



# Régime d'assurance-vie temporaire

Destiné aux titulaires de carte  
**PRESTATIONS POUVANT ATTEINDRE 150 000 \$**



## (A) DEMANDE D'ASSURANCE DU TITULAIRE DE LA CARTE

VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :

A. Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) Nom de famille

B. Adresse : \_\_\_\_\_

C. Ville/Province : \_\_\_\_\_

D. Code postal : \_\_\_\_\_ E. Numéro de la carte Hbc/la Baie/Zellers \_\_\_\_\_

F. Date de naissance (jour/mois/année) : \_\_\_\_\_

G. Cochez le montant de couverture que vous désirez. Vous pouvez demander les taux de prime pour « non-fumeurs » si vous n'avez fait usage d'aucune forme de tabac au cours des 12 derniers mois. La présente demande d'assurance vise-t-elle à remplacer un contrat d'assurance existant? Non  Oui   
Dans l'affirmative, veuillez nous fournir le(s) numéro(s) du(des) contrat(s) devant être remplacé(s) ainsi que le nom de l'assureur.  
\_\_\_\_\_

H. Taille \_\_\_\_\_ pi \_\_\_\_\_ po Poids \_\_\_\_\_ lb Sexe : M  F

I. Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ (travail) : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

## (B) DEMANDE D'ASSURANCE DU CONJOINT

Le conjoint peut souscrire la présente assurance même si le titulaire de la carte ne l'a pas souscrite. Veuillez dans ce cas répondre aux questions A à E de la Section (A) réservée au titulaire de la carte.

Nom du conjoint : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) Nom de famille

VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :

A. Date de naissance du conjoint : \_\_\_\_\_

B. Cochez le montant de couverture désiré pour le conjoint. Vous pouvez demander les taux de prime pour « non-fumeurs » si vous n'avez fait usage d'aucune forme de tabac au cours des 12 derniers mois. La présente demande d'assurance vise-t-elle à remplacer un contrat d'assurance existant? Non  Oui   
Dans l'affirmative, veuillez nous fournir le(s) numéro(s) du(des) contrat(s) devant être remplacé(s) ainsi que le nom de l'assureur.  
\_\_\_\_\_

C. Taille \_\_\_\_\_ pi \_\_\_\_\_ po Poids \_\_\_\_\_ lb Sexe : M  F

D. Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ (travail) : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

## (C) PROTECTION ACCIDENT GRAVE

**Titulaire de la carte** (Cette garantie n'est offerte que si le titulaire de la carte est assuré au titre du Régime d'assurance-vie temporaire.)

Déficiance majeure	Jusqu'à 50 000 \$	Jusqu'à 75 000 \$	Jusqu'à 100 000 \$	Jusqu'à 125 000 \$	Jusqu'à 150 000 \$
Décès accidentel	5 000 \$	7 500 \$	10 000 \$	12 500 \$	15 000 \$
Prime mensuelle	2 \$	3 \$	4 \$	5 \$	6 \$

(C) → \_\_\_\_\_ \$  
Prime mensuelle

**Conjoint** (Cette garantie n'est offerte que si votre conjoint est assuré au titre du Régime d'assurance-vie temporaire.)

Déficiance majeure	Jusqu'à 50 000 \$	Jusqu'à 75 000 \$	Jusqu'à 100 000 \$	Jusqu'à 125 000 \$	Jusqu'à 150 000 \$
Décès accidentel	5 000 \$	7 500 \$	10 000 \$	12 500 \$	15 000 \$
Prime mensuelle	2 \$	3 \$	4 \$	5 \$	6 \$

(C) → \_\_\_\_\_ \$  
Prime mensuelle

## (D) DEMANDE D'ASSURANCE-VIE TEMPORAIRE DES ENFANTS

Cette garantie n'est offerte que si le titulaire de la carte est assuré au titre du Régime d'assurance-vie temporaire. (Une prime mensuelle unique de 2,25 \$ procure une couverture d'assurance-vie de 10 000 \$ à chacun de vos enfants admissibles.) Vos enfants admissibles sont (précisez ci-dessous) :

Nom	Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe
_____	_____	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
_____	_____	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
_____	_____	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin

Couverture de 10 000 \$

Veuillez cocher ci-dessus  si vous désirez la couverture d'assurance-vie temporaire des enfants.

2,25 \$  
Prime mensuelle

150 000 \$

Non-fumeur  Fumeur

100 000 \$

Non-fumeur  Fumeur

50 000 \$

Non-fumeur  Fumeur



\_\_\_\_\_ \$

**Votre prime mensuelle**

VOIR LE TABLEAU DES PRIMES CI-JOINT

150 000 \$

Non-fumeur  Fumeur

100 000 \$

Non-fumeur  Fumeur

50 000 \$

Non-fumeur  Fumeur



\_\_\_\_\_ \$

**Votre prime mensuelle**

VOIR LE TABLEAU DES PRIMES CI-JOINT

**E QUESTIONNAIRE MÉDICAL**

<b>Veillez répondre aux questions suivantes :</b>	<b>Titulaire de la carte</b>	<b>Conjoint</b>	<b>Enfants</b>
1. Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez une affection cardiaque, la tuberculose, le cancer, une tumeur, le diabète, des troubles nerveux, un ulcère, une affection rénale, des troubles urinaires, des troubles pulmonaires ou hépatiques, une hépatite (y compris l'état de porteur), des douleurs thoraciques, une pression artérielle anormale, ou un problème de santé lié à la consommation d'alcool ou de drogues?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2. Avez-vous reçu un traitement médical ou consulté un médecin relativement au SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), au para-sida, à une maladie d'ordre sexuel, ou obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH (virus de l'immunodéficience humaine)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3. Souffrez-vous de l'une des affections inexplicables suivantes : fatigue, perte de poids, diarrhée, adénopathie, lésions cutanées inhabituelles ou toute autre maladie ou malformation non mentionnée ci-dessus?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà fait une demande d'assurance vie ou invalidité qui a été refusée ou reportée à une date ultérieure ou pour laquelle vous avez dû payer une surprime?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5. Prévoyez-vous résider à l'extérieur du Canada? Dans l'affirmative, indiquez le pays et la date. _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

<b>Veillez fournir plus de détails pour toutes les questions auxquelles vous avez répondu « Oui ».</b>					
<b>Numéro de la question</b>	<b>Nom</b>	<b>Affection</b>	<b>Durée et date</b>	<b>Résultat</b>	<b>Médecin traitant ou hôpital</b>

L'assureur peut exiger que la personne à assurer subisse un examen médical, une analyse des urines ou d'autres tests comme un profil sanguin général (comprenant un test sanguin de dépistage du SIDA) qui seront entièrement à la charge de l'assureur. Les résultats positifs obtenus relativement à une maladie infectieuse seront communiqués au ministère de la santé provincial ou territorial approprié, si la loi l'exige.

\_\_\_\_\_  
Nom du titulaire de la carte (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du conjoint (le cas échéant)

**Remarque : Les résidents du Québec peuvent envoyer cette page directement à l'assureur.**



LES PRIMES  
SONT GARANTIES  
POUR 5 ANS.

## Primes mensuelles du Régime d'assurance-vie temporaire\*\*

150 000 \$					100 000 \$					50 000 \$				
Âge à l'établissement et au renouvellement	Homme		Femme		Âge à l'établissement et au renouvellement	Homme		Femme		Âge à l'établissement et au renouvellement	Homme		Femme	
	non-fumeur	fumeur	non-fumeuse	fumeuse		non-fumeur	fumeur	non-fumeuse	fumeuse		non-fumeur	fumeur	non-fumeuse	fumeuse
18 à 30 ans	17,04	27,30	11,34	18,96	18 à 30 ans	11,36	18,20	7,56	12,64	18 à 30 ans	7,68	11,10	5,78	8,32
31	17,64	28,50	12,18	20,22	31	11,76	19,00	8,12	13,48	31	7,88	11,50	6,06	8,74
32	18,24	29,82	13,08	21,60	32	12,16	19,88	8,72	14,40	32	8,08	11,94	6,36	9,20
33	18,90	31,20	14,04	23,04	33	12,60	20,80	9,36	15,36	33	8,30	12,40	6,68	9,68
34	19,50	32,58	15,06	24,60	34	13,00	21,72	10,04	16,40	34	8,50	12,86	7,02	10,20
35	20,22	34,08	16,14	26,28	35	13,48	22,72	10,76	17,52	35	8,74	13,36	7,38	10,76
36	21,42	37,62	17,46	29,16	36	14,28	25,08	11,64	19,44	36	9,14	14,54	7,82	11,72
37	22,74	41,58	18,90	32,40	37	15,16	27,72	12,60	21,60	37	9,58	15,86	8,30	12,80
38	24,12	45,90	20,46	35,94	38	16,08	30,60	13,64	23,96	38	10,04	17,30	8,82	13,98
39	25,56	50,64	22,14	39,90	39	17,04	33,76	14,76	26,60	39	10,52	18,88	9,38	15,30
40	27,12	55,92	24,00	44,34	40	18,08	37,28	16,00	29,56	40	11,04	20,64	10,00	16,78
41	29,76	61,80	26,28	48,18	41	19,84	41,20	17,52	32,12	41	11,92	22,60	10,76	18,06
42	32,70	68,22	28,74	52,32	42	21,80	45,48	19,16	34,88	42	12,90	24,74	11,58	19,44
43	35,88	75,36	31,50	56,88	43	23,92	50,24	21,00	37,92	43	13,96	27,12	12,50	20,96
44	39,36	83,22	34,50	61,80	44	26,24	55,48	23,00	41,20	44	15,12	29,74	13,50	22,60
45	43,20	91,92	37,74	67,14	45	28,80	61,28	25,16	44,76	45	16,40	32,64	14,58	24,38
46	47,94	101,22	39,60	71,16	46	31,96	67,48	26,40	47,44	46	17,98	35,74	15,20	25,72
47	53,16	111,48	41,52	75,36	47	35,44	74,32	27,68	50,24	47	19,72	39,16	15,84	27,12
48	59,04	122,76	43,56	79,86	48	39,36	81,84	29,04	53,24	48	21,68	42,92	16,52	28,62
49	65,52	135,18	45,72	84,60	49	43,68	90,12	30,48	56,40	49	23,84	47,06	17,24	30,20
50	72,72	148,86	48,00	89,64	50	48,48	99,24	32,00	59,76	50	26,24	51,62	18,00	31,88
51	78,24	159,60	51,06	92,58	51	52,16	106,40	34,04	61,72	51	28,08	55,20	19,02	32,86
52	84,18	171,18	54,30	95,64	52	56,12	114,12	36,20	63,76	52	30,06	59,06	20,10	33,88
53	90,54	183,54	57,78	98,82	53	60,36	122,36	38,52	65,88	53	32,18	63,18	21,26	34,94
54	97,38	196,86	61,44	102,06	54	64,92	131,24	40,96	68,04	54	34,46	67,62	22,48	36,02
55	104,76	211,08	65,40	105,42	55	69,84	140,72	43,60	70,28	55	36,92	72,36	23,80	37,14
56	110,52	226,62	70,26	111,54	56	73,68	151,08	46,84	74,36	56	38,84	77,54	25,42	39,18
57	116,52	243,36	75,48	118,02	57	77,68	162,24	50,32	78,68	57	40,84	83,12	27,16	41,34
58	122,88	261,30	81,06	124,92	58	81,92	174,20	54,04	83,28	58	42,96	89,10	29,02	43,64
59	129,54	280,56	87,06	132,18	59	86,36	187,04	58,04	88,12	59	45,18	95,52	31,02	46,06
60	136,62	301,26	93,54	139,86	60	91,08	200,84	62,36	93,24	60	47,54	102,42	33,18	48,62
61	152,58	339,06	103,26	154,50	61	101,72	226,04	68,84	103,00	61	52,86	115,02	36,42	53,50
62	170,40	381,60	114,00	170,58	62	113,60	254,40	76,00	113,72	62	58,80	129,20	40,00	58,86
63	190,32	429,54	125,88	188,40	63	126,88	286,36	83,92	125,60	63	65,44	145,18	43,96	64,80
64	212,52	483,42	138,96	208,08	64	141,68	322,28	92,64	138,72	64	72,84	163,14	48,32	71,36
65	237,36	544,14	153,42	229,80	65	158,24	362,76	102,28	153,20	65	81,12	183,38	53,14	78,60
* 66	249,96	574,50	160,86	241,02	* 66	166,64	383,00	107,24	160,68	* 66	85,32	193,50	55,62	82,34
* 67	262,56	604,86	168,36	252,24	* 67	175,04	403,24	112,24	168,16	* 67	89,52	203,62	58,12	86,08
* 68	275,16	635,22	175,86	263,46	* 68	183,44	423,48	117,24	175,64	* 68	93,72	213,74	60,62	89,82
* 69	287,70	665,58	183,30	274,74	* 69	191,80	443,72	122,20	183,16	* 69	97,90	223,86	63,10	93,58

**AVIS SUR LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS.** Les renseignements demandés ne serviront qu'à des fins d'assurance et demeureront confidentiels. L'assureur ou ses réassureurs peuvent toutefois en faire un bref rapport au Bureau des renseignements médicaux. Le Bureau des renseignements médicaux est un organisme à but non lucratif créé par les sociétés d'assurance-vie pour communiquer des données d'assurance à ses membres. Avec votre autorisation, le Bureau fournira les renseignements contenus dans ses dossiers à toute société d'assurance membre à laquelle vous aurez présenté une proposition d'assurance-vie ou d'assurance-maladie, ou pour laquelle une demande de règlement est soumise. À votre demande, le Bureau prendra des dispositions pour que soient transmis les renseignements qui figurent dans votre dossier et qui vous concernent, vous, votre conjoint ou vos enfants assurés au titre du présent régime. Si vous croyez que ces renseignements sont inexacts, vous pouvez demander que des corrections y soient apportées en communiquant avec le Bureau à l'adresse suivante : Bureau des renseignements médicaux, 330 University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 1R7. Téléphone : (416) 597-0590.

**AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ.** Les renseignements spécifiques et détaillés exigés dans la demande d'assurance sont nécessaires au traitement de celle-ci. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, la Financière Manuvie créera un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la demande d'assurance, offrir et administrer les services, et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier sera limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents de la Financière Manuvie, responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'examen des demandes de règlement ainsi qu'à toute autre personne ayant été autorisée par vous ou par la loi. Votre dossier sera gardé en lieu sûr dans nos bureaux. Vous pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Agent responsable de l'accès à l'information, Financière Manuvie, 5650 Yonge Street, 16th Floor, Toronto (Ontario) M2M 4G4.

La présente assurance peut être souscrite jusqu'à l'âge de 65 ans. \*Les taux pour les âges de 66 à 69 ans ne s'appliquent qu'aux renouvellements.

\*\*Les taux peuvent changer sans préavis.