


 Nouveau client
 Client existant
N° du certificat

(si assuré actuellement)
Renseignements sur l'adhérent
 Homme Femme

Nom de l'adhérent NOM DE FAMILLE PRÉNOM

N° d'app. Numéro et rue Ville Province Code postal

Date de naissance JJ MM AAAA Lieu de naissance Profession

Adresse électronique* Téléphone (domicile) (bureau)

ADMISSIBILITÉ : Tous les diplômés ont le droit de soumettre une proposition. **Tous les proposants doivent habiter au Canada et avoir moins de 61 ans.**

 Je suis ancien(ne) étudiant(e) de l'Université McGill

*Votre adresse électronique nous sera utile. À la Financière Manuvie, nous attachons de l'importance au respect de votre vie privée. Nous ne vendons ni ne communiquons de renseignements sur nos clients. De temps à autre, vous pourrez recevoir un courriel de nous au sujet d'un nouveau produit ou d'une communication importante. Chaque fois que vous recevrez un courriel, vous aurez la possibilité de faire ôter votre nom de notre liste d'envoi.

Bénéficiaire de la couverture de l'adhérent** NOM DE FAMILLE PRÉNOM Lien

**Au Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable sauf stipulation contraire. Par la présente, je désigne mon conjoint comme bénéficiaire révocable.

Renseignements sur le conjoint (uniquement en cas de souscription d'une couverture du conjoint)
 Homme Femme

Nom du conjoint NOM DE FAMILLE PRÉNOM

Date de naissance du conjoint JJ MM AAAA Lieu de naissance Profession

Bénéficiaire de la couverture du conjoint** NOM DE FAMILLE PRÉNOM Lien

Choix du régime d'assurance (ne comprend pas l'assurance déjà en vigueur)

<input type="checkbox"/> ASSURANCE-VIE TEMPORAIRE DE L'ADHÉRENT Taux privilégié <i>(quand la couverture atteint 280 000 \$ (8 unités) ou plus)</i>	<input type="checkbox"/> Taux normal <input type="checkbox"/> Taux non-fumeurs [†]	Nombre d'unités <input type="text"/>	X	Prime par unité <input type="text"/>	=	<input type="text"/> \$
<input type="checkbox"/> ASSURANCE-VIE TEMPORAIRE DU CONJOINT Taux privilégié <i>(quand la couverture atteint 280 000 \$ (8 unités) ou plus)</i>	<input type="checkbox"/> Taux normal <input type="checkbox"/> Taux non-fumeurs [†]	Nombre d'unités <input type="text"/>	X	Prime par unité <input type="text"/>	X .9 =	<input type="text"/> \$
†Les taux non-fumeurs s'appliquent aux personnes qui ne fument pas de cigarettes depuis 12 mois et qui répondent aux normes de santé de la Financière Manuvie.						
<input type="checkbox"/> ASSURANCE VIE ET ACCIDENTS DES ENFANTS Une prime mensuelle couvre tous vos enfants admissibles.		Nombre d'unités <input type="text"/>	X	Prime par unité \$1.50	=	<input type="text"/> \$
<input type="checkbox"/> ASSURANCE INVALIDITÉ PROTECTION DU REVENU DE L'ADHÉRENT Délai de carence <input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 120 jours <input type="checkbox"/> 180 jours Indexation sur le coût de la vie (facultative) <input type="checkbox"/> Moins de 45 ans <input type="checkbox"/> De 45 à 64 ans		Nombre d'unités <input type="text"/>	X	Prime par unité <input type="text"/>	=	<input type="text"/> \$
<input type="checkbox"/> PROTECTION ACCIDENTS GRAVES DE L'ADHÉRENT		Nombre d'unités <input type="text"/>	X	Prime par unité <input type="text"/>	=	<input type="text"/> \$
<input type="checkbox"/> PROTECTION ACCIDENTS GRAVES DU CONJOINT		Nombre d'unités <input type="text"/>	X	Prime par unité <input type="text"/>	=	<input type="text"/> \$
PRIME MENSUELLE TOTALE					=	<input type="text"/> \$

▼ Les résidents du Québec peuvent détacher cette section et l'envoyer directement à la compagnie d'assurance dans l'enveloppe réponse ci-jointe. ▼

Déclaration de santé

Nom au complet de l'adhérent (en caractères d'imprimerie) Téléphone

Nom au complet du conjoint (en caractères d'imprimerie) Date

Médecin de l'adhérent (Nom) N° de tél. Date de la dernière visite JJ MM AAAA

Donnez-en la raison Donnez-en les résultats Taille de l'adhérent Poids

Médecin du conjoint (Nom) N° de tél. Date de la dernière visite JJ MM AAAA

Donnez-en la raison Donnez-en les résultats Taille de conjoint Poids

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

	Adhérent		Conjoint		Enfant(s)	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1. a-t-elle déjà souffert d'une des affections suivantes ou été traitée pour l'une d'entre elles : troubles mentaux ou nerveux (dépression, anxiété, stress, etc.), troubles touchant le cerveau ou le système nerveux, troubles cardiaques ou circulatoires, douleurs thoraciques, hypertension, diabète, cancer, tumeur, maladie pulmonaire ou du foie, hépatite (y compris l'état de porteur), maladie rénale, anomalie urinaire, infection rare, anomalie du système immunitaire ou toute autre maladie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. a-t-elle déjà été traitée ou reçu la recommandation d'être traitée pour réduire la consommation de drogues ou d'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. a-t-elle déjà eu des troubles du dos, du cou ou du genou, été traitée pour une douleur chronique ou une fibromyosite, subi des radiographies de la colonne vertébrale ou des articulations ou été hospitalisée ou invalidée à la suite d'une blessure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. a-t-elle déjà subi un test de dépistage du VIH dont le résultat a été positif, été traitée pour le VIH ou le SIDA ou exposée au VIH ou au SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VEUILLEZ REMPLIR LES DEUX CÔTÉS ▶

