

## 1. Renseignements sur le membre

Nom du membre (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Homme  Femme

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

Courriel \_\_\_\_\_ Tél. au domicile ( ) \_\_\_\_\_ Tél. au travail ( ) \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Pays de naissance \_\_\_\_\_ Non-fumeur  Fumeur

Le proposant est  Ingénieur  Étudiant  Technicien/Technologue  Titulaire d'un permis restreint  
 Géoscientifique  Architecte  Employé permanent à temps plein de l'association  Membre en formation

Nom de l'association prov. ou terr. \_\_\_\_\_ N° 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 une 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 de 90 jours ou plus.

**Assurance frais généraux**

A. Veuillez indiquer le montant du remboursement mensuel total 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 professionnelle

A. Actuellement, avez-vous un emploi (y compris un emploi à votre compte)?  Oui  Non  
Si vous êtes travailleur autonome\*, quelle est la nature de votre entreprise?  
 Propriétaire unique  Société en nom collectif  Société constituée en personne morale  
Droits de propriété \_\_\_\_\_ % Date de lancement (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_  
Tâches (décrivez vos tâches et indiquez le temps que vous consacrez à chacune d'elles en pourcentage)  
\_\_\_\_\_

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 de couverture	Période d'attente	Période d'indemnisation	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 certificat.**

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?  Oui  Non  
Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, y compris la date de libération de la faillite : \_\_\_\_\_

G. Si vous demandez une assurance frais généraux :  
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

Nom du membre	Numéro de téléphone	
Nom du médecin du membre	Numéro de téléphone	Date de la dernière consultation (JJ/MM/AAAA)
Raison	Résultat et état actuel	
Test, traitement, médicament prescrit (s'il n'y en a aucun, inscrivez « Aucun »)		
Taille	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Changement de poids au cours de l'année passée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non      Si oui, gain de ___ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg    perte de ___ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg		
Raison du changement de poids		

	Membre OUI    NON	
<b>1.</b> Vous êtes-vous déjà fait refuser une assurance ou offrir une assurance avec modification ou imposition d'une surprime? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris la date, le nom de la compagnie et la raison : <input style="width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b> Au cours des cinq dernières années, vous êtes-vous fait suspendre votre permis de conduire ou avez-vous été accusé de conduite avec facultés affaiblies ou de plus de trois infractions au code de la route? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris la nature de l'infraction ou des infractions, la ou les dates, le numéro du permis de conduire et la province de délivrance du permis : <input style="width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.</b> Prévoyez-vous 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, veuillez donner des précisions, y compris le type d'activité et la ou les dates : <input style="width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.</b> Au cours des douze prochains mois, prévoyez-vous voyager ou résider à l'extérieur de l'Amérique du Nord? Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions, y compris le lieu, la date, la raison et la durée : <input style="width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.</b> Au cours des sept dernières années, avez-vous pris des médicaments pour des fins autres que médicales, fait usage de marijuana ou été traité 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(s) type(s) de drogue(s) ou d'alcool, et la ou les dates de la dernière consommation : <input style="width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6.</b> Questions à l'intention des femmes demandant la couverture : <div style="margin-left: 20px;"> <b>a)</b> Êtes-vous enceinte? Dans l'affirmative, précisez la date prévue de l'accouchement : <input style="width: 150px; height: 20px; margin-left: 10px;" type="text"/> </div> <div style="margin-left: 20px; margin-top: 5px;"> <b>b)</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, veuillez donner des précisions, notamment la date : <input style="width: 150px; height: 20px; margin-left: 10px;" type="text"/> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Avez-vous déjà eu des symptômes ou été traité pour les troubles suivants : trouble mental ou nerveux (dépression, anxiété, stress, etc.), trouble touchant le cerveau ou le système nerveux, trouble cardiaque ou circulatoire, douleurs thoraciques, souffle cardiaque, hypertension, taux de cholestérol élevé, diabète, cancer, tumeur, trouble pulmonaire ou du foie, hépatite (y compris l'état de porteur), affection rénale, anomalie urinaire, affection de la prostate, affection sanguine, trouble lymphatique ou glandulaire, infection rare, affection mammaire, trouble thyroïdien, trouble cutané, trouble gastro-intestinal ou toute autre maladie non mentionnée?
8. Avez-vous déjà eu des problèmes articulaires ou musculo-squelettiques (dos, cou, hanche, genoux, etc.), souffert d'arthrite, de paralysie, de faiblesse, de fibromyalgie ou de douleurs chroniques, subi des radiographies de la colonne vertébrale ou des articulations, ou été hospitalisé ou invalide d'un point de vue médical pendant plus de deux semaines consécutives?
9. Avez-vous déjà subi un test de dépistage du VIH ou du sida dont le résultat a été positif, été traité pour le VIH ou le sida ou été exposé au VIH ou au sida?
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 de subir 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 ci-dessus, veuillez donner des précisions ci-après. S'il n'y a pas assez 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. Est-ce qu'un membre de votre famille biologique (père, mère, frère ou sœur) a 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 héréditaire ou trouble génétique? 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

## 6. Conditions (À lire attentivement avant de signer)

Par la présente, je soussigné (le membre) sou mets 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, de même que tout autre formulaire que j'ai signé relativement à celle-ci, constitue la base de tout certificat établi au titre de la présente.

La personne à assurer convient que toute présentation erronée des faits essentiels à l'appréciation du risque 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 et autres établissements paramédicaux, les 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 des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé ou sur l'état de santé de l'un des membres de ma famille à assurer au titre du présent régime 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 DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS 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 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, il est possible que la prestation ne soit pas versée.

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 ma proposition est approuvée, je recevrai un certificat indiquant la couverture accordée et donnant un aperçu des principales dispositions contractuelles. Si je ne suis pas assurable, les primes acquittées me seront intégralement remboursées.

---

Signature du membre

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](mailto:am_service@manuvie.com).**



**VEUILLEZ ENVOYER VOTRE FORMULAIRE DE PROPOSITION DÛMENT REMPLI, ACCOMPAGNÉ DE VOTRE PAIEMENT, À :**  
**Financière Manuvie, P.O. Box 670, Stn. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8**

L'assurance est établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie).