

1. Renseignements sur le membre

Nom (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)			
Nom de famille	Prénom	Homme <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/>
Adresse :	Ville :	Province :	Code postal :
Courriel :	Tél. au domicile : ()	Tél. au travail : ()	
Date de naissance JJ/MM/AAAA	Pays de naissance	Non-fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/>	
Le proposant est : <input type="checkbox"/> Ingénieur <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Technicien/Technologue <input type="checkbox"/> Titulaire d'un permis restreint <input type="checkbox"/> Géoscientifique <input type="checkbox"/> Architecte <input type="checkbox"/> Employé permanent à temps plein de l'association <input type="checkbox"/> Membre en formation			
Nom de l'assoc. prov. ou terr. : _____		Numéro de membre : _____	

2. Couverture demandée Nouvelle couverture Couverture supplémentaire

Assurance de remplacement du revenu en cas d'invalidité (Ne pas tenir compte de toute couverture déjà en vigueur.)

A. Veuillez indiquer le montant de la prestation mensuelle demandée, en multiples de 100 \$ (maximum de 10 000 \$) _____ \$

B. Choisissez la période d'attente* avant le versement des prestations : 0-7 jours 14 jours 30 jours 90 jours 119 jours 180 jours 365 jours

* Si vous êtes couvert par l'assurance-emploi, sélectionnez une période d'attente d'au moins 90 jours.

Assurance frais généraux

A. Veuillez indiquer le montant total du remboursement mensuel demandé, en multiples de 100 \$ (maximum de 8 000 \$) _____ \$

B. Période d'attente avant le versement des prestations : 14 jours 30 jours

3. Renseignements sur la situation financière et l'emploi

A. Actuellement, avez-vous un emploi (y compris un emploi à votre compte)? Oui Non

Si vous êtes travailleur autonome*, quel est le statut de votre entreprise?

Propriétaire unique Société en nom collectif Société constituée en personne morale Droits de propriété _____% Date de lancement JJ/MM/AAAA

Si vous êtes travailleur autonome, décrivez la nature de votre entreprise _____

Répartition des tâches : Travail de bureau _____% Supervision _____% Travail manuel _____% Usage de la voiture _____%

B. Revenu mensuel gagné net _____ \$

Remarque : Le revenu mensuel gagné net s'entend du revenu provenant de votre emploi, déduction faite des frais professionnels, mais avant l'impôt sur le revenu. Si votre revenu varie, prenez votre revenu gagné moyen des 24 derniers mois.

Êtes-vous admissible à l'assurance-emploi? Oui Non

C. En cas d'invalidité, continuerez-vous à recevoir un revenu de votre employeur ou en vertu d'un contrat de société? Oui Non

Dans l'affirmative, quel pourcentage? _____% Pendant combien de mois? _____

D. Avez-vous une assurance vie en suspens ou une assurance invalidité ou frais généraux en vigueur auprès de la Financière Manuvie ou d'une autre compagnie? Oui Non

Nom de la compagnie	Montant	Période d'attente	Montant de la prestation	Imposable?	Cette couverture sera-t-elle remplacée?
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Remarque : Si vous prévoyez remplacer une couverture, ne demandez pas la résiliation de votre couverture actuelle avant d'avoir reçu et lu votre nouveau contrat.

E. Preuve de revenu

Si vous souscrivez 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 votre entreprise est constituée en personne morale, veuillez aussi fournir les états financiers les plus récents.

F. Avez-vous fait une déclaration de faillite à titre de particulier ou d'entreprise ou prévoyez-vous le faire? Non Oui

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, y compris la date de libération de la faillite : _____

G. Si vous demandez une assurance frais généraux, précisez le montant des frais généraux mensuels moyens à votre charge (en excluant votre salaire) : _____ \$

* Les prestations pour les membres qui sont travailleurs autonomes depuis peu pourraient être réduites.

5. Déclaration de santé (suite)

10. Au cours des deux dernières années, avez-vous eu un résultat anormal de mammographie, de test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique ou de tout autre test ou toute autre investigation, avez-vous consulté un spécialiste, vous a-t-on prescrit des médicaments, un autre traitement ou du counseling pour un trouble autre qu'une affection bénigne (rhume, grippe, etc.), ou vous a-t-on recommandé d'effectuer une investigation plus approfondie, de voir un autre médecin ou de subir une chirurgie?

Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre des questions 7 à 10, veuillez donner des précisions ci-après. Si vous manquez d'espace, veuillez utiliser une feuille distincte dûment signée et datée.

N° de la question	Nature du trouble	Date et durée	Traitement et état actuel	Médecin traitant ou hôpital

11. Un membre de votre famille immédiate (père, mère, frère ou sœur) a-t-il souffert de l'une des affections suivantes : maladie cardiaque, diabète, cancer, accident vasculaire cérébral, hypertension, maladie du rein, hépatite, chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique (SLA), maladie du motoneurone, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson ou toute autre maladie ou tout autre trouble héréditaires? Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Membre de la famille	Affection (s'il s'agit d'un cancer, précisez le type)	Âge à l'apparition de l'affection	Âge au décès et cause du décès

Membre
OUI NON

6. Conditions (À lire attentivement avant de signer)

Par la présente, je soussigné (le membre) soumetts une proposition d'assurance à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie).

J'atteste que les déclarations contenues dans la présente proposition et la Déclaration de santé qui y était jointe à l'origine sont véridiques et complètes. Je sais que la présente proposition, avec tout autre formulaire que j'ai signé relativement à celle-ci, constitue la base de tout certificat établi au titre de la présente.

Je conviens que toute présentation erronée des faits, rendra l'assurance résiliable à la demande de l'assureur. Je comprends que des exclusions et restrictions s'appliquent à la couverture demandée. En ce qui concerne l'assurance demandée, je soussigné (la personne à assurer ou le parent ou le tuteur si la personne à assurer est mineure) autorise par la présente les médecins agréés, praticiens, hôpitaux, pharmacies, cliniques ou autres établissements paramédicaux, compagnies d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, l'administrateur du contrat collectif, le promoteur du régime d'assurance, les organismes d'enquête et de sécurité, agents, courtiers ou intermédiaires commerciaux, organismes d'État ou autres organismes ou personnes possédant de dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé ou sur l'un des membres de ma famille à assurer au titre du présent régime ou sur son 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 la Financière Manuvie à consulter ses dossiers existants à cette fin.

J'autorise également la Financière Manuvie et ses filiales, sociétés affiliées et agents à utiliser les renseignements fournis 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 ces renseignements pour m'offrir des produits et des services est facultatif, et que je peux y mettre fin en écrivant à la Financière Manuvie à l'adresse indiquée 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 DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ainsi que l'AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ, et je confirme que j'en accepte les conditions.

La couverture débute au titre du régime de remplacement du revenu en cas d'invalidité ou du régime d'assurance frais généraux le premier jour du mois qui suit la date d'approbation de votre proposition par la Financière Manuvie, sous réserve du paiement de la prime.

Je déclare avoir été informé des raisons pour lesquelles les renseignements médicaux sont nécessaires ainsi que des risques et avantages liés à mon consentement ou à mon refus de consentir. Le présent consentement prend effet à la date de signature de la présente proposition et prend 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. Le suicide commis dans les deux années suivant la date d'effet n'est pas couvert par le régime d'assurance vie temporaire.

L'assurance prend effet à la date à laquelle la Financière Manuvie reçoit la proposition dûment remplie (y compris ma Déclaration de santé dûment remplie) et la première prime, sous réserve de l'approbation des tarificateurs de la Compagnie. Je sais que tous les renseignements médicaux doivent être exacts à la date à laquelle la proposition est signée.

Si votre proposition est approuvée, vous recevrez un certificat indiquant la couverture accordée et donnant un aperçu des principales dispositions contractuelles. Si vous n'êtes pas assurable, les primes acquittées vous seront intégralement remboursées.

Signature du membre

Date (JJ/MM/AAAA)

Fait à

Cosignature (pour les prélèvements automatiques sur le compte, si la banque l'exige)

Date (JJ/MM/AAAA)

Fait à

Nom du représentant (s'il y a lieu)

Code

Des questions? Composez sans frais le **1 877 598-2273** ou envoyez un courriel à am_service@manuvie.com.