

Proposition d'assurance soins médicaux et soins dentaires parrainée par Ingénieurs Canada



ingénieurscanada

Ingénieurs Canada est le nom commercial utilisé par le Conseil canadien des ingénieurs

Financière Manuvie

OUI! *J'aimerais souscrire la couverture.*

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE Nouveau client Client existant Contrat/Certificat n° _____ (client existant)

Nom du membre (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom de famille

Prénom

Adresse

Ville

Province

Code postal

Courriel :

Tél. Domicile : ()

Travail : ()

Lieu de naissance : Ville

Pays

Le proposant est : Ingénieur Étudiant en génie Technicien/Technologue Titulaire d'un permis restreint
 Géologue/Géoscientifique Architecte Employé permanent à temps plein d'une association Membre en formation
 Titulaire d'un permis provisoire Nom de l'assoc. prov./terr. _____ N° de membre _____

COUVERTURE DEMANDÉE (Choisir une seule assurance soins médicaux et soins dentaires)

Assurance soins médicaux : Membre seulement Membre et conjoint Membre et enfants Membre, conjoint et enfants

Assurance soins dentaires : Membre seulement Membre et conjoint Membre et enfants Membre, conjoint et enfants

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE (Nommer tous les membres de la famille à assurer.)

PRÉNOM ET NOM DE FAMILLE	SEXE	DATE DE NAISSANCE			SI FUMEUR, Nombre de cigarettes fumées par jour	TAILLE	POIDS	CHANGEMENT DE POIDS AU COURS DE L'ANNÉE PASSÉE		RAISON
		JJ	MM	AAAA				Gain	Perte	

Nom du membre _____ Téléphone _____

QUESTIONNAIRE DE TARIFICATION

Pour assurer un traitement rapide et précis de votre proposition, veuillez répondre à toutes les questions au nom de toutes les personnes à assurer. Fournissez des précisions ci-après ou sur une feuille distincte dûment signée et datée.

A Médecin du membre

Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Date de la dernière consultation (JJ/MM/AAAA) _____

Motif de la dernière consultation _____

Examens, traitement, médicaments prescrits _____

Résultats et état actuel _____

Médecin des enfants à charge

Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Date de la dernière consultation (JJ/MM/AAAA) _____

Motif de la dernière consultation _____

Examens, traitement, médicaments prescrits _____

Résultats et état actuel _____

Médecin du conjoint

Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Date de la dernière consultation (JJ/MM/AAAA) _____

Motif de la dernière consultation _____

Examens, traitement, médicaments prescrits _____

Résultats et état actuel _____

Médecin des enfants à charge

Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Date de la dernière consultation (JJ/MM/AAAA) _____

Motif de la dernière consultation _____

Examens, traitement, médicaments prescrits _____

Résultats et état actuel _____

Les résidents du Québec peuvent détacher la présente section et le Questionnaire de tarification, et les envoyer directement à la compagnie d'assurance.

Nom du membre _____ Téléphone _____

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

Membre		Conjoint		Enfant(s)	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

- s'est-elle déjà fait refuser une assurance ou offrir une assurance moyennant une modification ou l'imposition d'une surprime?
Dans l'affirmative, veuillez indiquer 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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
- s'est-elle déjà fait suspendre son permis de conduire ou a-t-elle été accusée de conduite avec facultés affaiblies ou de trois infractions ou plus au code de la route, au cours des cinq dernières années? Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom du proposant, 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
- prévoit-elle piloter un aéronef, faire de la plongée autonome, du parachutisme, du deltaplane, de la course automobile ou de l'escalade, ou pratiquer toute autre activité dangereuse? Dans l'affirmative, veuillez indiquer 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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
- prévoit-elle voyager ou résider à l'extérieur de l'Amérique du Nord au cours des 12 prochains mois? Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom du proposant, le lieu, la date, la raison et la durée du séjour : _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
- 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, veuillez indiquer 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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
- a-t-elle déjà eu des symptômes ou été traitée pour l'une des affections suivantes : trouble mental ou nerveux (dépression, anxiété, stress, etc.), trouble touchant le système cérébral ou nerveux, troubles cardiaques ou circulatoires, douleurs thoraciques, souffle cardiaque, hypertension, taux élevé de cholestérol, 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, affection cutanée, trouble gastro-intestinal, ou toute autre maladie non mentionnée?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
- a-t-elle déjà eu des problèmes articulaires ou musculo-squelettiques (dos, cou, hanche, genoux, etc.), souffert d'arthrite, de paralysie ou de faiblesse, de fibromyalgie ou de douleurs chroniques, subi des radiographies de la colonne vertébrale ou des articulations ou été hospitalisée ou invalidée (d'un point de vue médical) pendant plus de deux semaines consécutives?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
- a-t-elle déjà subi un test de dépistage du VIH ou du sida dont le résultat a été positif, été traitée pour le VIH ou le sida ou été exposée au VIH ou au sida?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
- au cours des deux dernières années, a-t-elle eu un résultat anormal de mammographie, de test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique ou de tout autre test ou toute autre investigation, a-t-elle consulté un spécialiste, s'est-elle fait prescrire des médicaments, un autre traitement ou du counseling pour un trouble autre qu'une affection bénigne (rhume, grippe, etc.), ou s'est-elle fait recommander d'effectuer une investigation plus approfondie, de voir un autre médecin ou de subir une chirurgie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une des questions 6 à 9 ci-dessus, veuillez donner des précisions ci-après. Si l'espace est insuffisant, veuillez utiliser une feuille distincte dûment signée et datée.

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

Membre		Conjoint		Enfant(s)	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

10. Est-ce que l'un des proposant prend actuellement des médicaments, suit un traitement ou une thérapie, ou prévoit le faire au cours des trois prochains mois?
Dans l'affirmative, donnez des précisions ci-après :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nom du proposant	Nom du médicament ou type de traitement ou de thérapie	Affection traitée	Posologie et fréquence	Coût mensuel	Date à laquelle le traitement a commencé
					(DD/MM/AAAA)
					(DD/MM/AAAA)
					(DD/MM/AAAA)
					(DD/MM/AAAA)

11. Question à l'intention des femmes qui demandent la couverture :
- Êtes-vous enceinte? Dans l'affirmative, indiquez la date prévue de l'accouchement : _____





<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
 - 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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Remarque : L'assureur peut exiger un examen médical, une analyse d'urine ou des tests, notamment un profil sanguin (incluant un test de dépistage du VIH), qui seront effectués sans frais pour le proposant. Tout test dont le résultat révèle une maladie infectieuse sera signalé aux autorités médicales compétentes, si la loi l'exige.

Nom du membre _____ Téléphone _____

MODE DE PAIEMENT (Choisir une seule option.)

<input type="checkbox"/> ANNUEL a) <input type="checkbox"/> Débitez mon compte <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  N° de carte _____ Date d'expiration _____ OU b) <input type="checkbox"/> Mon chèque est joint, établi à l'ordre de la Financière Manuvie Prime mensuelle totale \$ x 11,111 + Taxe de vente provinciale, s'il y a lieu † = MONTANT À PAYER \$	<input type="checkbox"/> MENSUEL a) <input type="checkbox"/> Par prélèvements automatiques sur le compte (PAC). Ci-joint un chèque portant la mention « NUL ». Prime mensuelle totale \$ + Taxe de vente provinciale, s'il y a lieu † = MONTANT MENSUEL À PAYER \$ OU b) <input type="checkbox"/> Débitez mon compte <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  N° de carte _____ Date d'expiration _____
---	--

J'autorise la Financière Manuvie à effectuer chaque mois un retrait du compte décrit sur le chèque ci-joint, en règlement des primes d'assurance mensuelles exigibles à la date de la présente autorisation ou ultérieurement. La convention établissant le système de prélèvements automatiques peut être résiliée par la Compagnie ou par moi-même moyennant un avis écrit. La Compagnie se réserve également le droit de changer le mode de paiement pour un autre qu'elle juge acceptable si un retrait de mon compte n'est pas honoré.

† Les résidents du Québec doivent ajouter une taxe de vente provinciale de 9 %.
Les résidents de l'Ontario doivent ajouter une taxe de vente provinciale de 8 %.

Par souci de commodité, si vous optez pour le paiement par PAC ou par carte de crédit, vos prochaines primes seront réglées d'office selon ce mode de paiement.

CONDITIONS (À lire attentivement avant de signer)

DÉCLARATION

Par la présente, je soussigné (le proposant) 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 le Questionnaire de tarification qui y était joint 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 contrat ou certificat émis en vertu de la présente. Je conviens que toute fausse déclaration d'un fait important rendra l'assurance résiliable à la demande de l'assureur. J'ai lu et compris les exclusions et restrictions qui s'appliquent à la couverture demandée. La date d'effet de la couverture d'assurance soins médicaux et soins dentaires est le premier jour du mois qui suit la date d'approbation. Il est entendu que tout renseignement médical doit être exact à la date de signature de la proposition.

AUTORISATION ET RÉVOCATION

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 médicaux, compagnies d'assurance, 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 toute autre personne à assurer au titre de ce 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 mandataires 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 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 sera aussi valide que l'original.

J'atteste avoir été informé des raisons pour lesquelles les renseignements médicaux sont requis et des risques et avantages à accorder ou à refuser mon consentement. Le présent consentement prendra effet à la date de signature de la présente proposition et prendra fin 7 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. J'accuse réception de et de l'Avis sur la vie privée et la confidentialité (voir la section « Notice juridique et vie privée » sur le site www.manuvie.com/CCI), et je confirme que j'en accepte les termes.

Signature du membre _____ Signé à _____ Date _____

Signature du conjoint _____ Signé à _____ Date _____
(Si la couverture du conjoint est demandée)

Cosignature _____ Signé à _____ Date _____
(Pour les prélèvements automatiques sur le compte, si la banque l'exige)

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 (prénom et nom de famille)	Code du conseiller	Signature x
--------------------------------------	--------------------	----------------

À noter que la Financière Manuvie exclut certaines affections préexistantes des contrats d'assurance soins médicaux. La décision de nos tarificateurs d'exclure une ou des affections s'appuie sur les renseignements médicaux déclarés dans la proposition et sur les renseignements fournis par le médecin du proposant dans le cadre de l'évaluation des risques. Les affections faisant l'objet d'une exclusion ne sont pas couvertes par le contrat.

Veuillez retourner votre proposition dûment remplie à l'adresse suivante :
Marchés des groupes à affinités, Financière Manuvie, P.O. Box 4213, Stn A, Toronto (Ontario) M5W 5M3
La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

DES QUESTIONS? Appelez sans frais la FINANCIÈRE MANUVIE au 1 877 598-2273
entre 8 h et 20 h (HE), du lundi au vendredi, ou envoyez un courriel à am_service@manuvie.com.