



zzz

# Proposition d'assurance soins médicaux et soins dentaires

Code d'agent \_\_\_\_\_

Nom de l'agent \_\_\_\_\_

Tous les proposants doivent remplir les parties A, B, C et D, ainsi que la section A.

Tous les proposants doivent remplir et signer la section « Autorisation et déclaration du proposant ».

N° du logo \_\_\_\_\_

## Partie A – Renseignements généraux

### Proposant principal

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_

Est-ce que chacun des proposants a une couverture d'assurance maladie provinciale ou territoriale?\*  Oui  Non

N° d'appartement \_\_\_\_\_ Numéro et nom de la rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

N° de téléphone au domicile ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ N° de téléphone au travail ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Courriel (facultatif) \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

Si nous avons besoin de renseignements supplémentaires, comment pouvons-nous communiquer avec vous?  Au domicile  Au travail  Par courriel

### Coprosant

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

N° de téléphone ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Courriel (facultatif) \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Si nous avons besoin de renseignements supplémentaires, comment pouvons-nous communiquer avec vous?  Par téléphone  Par courriel

\* Tous les proposants doivent être couverts au titre du régime d'assurance maladie de leur province ou de leur territoire afin d'être admissibles à ce produit d'assurance. Si l'un des proposants ne satisfait pas à cette exigence, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle pour plus de renseignements.

Avez-vous actuellement une couverture d'assurance maladie collective offerte par un employeur, ou avez-vous eu une telle couverture jusqu'à tout récemment?  Oui  Non

Si « Oui », veuillez fournir les renseignements suivants :

### Proposant principal

Numéro du contrat d'assurance collective \_\_\_\_\_ Numéro d'identification \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance \_\_\_\_\_ Date à laquelle les garanties ont pris fin \_\_\_\_\_

### Coprosant

Numéro du contrat d'assurance collective \_\_\_\_\_ Numéro d'identification \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance \_\_\_\_\_ Date à laquelle les garanties ont pris fin \_\_\_\_\_

**Remarque pour les résidents du Québec :** La présente proposition vise-t-elle à remplacer votre couverture actuelle?  Oui  Non

Si vous avez l'intention de remplacer une couverture qui n'est pas celle de votre régime d'assurance maladie collective toujours en vigueur ou ayant pris fin récemment, ne résiliez pas votre couverture actuelle. Il se pourrait que Manuvie ne soit pas en mesure de délivrer un contrat d'assurance si le remplacement d'un produit d'assurance existant est prévu. La couverture pour médicaments sur ordonnance offerte au titre de ce régime est limitée à la partie des coûts qui n'est pas couverte par le régime d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). La couverture ne remplace pas celle du régime de la RAMQ. Pour être admissible à cette garantie, vous devez obligatoirement posséder une carte d'assurance maladie provinciale/territoriale et être inscrit au régime d'assurance médicaments de la RAMQ, ou bénéficier d'une couverture équivalente au titre d'un régime d'assurance collective.

**Remarque :** Lorsque vous souscrivez une assurance, vos ayants droit sont vos bénéficiaires. Votre trousse de bienvenue comprendra un formulaire que vous pouvez utiliser pour changer de bénéficiaire.

## La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

## Partie B – Choix du régime

Le régime que vous choisissez s'appliquera à tous les membres de votre famille.

Je présente/nous présentons une proposition pour le régime suivant :

- Régime Soins médicaux et soins dentaires de base\*  Régime Soins médicaux et soins dentaires Argent  Régime Soins dentaires de base\*  Régime Soins dentaires Argent\*
- Régime Soins médicaux et soins dentaires Bronze  Régime Soins médicaux et soins dentaires Or  Régime Soins dentaires Bronze\*  Régime Soins dentaires Or\*

\* Pour ces régimes, il n'est pas nécessaire de remplir le questionnaire médical ci-inclus.

## Partie C – Personnes à assurer

Nom de famille	Prénom	Code	Sexe	Date de naissance jj mm aaaa	Âge	Fumeur? Nbre de cigarettes par jour	Taille po/cm	Poids lb/kg	Variation de poids au cours de la dernière année gain perte	Cause du changement de poids
Proposant		00								
Coproposant		01								
Personne à charge		02								
Personne à charge		02								
Personne à charge		02								
Personne à charge		02								

Si vous manquez d'espace où que ce soit dans la présente proposition, veuillez joindre une feuille distincte, dûment signée et datée.

Selon vos antécédents médicaux et ceux de votre famille, il est possible que la demande de couverture soit refusée ou que la couverture vous soit accordée moyennant certaines conditions ou une prime plus élevée.

La couverture entrera en vigueur au plus tôt le premier jour du mois suivant l'approbation définitive de la présente demande de couverture et la réception du paiement de la première prime.

**D'autres renseignements médicaux peuvent être nécessaires à l'évaluation de votre proposition.**

**Si vous manquez d'espace où que ce soit dans la présente proposition, veuillez joindre une feuille distincte, dûment signée et datée.**

**Tous les proposants doivent remplir et signer la section « Autorisation et déclaration du proposant ».**

Les résidents du Québec peuvent détacher le questionnaire médical et l'envoyer par la poste séparément à l'assureur.

Si vous détachez le questionnaire médical lié au Régime d'assurance soins médicaux et soins dentaires – Association pour l'envoyer séparément à Manuvie, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de famille du proposant \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_

N° de téléphone ( ) \_\_\_\_\_

## Partie D – Modes de paiement

**Paiement initial :** Par la présente, j'autorise/nous autorisons Manuvie à prélever une somme correspondant aux deux (2) premières primes mensuelles, soit \_\_\_\_\_ \$, selon l'option suivante :

- Option 1  Prélèvements automatiques sur le compte (PAC)
- Option 2  Compte de carte de crédit

**IMPORTANT :** Le paiement initial sera prélevé le jour de l'approbation de la proposition (et non à la date d'effet de l'assurance). Les paiements suivants seront prélevés le premier jour de chaque mois.

**Les paiements suivants** seront réglés comme suit :

- Option 1  Prélèvements automatiques sur le compte (PAC)
- Périodicité des PAC :  Mensuellement  Semestriellement (rabais de 2 %)  Annuellement (rabais de 4 %)

**Important :** Nous avons besoin d'un chèque portant la mention « NUL » aux fins de vérification. Veuillez remplir la Partie E.

- Option 2  Compte de carte de crédit
- Périodicité des paiements par carte de crédit :  Mensuellement  Semestriellement  Annuellement

**Remarque :** L'option de paiement par carte de crédit n'ouvre pas droit aux rabais. Veuillez remplir la Partie E.

- Option 3  Facturation directe
- Périodicité de la facturation directe :  Semestriellement (rabais de 2 %)  Annuellement (rabais de 4 %)

## Partie E – Renseignements sur les paiements et autorisation

### Information au sujet des paiements par carte de crédit et autorisation

Par la présente, j'autorise/nous autorisons Manuvie à faire un prélèvement sur mon/notre compte le premier jour ouvrable de chaque mois ou aux environs de cette date afin de couvrir les primes d'assurance exigibles. La présente autorisation peut être révoquée par Manuvie ou par moi/nous moyennant un avis écrit. Manuvie peut résilier la couverture ou changer le mode de paiement pour un autre mode acceptable si un prélèvement est refusé, quelle qu'en soit la raison. L'institution financière ne sera en aucun cas tenue responsable si une situation de ce genre survient. Des frais de 25 \$ seront facturés en cas d'insuffisance de fonds.

Carte de crédit :  Visa  Mastercard  American Express

Numéro de carte \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_ (mm/aaaa)

Nom du titulaire de la carte \_\_\_\_\_ Signature du titulaire de la carte \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### Renseignements sur les prélèvements automatiques et autorisation

Veuillez utiliser les renseignements bancaires suivants :

Renseignements figurant sur le chèque couvrant le premier paiement **ou**

Renseignements ci-dessous : (N'inscrivez les renseignements demandés ci-dessous que si vous ne joignez pas un chèque portant la mention « NUL ».)

Nom du titulaire du compte \_\_\_\_\_

Numéro de domiciliation \_\_\_\_\_ Numéro de l'institution \_\_\_\_\_ Numéro du compte bancaire \_\_\_\_\_

Institution financière \_\_\_\_\_ Adresse du titulaire du compte \_\_\_\_\_

Comptes conjoints : S'agit-il d'un compte conjoint au titre duquel une seule signature est requise?  Oui  Non

**Si plus d'une signature est requise pour les prélèvements sur le compte, les deux titulaires du compte doivent signer la présente autorisation.**

Comptes d'épargne véritable : Comme l'approbation de mon/notre institution financière est requise pour les paiements préautorisés à partir des comptes d'épargne véritable, j'ai/nous avons pris les dispositions nécessaires pour permettre les prélèvements sur mon/notre compte. J'ai/nous avons joint à la présente un bordereau de prélèvement portant le timbre d'approbation de mon/notre institution financière et attestant que les montants exigibles peuvent être prélevés sur mon/notre compte d'épargne véritable.

### En cas de paiement par prélèvement automatique sur le compte (PAC)

Par la présente, j'autorise/nous autorisons Manuvie à faire un prélèvement sur mon/notre compte bancaire à la date d'échéance des primes d'assurance exigibles lorsque je signe/nous signons la présente autorisation ou après.

La somme prélevée sur mon/notre compte peut varier, conformément aux dispositions de mon/notre contrat d'assurance et selon les exigences relatives à l'administration de mon/notre contrat. **Je renonce/nous renonçons au droit de recevoir tout autre avis relatif au montant ou à la date de chaque prélèvement automatique sur mon/notre compte.** Si la banque ou l'institution financière n'honore pas un prélèvement mensuel automatique à la date prévue, Manuvie pourra tenter d'effectuer de nouveau ce prélèvement au cours des 30 jours suivants. Manuvie se réserve le droit de demander qu'un autre mode de paiement soit utilisé si le prélèvement est refusé. Tout prélèvement ponctuel ou automatique sur mon/notre compte bancaire sera traité comme un retrait personnel selon la définition de Paiements Canada dans sa Règle H-1. La présente entente peut être résiliée en tout temps moyennant l'envoi par Manuvie ou par moi/nous d'un préavis écrit de 10 jours. Il est entendu qu'en cas de résiliation de la présente autorisation de prélèvement automatique, l'assurance pourrait prendre fin, à moins que Manuvie ne reçoive le paiement sous une autre forme.

Vous pouvez obtenir un formulaire de résiliation en communiquant avec votre institution financière ou en visitant le site de Paiements Canada, à l'adresse **www.paiements.ca**. Si vous avez des questions au sujet des prélèvements sur votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous au 1 800 268-3763 ou nous écrire à l'une des adresses suivantes : renseignements@manuvie.com, ou Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

Vous disposez de certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente entente. Vous avez, par exemple, le droit d'être remboursé en cas de prélèvement non autorisé ou non conforme à la présente entente. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou de plus amples renseignements au sujet de vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez le site de Paiements Canada, à l'adresse **www.paiements.ca**.

Signature du titulaire du compte \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ (ii/mm/aaaa)

Deuxième signature (s'il s'agit d'un compte conjoint) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ (ii/mm/aaaa)

Adresse du titulaire du compte (s'il n'est pas le proposant) \_\_\_\_\_

## Questionnaire médical

Selon vos antécédents médicaux et ceux de votre famille, il est possible que la demande de couverture soit refusée ou que la couverture vous soit accordée moyennant certaines conditions ou une prime plus élevée.

La couverture prendra effet au plus tôt le premier jour du mois qui suit l'approbation définitive de la présente proposition.

**Tous les proposant doivent remplir et signer la section « Autorisation et déclaration du proposant ».**

**Les résidents du Québec peuvent détacher le questionnaire médical et l'envoyer par la poste séparément à l'assureur.**

## Section A – Professionnel de la santé autorisé traitant

**Cette section doit être remplie pour les régimes Soins médicaux et dentaires Bronze, Soins médicaux et dentaires Argent et Soins médicaux et dentaires Or.**

Nom et numéro de téléphone du professionnel de la santé autorisé/médecin actuel (qui détient la majorité de vos dossiers médicaux) et des autres professionnels de la santé autorisés qui ont été consultés, le cas échéant (**s'il n'y en a aucun, inscrivez « aucun »**) :

Professionnel de la santé principal	Proposant	Coproposant	Personne(s) à charge
Nom du professionnel de la santé principal			
Adresse du professionnel de la santé principal			
Date de la dernière consultation			
Raison de la dernière consultation			
Diagnostic posé			
Traitement administré			

Nom et numéro de téléphone **de tout autre** professionnel de la santé autorisé qui a été consulté ou à qui la personne concernée a été adressée :

\_\_\_\_\_

Nom de la personne qui a consulté l'autre professionnel de la santé : \_\_\_\_\_

Date et raison de la consultation : \_\_\_\_\_

## Section B – Questionnaire de tarification simplifié

**Cette section doit être entièrement remplie pour les régimes Soins médicaux et dentaires Bronze, Soins médicaux et dentaires Argent et Soins médicaux et dentaires Or.**

Est-ce que vous, le coproposant ou l'une des personnes à charge désignées :

- avez été invalide ou incapable d'exercer des activités normales de la vie quotidienne, quelle qu'en soit la cause, pendant au moins deux (2) semaines consécutives au cours des cinq (5) dernières années?  Oui  Non
  - avez consulté ou reçu la recommandation de consulter un professionnel de la santé autorisé en raison d'un problème de santé ou d'une affection, ou avez eu des signes d'un problème de santé ou d'une affection au cours de la dernière année?  Oui  Non
  - avez subi une blessure ou été traité pour une affection qui nécessite ou a nécessité les services d'un professionnel de la santé autorisé au moins une fois par année au cours des deux (2) dernières années?  Oui  Non
  - a) avez reçu la recommandation d'avoir recours à un médicament ou à un traitement pour une affection médicale chronique et/ou récidivante?  Oui  Non  
b) avez eu recours à un médicament ou à un traitement pendant au moins vingt (20) jours au cours de la dernière année?  Oui  Non  
c) prévoyez recourir à un médicament ou à un traitement au cours des trois (3) prochains mois?  Oui  Non
- Remarque : S'il s'agit uniquement de contraceptifs ou de médicaments pour traiter les affections mineures comme le rhume ou la grippe, ne cochez pas la case « Oui ».
- avez reçu un diagnostic de maladie ou d'affection, ou un professionnel de la santé autorisé vous a-t-il recommandé de subir des examens diagnostiques ou une intervention chirurgicale, ou encore de vous faire hospitaliser? (Ne tenez pas compte des affections mineures comme le rhume ou la grippe.)  Oui  Non

**Si vous avez répondu « Oui » à au moins une des questions de la section B, veuillez remplir entièrement la section C.**

## Section C – Déclaration médicale

**IMPORTANT :** Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens dans la présente section 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. Est-ce que vous, le coproposant ou l'une des personnes à charge désignées :

1. avez déjà consulté un médecin ou un professionnel de la santé autorisé, reçu un traitement ou présenté des signes relativement à ce qui suit? (Veuillez répondre « Oui » ou « Non » à toutes les questions)
 

a) Hypertension, taux élevé de cholestérol ou tout trouble du sang ou du système circulatoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Troubles du cœur ou des vaisseaux sanguins, souffle cardiaque, douleurs thoraciques, angine de poitrine, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Douleurs ou troubles au niveau du dos, du cou, des disques, des hanches ou des genoux, fibromyalgie, ostéoporose, ostéopénie, douleurs chroniques, paralysie, faiblesse ou engourdissements, ou tout autre trouble ou douleurs musculosquelettiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) Troubles du système digestif, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladie ou troubles du foie, incluant l'hépatite (y compris l'état de porteur)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
e) Troubles mentaux, nerveux, émotionnels ou neurologiques, incluant la dépression, l'anxiété, les troubles déficitaires de l'attention et le stress	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
f) Abus d'alcool ou de drogue, ou toute dépendance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
g) Allergies, asthme, bronchite, trouble respiratoire, dyspnée ou apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
h) Troubles du système immunitaire, y compris test de dépistage du syndrome d'immunodéficience acquise (sida) et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
i) Arthrite, rhumatisme ou polyarthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
j) Cancer, tumeur, kyste, polype ou toute excroissance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
k) Troubles cutanés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
l) Troubles mammaires, ménopause, troubles de l'appareil reproducteur, infertilité ou procréation médicalement assistée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
m) Trouble de la vessie, des reins ou de la prostate, ou tout autre trouble de l'appareil génito-urinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
n) Céphalée ou migraines	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
o) Diabète, troubles endocriniens, troubles de l'hypophyse ou de la thyroïde, ou lupus	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
p) Trouble des yeux ou des oreilles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
q) Autres problèmes, affections, maladies ou troubles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

2. avez déjà reçu un traitement ou fait l'objet d'une hospitalisation pour une déficience physique, une anomalie congénitale, une affection, une blessure, une maladie ou un trouble **non mentionnés ci-dessus**, ou eu un de ces problèmes?  Oui  Non
3. avez déjà reçu la recommandation de subir une investigation, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale qui **n'a pas eu lieu**, ou attendez des tests ou des résultats de tests?  Oui  Non
4. avez été invalide ou incapable d'exercer des activités normales de la vie quotidienne pendant au moins deux (2) semaines au cours des cinq (5) dernières années?  Oui  Non
5. Si vous avez répondu « Oui » à l'une ou l'autre des questions 1 à 4 de la section C, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

N° de la question	Nom de la personne atteinte	Maladie/Affection/Diagnostic	Date du diagnostic	Durée	Nom et adresse du professionnel de la santé autorisé et/ou de l'hôpital qui fournit le traitement	État actuel

6. Est-ce que vous, le coproposant ou l'une des personnes à charge désignées prenez actuellement ou prévoyez prendre au cours des trois (3) prochains mois ou avez cessé de prendre au cours des trois (3) derniers mois une drogue, un médicament ou un sérum, ou suivez actuellement ou prévoyez suivre au cours des trois (3) prochains mois ou avez cessé de suivre au cours des trois (3) derniers mois tout autre traitement?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions :

Nom de la personne	Nom du médicament/sérum/traitement	Affection traitée	Dosage et posologie quotidienne du médicament ou du sérum	Durée de la période d'administration du médicament/sérum/traitement

7. Est-ce que vous, la coproposante ou l'une des personnes à charge indiquées êtes enceinte?  Oui  Non

Dans l'affirmative, indiquez le nom de la(des) personne(s) enceinte(s) : \_\_\_\_\_ Date prévue de l'accouchement: \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

# Avis sur la vie privée et la confidentialité

Dans la présente déclaration, les termes « vous », « votre » et « vos » renvoient au participant au régime 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 légal pour donner son consentement. 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 sélectionnant le bouton de soumission ou en signant la proposition, vous consentez à ce que nous recueillions, utilisions et communiquions vos renseignements personnels conformément à 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 de courriel, votre date de naissance ou votre numéro de permis de conduire
- Des renseignements médicaux que toute organisation ou personne possède à votre sujet
- Une copie de tout dossier de conduite automobile du bureau des véhicules automobiles de la province ou du territoire visé
- 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 sur vos préférences, vos caractéristiques démographiques et vos champs d'intérêt
- Des données bancaires pour administrer les garanties
- 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 propositions et 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 votre régime maintenant et dans l'avenir
  - Des sources publiques, comme des organismes gouvernementaux et des sites Internet
  - Les professionnels de la santé, notamment les médecins praticiens, les établissements de soins de santé, les pharmacies et tout autre établissement médical
  - D'autres assureurs
  - Les administrateurs de régimes publics et d'autres programmes d'assurance

## À quelles fins utilisons-nous vos renseignements personnels?

Nous utilisons vos renseignements personnels pour :

- 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, établir le régime et administrer les droits qui s'y rapportent
- Nous conformer aux 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 personnels?

- Aux personnes et autres parties avec lesquelles nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de votre régime maintenant et dans l'avenir
- Aux employés, agents et représentants autorisés
- À toute personne ou 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

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.

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

Pendant 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 retirer votre consentement à l'utilisation de vos renseignements personnels en vue de vous offrir d'autres produits ou services, à l'exception des offres accompagnant les relevés qui vous sont envoyés par la poste.

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 régime. Si vous nous retirez votre consentement, un régime ne pourra pas être établi et les sommes dues ne pourront pas 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, veuillez appeler notre Centre de service à la clientèle au 1 877 268-3763 ou écrire au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse indiquée ci-après.

## 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 North  
P.O. Box 1602  
Waterloo (Ontario) N2J 4C6

[Privacy\\_office\\_canadian\\_division@manulife.com](mailto:Privacy_office_canadian_division@manulife.com)

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

# Autorisation et déclaration du proposant

## Tous les proposant doivent remplir la présente section.

J'atteste/nous attestons que les déclarations contenues dans les présentes sont véridiques et complètes, et constituent, avec tout autre formulaire que j'ai/nous avons signé relativement à la présente proposition, la base de tout contrat établi au titre des présentes. Par la présente, j'autorise/nous autorisons tout médecin ou professionnel de la santé dûment autorisé, tout hôpital, toute pharmacie, clinique ou tout autre établissement de santé, assureur, conseiller, courtier, intermédiaire de marché, promoteur de régime, tiers administrateur (le cas échéant), tout organisme gouvernemental, tout organisme d'enquêtes ou toute agence de sécurité, ou tout autre organisme ou toute autre personne possédant des dossiers ou des renseignements sur moi/nous ou sur mon/notre état de santé, ou sur l'état de santé de tout membre de ma/notre famille à assurer au titre de ce régime, à fournir ces renseignements à Manuvie ou à ses réassureurs aux fins de la présente proposition, de tout autre contrat établi au titre de la présente et de toute demande de règlement ultérieure.

J'autorise/nous autorisons également Manuvie à consulter la présente proposition et ses dossiers existants à ces fins.

Il est entendu que les blessures subies ou les affections dont les premiers signes sont apparus à la date de la présente proposition ou antérieurement peuvent ne pas être couvertes par mon/notre contrat et que le fait de ne pas communiquer cette information pourrait entraîner le refus d'une demande de règlement ou encore l'annulation ou la modification de mon/notre contrat. Manuvie se réserve le droit de recouvrer les prestations versées si une blessure ou une affection médicale qui existait à la date de la présente proposition ou avant cette date n'a pas été signalée.

J'accuse/nous accusons réception de l'Avis sur la vie privée et la confidentialité de Manuvie, et j'en accepte/nous en acceptons les conditions.

Je comprends et conviens/nous comprenons et convenons que la couverture ne prendra effet que le premier du mois suivant l'approbation définitive et la réception du paiement de la première prime.

Une photocopie de la présente autorisation dûment signée est aussi valide que l'original.

Fait à \_\_\_\_\_ Signature du  
Ville (Province) proposant principal \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ (ii/mm/aaaa)

Fait à \_\_\_\_\_ Signature du  
Ville (Province) coproposant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ (ii/mm/aaaa)

## Rapport du conseiller – Section réservée au conseiller/à l'agent

Vous confirmez que vous avez communiqué au proposant les renseignements suivants :

- Le nom de la compagnie ou des compagnies que vous représentez;
- Le fait que vous recevez des commissions pour la vente de produits d'assurance vie, accidents et maladie, et que vous pouvez toucher une rémunération supplémentaire sous forme de boni, d'invitation à des congrès ou d'autres incitatifs; et
- Tout conflit d'intérêts que vous pourriez avoir relativement à cette opération.

Votre nom (prénoms, nom de famille) \_\_\_\_\_

Code d'agent \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Envoi de la proposition dûment remplie :

### Par la poste

Manuvie  
P.O. Box 670  
Stn. Waterloo  
Waterloo (Ontario) N2J 4B8

### Par messagerie

Manuvie  
500 King Street  
Marchés des groupes à affinités, Affaires  
nouvelles  
Poste de livraison 500-GB  
Waterloo (Ontario) N2J 4C6

### Par télécopieur

1 888 264-2243

Le Régime d'assurance soins médicaux et soins dentaires – Association est offert par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

Manuvie, Manuvie & M stylisé, et le M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisés par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.

© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2019. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Pour obtenir de plus amples renseignements, rendez-vous à l'adresse [manuvie.com/accessibilite](https://www.manuvie.com/accessibilite).

AF1325F (04/2019) 190044