureau 1310  
Montréal (Québec) H3A 3A1  
Télécopieur : 1 877 271-5494

- *Vous, votre* et *vos* renvoient au titulaire du contrat, sauf indication contraire.
- *Nous, notre* et *nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.
- Utilisez le présent formulaire pour demander l'ajout d'une couverture de garantie Protection des enfants à votre contrat d'assurance vie.  
Pour demander l'ajout d'une garantie Chèque-vie des enfants au titre d'un contrat Chèque-vie ou d'une garantie Protection des enfants – Maladies graves au titre d'une solution Synergie, ou pour demander l'augmentation de la couverture de l'une ou l'autre de ces garanties, utilisez le formulaire NN7001F, *Demande de modification*.
- Ajoutez une page supplémentaire si vous avez besoin de plus d'espace pour inscrire vos réponses.
- 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, au 1 888 626-8843 au Québec, ou au 1 888 626-8543 dans les autres provinces. À l'extérieur de l'Amérique du Nord, appelez-nous à frais virés au 1 416 687-4300. Rendez-vous à l'adresse [manuvie.ca](http://manuvie.ca) pour obtenir des précisions.

<b>1 Renseignements généraux</b>	Numéro du contrat		Nom de l'assuré	
	Nom du titulaire n° 1 (prénom et nom de famille)		Nom du titulaire n° 2 (prénom et nom de famille)	
<b>2 Renseignements sur l'enfant à assurer</b>	L'enfant à assurer au titre de cette garantie vit-il avec tout titulaire du contrat ou toute personne assurée? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui			
	Nom (prénom et nom de famille)		Sexe <input type="radio"/> masculin <input type="radio"/> féminin	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
	Lien avec l'assuré <input type="radio"/> enfant <input type="radio"/> beau-fils ou belle-fille <input type="radio"/> enfant adopté légalement		Quel est le lieu de naissance de l'enfant? (Indiquer la province et le pays)	
<b>Taille et poids</b>	Taille <input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm		Poids <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg	
	Au cours des 12 derniers mois, l'enfant a-t-il perdu plus de 5 lb (2,3 kg)? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui ► Si <i>oui</i> , veuillez répondre aux questions suivantes.			
		Combien a-t-il perdu? <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg	Pourquoi l'enfant a-t-il perdu du poids?	
<b>Renseignements médicaux</b>  <b>REMARQUE IMPORTANTE :</b> 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.	L'enfant a-t-il déjà souffert (ou l'a-t-on déjà informé ou a-t-on déjà dit à l'assuré que l'enfant souffrait) de troubles liés à ce qui suit, ou a-t-il déjà subi des examens ou des traitements pour ce qui suit : cancer, maladie du cœur ou anomalie cardiaque, maladie rénale, diabète, troubles du développement ou troubles d'ordre psychologique? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui ► Si <i>oui</i> , veuillez répondre aux questions suivantes.			
	Quel diagnostic a été posé ou quel était le trouble?			
	Quel est l'état de santé actuel de l'enfant?			
	L'enfant a-t-il déjà été hospitalisé pendant plus de cinq jours consécutifs? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui ► Si <i>oui</i> , veuillez répondre aux questions suivantes.			
	À quelles dates a-t-il été hospitalisé? (jj/mmmm/aaaa)			
Pour quelle raison a-t-il été hospitalisé?				
Quel a été le diagnostic posé?				
Quel est l'état de santé actuel de l'enfant?				
Au cours des cinq dernières années, l'enfant a-t-il fait un usage quotidien d'un médicament prescrit pendant plus de trois semaines? Sont exclus les vitamines et les médicaments pour les traitements de la peau, l'asthme et les allergies. <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui ► Si <i>oui</i> , veuillez répondre aux questions suivantes.				
Quel est le type de médicament?				
Pour quelle raison le médicament a-t-il été prescrit?				
L'enfant prend-il encore ce médicament? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui ► Si <i>oui</i> , veuillez donner des précisions.				

### 3 Signatures et autorisations

#### Si le titulaire est une société par actions, nous exigeons :

- 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 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, en plus de signer, vous devez apposer vos initiales dans la case prévue à cet effet.

#### Si le titulaire n'est pas l'assuré, nous exigeons également la signature de l'assuré.

Si l'une des personnes à assurer est âgée de moins de 18 ans (moins de 16 ans hors du Québec), sa mère, son père ou son tuteur (si cette personne n'est pas aussi un titulaire du contrat) doit signer ci-dessous pour signifier qu'il ou qu'elle consent à la présente proposition d'assurance.

Si l'un des titulaires du compte n'est pas titulaire du contrat ni l'une des personnes à assurer au titre du contrat, ce titulaire du compte doit autoriser les prélèvements en signant ci-contre.

La *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) prévoit de nouvelles règles fiscales applicables aux contrats d'assurance vie à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Si votre contrat a été établi avant cette date, il pourrait être assujéti aux nouvelles règles fiscales si vous apportez une modification qui prendra effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 et si cette modification nécessite une tarification médicale ou entraîne l'établissement d'un nouveau contrat ou d'une nouvelle couverture après 2016. Si votre contrat existant devient assujéti aux nouvelles règles fiscales, vous pourriez devoir effectuer un retrait afin de conserver votre statut d'exonération fiscale, et ce retrait pourrait entraîner l'augmentation de votre revenu imposable. Si nous sommes dans l'impossibilité de rajuster votre contrat afin qu'il demeure exonéré, votre contrat pourrait perdre ce statut. Discutez avec votre conseiller afin de vous assurer de comprendre les incidences fiscales de toute modification envisagée à votre contrat. Dans la présente section, *vous, votre* et *vos* renvoient au titulaire du contrat, et à l'assuré au titre du contrat. 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, au mieux de vos connaissances, complètes, à jour et exactes;
- vous nous autorisez à communiquer les renseignements figurant dans la présente demande au Bureau de renseignements médicaux (MIB, Inc.) et à échanger des renseignements avec lui;
- vous nous aviserez sans délai de toute erreur ou omission dans la présente demande;
- une copie des présentes autorisations et conventions est aussi valide que l'original;
- si les primes au titre de ce contrat sont payées au moyen de prélèvements mensuels automatiques sur le compte, ces prélèvements seront traités comme des débits autorisés personnels, tel qu'il est défini par la Règle H1 de Paiements Canada à l'adresse [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca). Tout titulaire de ce compte bancaire convient de ce qui suit :
  - toute somme remboursée par suite de la modification apportée sera déposée dans le même compte à moins d'indications contraires;
  - nous pouvons porter le montant des prélèvements mensuels au montant nécessaire pour maintenir le contrat en vigueur par suite de la modification apportée. **Tout titulaire renonce au droit de recevoir un avis de 10 jours indiquant le montant des prélèvements automatiques sur le compte.**

Fait à (ville, province)		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) <b>X</b>		Signature du témoin <b>X</b>	
Si une personne à assurer est âgée de moins de 18 ans (de moins de 16 ans hors du Québec) Lien avec la personne à assurer : <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Gardien (tuteur au Québec)			
Signature du père, de la mère ou du gardien (tuteur au Québec) <b>X</b>		Signature du témoin <b>X</b>	
Signature du titulaire du contrat n° 1 <b>X</b>		Titre (si le titulaire est une société)	
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 titulaire de contrat n° 2 <b>X</b>		Titre (si le titulaire est une société)	
Nom du titulaire de compte n° 1 ou du signataire autorisé n° 1 (prénom et nom de famille)		Date (jj/mmmm/aaaa)	
Signature du titulaire de compte n° 1 ou du signataire autorisé n° 1 <b>X</b>		Titre (s'il y a lieu)	
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 (prénom et nom de famille)		Date (jj/mmmm/aaaa)	
Signature du titulaire de compte n° 2 ou du signataire autorisé n° 2 <b>X</b>		Titre (s'il y a lieu)	

### 4 Déclaration du conseiller

Dans la présente section, *vous, votre* et *vos* renvoient au conseiller.

Veillez nommer les conseillers qui ont joué un rôle dans la demande de modification. 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.

1 Nom du conseiller <b>gestionnaire</b> (prénom et nom de famille)			2 Nom du conseiller (prénom et nom de famille)		
Code du conseiller	Code de la succursale	Part de la commission %	Code du conseiller	Code de la succursale	Part de la commission %
En signant ci-dessous, vous confirmez ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> <li>vous êtes titulaire de tous les permis et certificats nécessaires pour faire remplir la présente demande de modification dans votre province ou territoire et dans la province ou le territoire de résidence du titulaire du contrat;</li> <li>si la modification demandée vise à remplacer un autre contrat, vous avez communiqué tous les renseignements appropriés à votre client, vous avez rempli les formulaires de remplacement applicables et vous nous avez fourni ces documents, s'il y a lieu;</li> <li>vous avez communiqué les renseignements suivants au titulaire du contrat :                     <ul style="list-style-type: none"> <li>le nom de la compagnie ou des compagnies que vous représentez;</li> <li>le fait que vous recevez des commissions pour la vente de produits d'assurance vie et à 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</li> <li>tout conflit d'intérêts que vous pourriez avoir relativement à cette opération.</li> </ul> </li> </ul>					
Nom du conseiller (prénom et nom de famille)				Code du conseiller	
Signature du conseiller <b>X</b>			Adresse électronique ou numéro de téléphone du conseiller		