



PROPOSITION POUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DE L'IMMEUBLE

Couverture établie par la



La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

Renseignements sur le membre *(en caractères d'imprimerie)*

Nom de famille		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse		Ville	Province	Code postal	
Date de naissance JJ/MM/AAAA		Pays de naissance			
Courriel		Tél. au domicile		Tél. au travail	
Profession		Travaillez-vous à votre compte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Dans l'affirmative, veuillez décrire la nature de votre entreprise et vos fonctions.	

(Jan/09)

Renseignements sur le conjoint *(À remplir seulement si vous demandez l'assurance vie temporaire du conjoint.)*

Nom de famille		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse		Ville	Province	Code postal	
Date de naissance JJ/MM/AAAA		Pays de naissance			
Courriel		Tél. au domicile		Tél. au travail	
Profession		Travaillez-vous à votre compte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Dans l'affirmative, veuillez décrire la nature de votre entreprise et vos fonctions.	

Renseignements sur les enfants *(À remplir seulement si vous demandez la couverture pour enfants.)*

Nom de l'enfant	Sexe	Date de naissance	Taille	Poids	Nom et adresse du médecin de famille
	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	

S'il n'y a pas assez d'espace, veuillez utiliser une feuille distincte dûment signée et datée.

Renseignements sur vos autres couvertures d'assurance

Est-ce que vous (le membre) ou votre conjoint avez une autre couverture d'assurance auprès de la Financière Manuvie ou d'une autre compagnie? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom du proposant	Nom de la compagnie	Type d'assurance (vie, invalidité)	Montant	Période d'attente (ass. invalidité)	Période d'indemnisation (ass. invalidité)	Imposable ou non? (ass. invalidité)	Prévoyez-vous remplacer cette couverture?
			\$				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			\$				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			\$				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous prévoyez remplacer une couverture, ne résiliez pas votre couverture existante avant d'avoir reçu et examiné votre contrat. La Financière Manuvie se réserve le droit de refuser toute proposition visant un remplacement.

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION :

Options de couverture

Je demande une nouvelle couverture une couverture supplémentaire.

Si vous avez actuellement une assurance au titre de ces régimes, précisez le numéro du contrat ou du certificat : _____

Si vous voulez souscrire une couverture supplémentaire, NE TENEZ PAS COMPTE DES COUVERTURES DÉJÀ EN VIGUEUR.

Membre : Non-fumeur¹ Fumeur

Conjoint : Non-fumeur¹ Fumeur

¹ Les taux non-fumeurs s'appliquent aux personnes qui n'ont pas fumé de cigarettes au cours des 12 derniers mois et qui répondent aux normes de santé de la Financière Manuvie.

ASSURANCE VIE TEMPORAIRE² (Rabais de 12 % sur capital assuré d'au moins 250 000 \$)

Membre	Montant de couverture demandé	Conjoint	Montant de couverture demandé
	_____ \$		_____ \$
	(De 50 000 \$ à 750 000 \$, en multiples de 50 000 \$)		(De 50 000 \$ à 750 000 \$, en multiples de 50 000 \$)

² La Financière Manuvie se réserve le droit de demander des renseignements médicaux complémentaires pour évaluer votre proposition ainsi que d'accepter ou de rejeter les propositions.

Assurance des enfants

Offerte seulement si l'assurance vie temporaire du membre est souscrite.

(Une prime mensuelle de 2,25 \$ couvre TOUS vos enfants admissibles, à raison d'une assurance vie de 10 000 \$ par enfant.)

Assurance invalidité Protection du revenu du membre Régime A Régime B

Offerte si l'assurance vie temporaire du membre est souscrite.

Nombre d'unités _____ (1 unité = prestations mensuelles de 100 \$) De 5 unités (prestations mensuelles de 500 \$) à 50 unités (prestations mensuelles de 5 000 \$).

Période d'attente 60 jours 90 jours 120 jours

Option facultative Indexation sur le coût de la vie (Régime B seulement)

Si vous choisissez cette option, elle sera ajoutée à toutes les couvertures d'assurance invalidité Protection du revenu du membre.

Assurance accidents Membre Famille

Offerte seulement si l'assurance vie temporaire ou l'assurance invalidité Protection du revenu du membre est souscrite.

Nombre d'unités _____ De 1 unité (couverture de 50 000 \$) à 5 unités (couverture de 250 000 \$).

ASSURANCE SOINS MÉDICAUX Soins médicaux Médicaux et dentaires

Membre

Conjoint Offerte seulement si l'assurance soins médicaux du membre est souscrite.

Enfants Offerte seulement si l'assurance soins médicaux du membre est souscrite.

Renseignements financiers (À remplir seulement si vous demandez une assurance vie temporaire de plus de 250 000 \$ ou l'assurance invalidité Protection du revenu du membre.)

Membre Revenu annuel net, après dépenses mais avant impôts _____ \$	Conjoint Revenu annuel net, après dépenses mais avant impôts _____ \$
Avoir net (actif moins passif) _____ \$	Avoir net (actif moins passif) _____ \$

Conditions (À lire attentivement avant de signer.)

DÉCLARATION : Par la présente, je soumetts une proposition d'assurance à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie). J'atteste que les déclarations contenues dans la présente proposition, notamment le Questionnaire de tarification qui y était joint à l'origine, sont véridiques et complètes, et constituent, avec tout autre formulaire que j'ai signé relativement à celle-ci, la base de tout contrat ou certificat établi en vertu de la présente. J'ai lu et je comprends que l'assurance demandée comporte des exclusions et restrictions. Je conviens que toute déclaration mensongère portant sur des faits importants, y compris une déclaration erronée quant à l'usage du tabac, rendra l'assurance annulable à la demande de l'assureur. Le suicide survenant dans les deux années suivant la date d'effet de l'assurance vie n'est pas couvert. Je conviens que l'assurance prendra effet à la date à laquelle ma proposition dûment remplie (y compris le Questionnaire de tarification) et la première prime parviendront à la Financière Manuvie, sous réserve de l'approbation des tarificateurs de la Compagnie. Il est entendu que tout renseignement fourni relativement à l'état de santé doit être exact à la date de signature de la proposition.

AUTORISATION ET RÉVOCACTION : En ce qui concerne l'assurance demandée, je soussigné la personne à assurer autorise par les présentes les médecins autorisés, praticiens, hôpitaux, pharmacies, cliniques ou autres établissements médicaux, compagnies d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, le promoteur du régime d'assurance, les organismes d'enquête et de sécurité, agents, courtiers ou intermédiaires de marché, organismes d'État ou autres organismes ou personnes possédant des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé à fournir les renseignements en question à la Financière Manuvie ou à ses réassureurs, aux fins de la présente proposition, du contrat ou de toute demande de règlement subséquente. J'autorise également la Financière Manuvie et ses filiales, sociétés affiliées et mandataires à utiliser les renseignements contenus dans la présente proposition et dans leurs dossiers existants pour m'offrir leurs produits ou services. Je sais que mon consentement à l'utilisation de tout renseignement pour m'offrir des produits et des services est facultatif, et que je peux y mettre fin en communiquant avec la Financière Manuvie à l'adresse ou au numéro de téléphone indiqués dans le présent document. Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Je déclare avoir reçu l'Avis sur la communication des renseignements ainsi que l'Avis sur la vie privée et la confidentialité, et je confirme que j'en accepte les conditions. Je déclare avoir été informé des raisons pour lesquelles les données médicales sont exigées, ainsi que des risques et des avantages, pour l'intéressé, de donner ou non son consentement. Le présent consentement prendra effet à la date de signature de la présente proposition et prendra fin sept ans après la date de résiliation de tout contrat ou certificat établi à la suite de la présente proposition. Il est entendu que ce consentement peut être révoqué en tout temps et que si, en raison d'une telle révocation, l'assureur n'est pas en mesure d'obtenir une preuve de sinistre, le règlement pourrait ne pas être honoré.

Je soussigné le membre désigne par la présente la ou les personnes nommées comme bénéficiaires pour recevoir les sommes assurées conformément à tout contrat ou certificat établi en vertu de la présente.

Signature du membre _____

Fait à (ville) _____

Date _____ JJ/MM/AAAA

Signature du conjoint (si l'assurance du conjoint est demandée) _____

Fait à (ville) _____

Date _____ JJ/MM/AAAA

Rapport du conseiller

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

- le nom de la ou des sociétés 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 l'opération en cause.

Votre nom _____
NOM DE FAMILLE

PRÉNOM

Code du
conseiller _____

Signature _____

Section invalidité Protection du revenu du membre (Membre seulement)

1. Si vous êtes travailleur autonome, quel genre d'entreprise avez-vous? Propriétaire unique Société en nom collectif Société par actions
2. Si vous êtes propriétaire d'une société en nom collectif ou d'une société par actions, précisez le pourcentage de propriété : _____ %
3. Date à laquelle vous êtes devenu travailleur autonome? _____ JJ/MM/AAAA
4. Avez-vous déjà fait une déclaration de faillite à titre de particulier ou d'entreprise ou prévoyez-vous le faire? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, y compris la date de libération de la faillite : _____

Preuve de revenu : Si vous demandez une couverture de plus de 3 500 \$ par mois, veuillez soumettre les pages 1, 2 et 3 de vos déclarations de revenus des deux dernières années. Si l'entreprise est constituée en personne morale, veuillez également en soumettre les derniers états financiers.

Désignation de bénéficiaire pour l'assurance vie

Bénéficiaire au titre de la couverture du membre

Nom de famille	Prénom
Lien	

Au Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire au titre de la présente proposition est irrévocable, sauf indication contraire. Par la présente, je désigne mon conjoint comme bénéficiaire révocable.

Le membre est d'office le bénéficiaire au titre de toute couverture des enfants qui est souscrite. Si le bénéficiaire a moins de 18 ans, veuillez désigner un fiduciaire qui recevra les sommes payables pour son compte.

Nom du fiduciaire de tout bénéficiaire mineur

Bénéficiaire au titre de la couverture du conjoint

Nom de famille	Prénom
Lien	

Au Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire au titre de la présente proposition est irrévocable, sauf indication contraire. Par la présente, je désigne mon conjoint comme bénéficiaire révocable.

Sauf indication écrite de sa part, le membre est d'office le bénéficiaire au titre de toute couverture du conjoint qui est souscrite. Si le bénéficiaire a moins de 18 ans, veuillez désigner un fiduciaire qui recevra les sommes payables pour son compte.

Nom du fiduciaire de tout bénéficiaire mineur

Résidents du Québec seulement : Vous **pouvez** détacher cette section dûment remplie et l'envoyer directement à la Financière Manuvie à l'adresse indiquée dans le présent document.

Cette proposition n'est pas valide si le Questionnaire de tarification n'est pas dûment rempli et la proposition, dûment signée.

Questionnaire de tarification (Remplir les deux côtés, même si vous répondez « NON » à toutes les questions d'ordre médical.)

Nom complet du membre	Téléphone au domicile	Nom complet du conjoint	Téléphone au domicile
Courriel du membre		Courriel du conjoint	
Nom du médecin du membre	Téléphone	Nom du médecin du conjoint	Téléphone
Adresse du médecin		Adresse du médecin	
Date de la dernière consultation	JJ/MM/AAAA	Date de la dernière consultation	JJ/MM/AAAA
Motif de la consultation		Motif de la consultation	
Taille du membre <input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Taille du conjoint <input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg

L'une des personnes à assurer (membre, conjoint ou enfant) :

	MEMBRE		CONJOINT		ENFANT(S)	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1. a-t-elle déjà présenté une demande d'assurance qui a été refusée ou acceptée moyennant une modification ou l'imposition d'une surprime? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris le nom du proposant, la date, le nom de la compagnie et la raison : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. au cours des cinq dernières années, s'est-elle fait suspendre son permis de conduire ou a-t-elle été accusée de conduite avec facultés affaiblies ou de plus de trois infractions au code de la route? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris le nom du proposant, la nature de l'infraction, la ou les dates, le numéro du permis de conduire et la province de délivrance du permis : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. prévoit-elle piloter un aéronef, faire de la plongée autonome, du parachutisme, du deltaplane, de la course automobile ou de l'alpinisme, ou pratiquer toute autre activité dangereuse? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris le nom du proposant, le type d'activité et la ou les dates : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. prévoit-elle voyager ou résider à l'extérieur de l'Amérique du Nord au cours des douze prochains mois? Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions, y compris le nom du proposant, le lieu, la date, la raison et la durée : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. a-t-elle, au cours des sept dernières années, pris des médicaments pour des fins autres que médicales, fait usage de marijuana, été traitée pour consommation d'alcool ou de drogues, ou reçu la recommandation d'en réduire la consommation? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris le nom du proposant, le(s) type(s) de drogue(s) ou d'alcool, et la ou les dates de la dernière consommation : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Questions à l'intention des femmes :						
a) Êtes-vous enceinte? Dans l'affirmative, précisez la date prévue de l'accouchement : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous déjà fait une fausse couche, souffert de prééclampsie, ou eu une césarienne ou d'autres complications liées à la grossesse? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris la date : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



