

PROPOSITION D'ASSURANCE DES DIPLÔMÉS

Recommandé par :

LeRéseau
HEC MONTRÉAL

Établi par :

 **Financière Manuvie**

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

Nouveau client Client existant N° du certificat _____
(si assuré actuellement)

								Prime mensuelle
<input type="checkbox"/> ASSURANCE VIE TEMPORAIRE DU MEMBRE	<input type="checkbox"/> Taux normal	<input type="checkbox"/> Taux non-fumeurs ¹	Nbre d'unités	<input type="text"/>	X	Prime par unité	<input type="text"/>	= <input type="text"/> \$
Taux privilégié (quand la couverture atteint 280 000 \$ (8 unités) ou plus) →			Nbre d'unités	<input type="text"/>	X	Prime par unité	<input type="text"/> X,9	= <input type="text"/> \$
<input type="checkbox"/> ASSURANCE VIE TEMPORAIRE DU CONJOINT	<input type="checkbox"/> Taux normal	<input type="checkbox"/> Taux non-fumeurs ¹	Nbre d'unités	<input type="text"/>	X	Prime par unité	<input type="text"/>	= <input type="text"/> \$
Taux privilégié (quand la couverture atteint 280 000 \$ (8 unités) ou plus) →			Nbre d'unités	<input type="text"/>	X	Prime par unité	<input type="text"/> X,9	= <input type="text"/> \$
¹ 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.		Nbre d'unités	<input type="text"/>	X	Prime par unité	1,50 \$	= <input type="text"/> \$
<input type="checkbox"/> ASSURANCE INVALIDITÉ PROTECTION DU REVENU DU MEMBRE	Période d'attente <input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 120 jours <input type="checkbox"/> 180 jours		Nbre d'unités	<input type="text"/>	X	Prime par unité	<input type="text"/>	= <input type="text"/> \$
Indexation sur le coût de la vie (facultative)			Nbre d'unités	<input type="text"/>	X	Prime par unité	<input type="text"/>	= <input type="text"/> \$
<input type="checkbox"/> Moins de 45 ans <input type="checkbox"/> De 45 à 64 ans			Nbre d'unités	<input type="text"/>	X	Prime par unité	1,50 \$	= <input type="text"/> \$
<input type="checkbox"/> PROTECTION ACCIDENTS GRAVES DU MEMBRE			Nbre d'unités	<input type="text"/>	X	Prime par unité	1,50 \$	= <input type="text"/> \$
<input type="checkbox"/> PROTECTION ACCIDENTS GRAVES DU CONJOINT			Nbre d'unités	<input type="text"/>	X	Prime par unité	1,50 \$	= <input type="text"/> \$
PRIME MENSUELLE TOTALE =							<input type="text"/>	\$

Renseignements sur le membre Homme Femme

Nom du membre _____
(en caractères d'imprimerie) Nom de famille Prénom

N° d'app. _____ Numéro et rue _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone (domicile) _____ (bureau) _____

Adresse électronique* _____

Profession _____

Date de naissance ____/____/____ Lieu de naissance _____
J M A Ville Pays

Je suis diplômé(e) du Réseau HEC Montréal.

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

* Votre adresse électronique est importante pour nous. À la Financière Manuvie, nous respectons votre vie privée. Nous ne vendons ni ne louons les renseignements que nous possédons sur nos clients. Il se peut que, de temps à autre, nous vous envoyons des courriels sur nos nouveaux produits. Chaque fois que vous recevrez un courriel de notre part, vous aurez la possibilité de faire rayer votre nom de notre liste d'envoi.

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

Nom du conjoint _____
(en caractères d'imprimerie) Nom de famille Prénom

Date de naissance ____/____/____ Lieu de naissance _____
J M A Ville Pays

Profession _____

Déclaration de santé

Pour un traitement rapide et adéquat de votre demande, assurez-vous de répondre à toutes les questions et de fournir toutes les précisions exigées.

Médecin du membre _____ () _____ / _____ / _____
 Nom N° de tél. Date de la dernière visite (j/m/a)

Motif de la dernière visite _____ Résultat de la dernière visite _____

Médecin du conjoint _____ () _____ / _____ / _____
 Nom N° de tél. Date de la dernière visite (j/m/a)

Motif de la dernière visite _____ Résultat de la dernière visite _____

Taille du membre _____ Poids _____ Taille du conjoint _____ Poids _____

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

- 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?
- a-t-elle déjà été traitée ou reçu la recommandation d'être traitée pour réduire la consommation de drogues ou d'alcool?
- 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?
- 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?
- s'est-elle vue prescrire des médicaments, un traitement ou une consultation pour un autre qu'une affection bénigne (rhume, grippe, etc.) ou recommander de consulter un autre médecin ou de subir une opération chirurgicale ou a-t-elle eu une investigation ou des résultats d'examen anormaux?
- a-t-elle déjà pratiqué ou prévoit-elle pratiquer un sport ou une activité dangereux (vol aérien - sauf à titre de passager payant d'un transporteur commercial détenteur d'un permis - course, plongée autonome, escalade, etc.)?
- a-t-elle fumé des cigarettes ou de la marijuana au cours des 12 derniers mois? (Si d'autres formes de tabac ont été consommées, veuillez préciser au verso.)
- s'est-elle déjà vu refuser une assurance ou offrir une assurance après modification ou imposition d'une surprime?
- s'est-elle déjà vu retirer son permis de conduire ou a-t-elle déjà été inculpée de conduite en état d'ivresse?
 Si oui, veuillez indiquer le n° du permis : _____
- prévoit-elle de résider à l'extérieur du Canada? Si oui, veuillez indiquer le pays et la date : _____

Membre		Conjoint		Enfants	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions ci-dessus, donnez des détails ci-dessous. Utilisez une page distincte si vous manquez d'espace.

N° de la question	Nom	Nature de l'affection	Durée et date	Résultat	Médecin traitant ou hôpital

Remarque. - L'assureur peut exiger un examen médical, une analyse d'urine ou un test comme un profil sanguin général (y compris le test de dépistage du VIH) sans aucuns frais pour le proposant. Si la loi l'exige, nous communiquerons aux autorités médicales provinciales compétentes les résultats des tests indiquant une maladie infectieuse.

Nom au complet du membre _____ Téléphone _____
(EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom au complet du conjoint _____ Date _____
(EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Note aux résidents du Québec : vous pouvez envoyer la Déclaration de santé (page 3) séparément par la poste à la Financière Manuvie (adresse ci-dessous).

DES QUESTIONS? Appelez la **FINANCIÈRE MANUVIE** sans frais au **1 888 913-6333** entre 8 h et 20 h, HE, du lundi au vendredi, ou envoyez-lui un courriel à l'adresse **am_service@manuvie.com**

Veuillez retourner votre formulaire de demande rempli et signé à : **Financière Manuvie, Marchés des groupes à affinités,**

P.O. Box 4213, Stn A, Toronto (Ontario) M5W 5M3

Conditions – À lire attentivement avant de signer

DÉCLARATION : Par la présente, je soussigné présente une proposition d'assurance à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie). J'atteste que les déclarations contenues dans la présente proposition, y compris la Déclaration de santé ci-jointe, sont véridiques et complètes et constituent, avec tout autre formulaire signé par moi relativement à la présente proposition, la base de tout contrat ou certificat émis en vertu de la présente. Je conviens que toute fausse déclaration, y compris une déclaration erronée sur le statut de fumeur, rendra l'assurance résiliable à la demande de l'assureur. Le suicide commis dans les deux ans suivant la date d'entrée en vigueur n'est pas couvert. Je comprends que l'assurance prendra effet à la date à laquelle la Financière Manuvie recevra ma proposition dûment remplie (y compris la Déclaration de santé) et la première prime, sous réserve de l'approbation des tarificateurs de la Compagnie. Je comprends que tous les renseignements sur mon état de santé doivent être exacts à la date de la signature de la demande.

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 Bureau de renseignements médicaux, 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'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 y afférente. J'autorise la Financière Manuvie à consulter ses dossiers existants à cette fin. J'autorise également la Financière Manuvie, 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 communiquant avec la Financière Manuvie à l'adresse ou au numéro de téléphone indiqués dans le présent document. Une photocopie ou un facsimilé de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.

Je confirme avoir reçu un AVIS SUR LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS et un AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ (voir brochure) et j'en accepte les termes. J'atteste avoir été informé des raisons pour lesquelles les renseignements sur l'état de santé sont requis et des avantages à accorder ou à refuser mon consentement. Ce consentement prend effet à la date de signature de la présente proposition et prend fin 7 ans après la date d'expiration de tout contrat ou certificat établi à la suite de la présente proposition. Je sais que je peux révoquer ce consentement à tout moment et que si je révoque mon consentement, l'assureur ne sera pas en mesure d'exiger une preuve de sinistre, ce qui peut entraîner le non-paiement des prestations au titre d'une demande de règlement.

L'assurance demandée est-elle destinée à remplacer une assurance vie existante? Oui Non
(Si oui, veuillez indiquer le numéro de tous les contrats à remplacer ainsi que le nom de l'assureur) :
La Financière Manuvie se réserve le droit de refuser les demandes prévoyant un remplacement.
Membre _____ Conjoint _____

Par la présente, je, soussigné (le membre), désigne les personnes nommées ci-dessous comme bénéficiaires des sommes assurées payables à mon décès ou à celui de mon conjoint.

Bénéficiaire de la couverture du membre** _____ Lien _____
Nom de famille _____ Prénom _____

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

Bénéficiaire de la couverture du conjoint _____ Lien _____
Nom de famille _____ Prénom _____

Signature du membre _____ Date _____

Signature du conjoint _____ Date _____
(en cas de demande d'une couverture du conjoint)

Cosignataire _____ Date _____
(pour le prélèvement automatique sur le compte, si la banque l'exige)

Agent en titre/courtier _____
(le cas échéant)

Avant d'envoyer votre demande, avez-vous :

- Vérifié si les renseignements sont complets et exacts?
- Revu les conditions?
- Signé votre demande?

Une fois votre demande remplie et signée, envoyez-la (le cas échéant, avec votre chèque libellé à l'ordre de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers) à :

Service à la clientèle
Financière Manuvie, Marchés des groupes à affinités, P.O. Box 4213, Stn A, Toronto (Ontario) M5W 5M3
ou faxez-la au **1-800-510-3362**, à l'attention du service à la clientèle.
(N.B. Si vous faxez votre demande, envoyez l'original par la poste à l'adresse ci-dessus.)

Si vous avez des questions, appelez-nous sans frais au **1 888 913-6333**, du lundi au vendredi, entre 8 h et 20 h, heure de l'Est, ou envoyez-nous un courriel à l'adresse **am_service@manuvie.com**.

ASSURANCE VIE TEMPORAIRE POUR LES MEMBRES ET LEURS CONJOINTS

Prestations et primes

La valeur de 1 unité est de 35 000 \$ jusqu'à l'âge de 60 ans.

<u>PRIME MENSUELLE PAR UNITÉ DE 35 000 \$ D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE</u>				
Âge ²	Taux non-fumeurs ¹		Taux standard	
	Homme	Femme	Homme	Femme
Moins de 30 ans	2,45 \$	1,75 \$	3,50 \$	2,75 \$
30-34	2,55 \$	2,00 \$	4,35 \$	3,25 \$
35-39	3,25 \$	2,40 \$	5,95 \$	4,10 \$
40-44	4,90 \$	3,80 \$	9,75 \$	6,80 \$
45-49	7,50 \$	5,45 \$	14,75 \$	9,85 \$
50-54	11,25 \$	8,00 \$	21,75 \$	14,10 \$
55-67 ³	18,50 \$	13,00 \$	32,50 \$	22,50 \$
68 et 69 ³	FIN DU PAIEMENT DES PRIMES			

Couverture maximum22 unités

LES TAUX PEUVENT ÊTRE MODIFIÉS SANS PRÉAVIS.

¹ Les taux non-fumeurs sont offerts aux personnes qui n'ont pas fumé de cigarettes au cours des 12 derniers mois et qui répondent aux normes de santé de la Financière Manuvie.

² Âge atteint à l'anniversaire du contrat (1^{er} octobre) ou immédiatement avant. Les primes augmentent avec l'âge.

³ De l'âge de 61 ans à l'âge de 69 ans, la couverture est réduite chaque année de 10 % du montant initial. Elle prend fin à l'âge de 70 ans.

ASSURANCE VIE ET ACCIDENTS DES ENFANTS

Prestations et primes

La valeur de 1 unité est de 5 000 \$ de prestations d'assurance vie plus 25 000 \$ de prestations Handicap majeur pour chaque enfant admissible, quel que soit le nombre de vos enfants.

<u>PRIME MENSUELLE</u> <u>PAR UNITÉ</u>	
Couvre tous vos enfants admissibles	1,50 \$

Couverture maximum 4 unités

LES TAUX PEUVENT ÊTRE MODIFIÉS SANS PRÉAVIS.

CONSERVEZ CETTE PAGE DANS VOTRE DOSSIER.

ASSURANCE INVALIDITÉ PROTECTION DU REVENU POUR LES MEMBRES

Prestations et primes

La valeur de 1 unité est de 100 \$ de prestations mensuelles.

<u>PRIME MENSUELLE PAR UNITÉ DE 100 \$ DE PRESTATIONS MENSUELLES PROTECTION DU REVENU</u>						
Âge ¹	Période d'attente					
	30 jours		120 jours		180 jours	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Moins de 30 ans	1,10 \$	1,15 \$	0,85 \$	0,85 \$	0,80 \$	0,80 \$
30-34	1,25 \$	1,55 \$	1,00 \$	1,15 \$	0,90 \$	1,05 \$
35-39	1,50 \$	1,85 \$	1,15 \$	1,40 \$	1,05 \$	1,25 \$
40-44	1,85 \$	2,65 \$	1,55 \$	2,20 \$	1,50 \$	2,10 \$
45-49	2,80 \$	3,65 \$	2,20 \$	2,85 \$	2,10 \$	2,70 \$
50-54	4,10 \$	4,45 \$	3,35 \$	3,65 \$	3,30 \$	3,60 \$
55-59	5,65 \$	4,65 \$	4,60 \$	3,80 \$	4,55 \$	3,75 \$
60 et 64	4,95 \$	3,85 \$	3,85 \$	3,05 \$	3,80 \$	3,00 \$

<u>INDEXATION SUR LE COÛT DE LA VIE (FACULTATIVE) PRIME MENSUELLE ADDITIONNELLE POUR CHAQUE UNITÉ DE 100 \$ DE PRESTATIONS MENSUELLES</u>	
Moins de 45	0,30 \$
45-64	0,65 \$

Couverture maximum 35 unités

LES TAUX PEUVENT ÊTRE MODIFIÉS SANS PRÉAVIS.

¹ Âge atteint à l'anniversaire du contrat (1^{er} octobre) ou immédiatement avant. Les primes augmentent avec l'âge.

PROTECTION ACCIDENTS GRAVES POUR LES MEMBRES ET LEURS CONJOINTS

Prestations et primes

La valeur de 1 unité est de 50 000 \$ de prestations Handicap grave plus 10 000 \$ de prestations Décès accidentel.

<u>PRIME MENSUELLE PAR UNITÉ</u>	
Tous les âges jusqu'à 69 ans	1,50 \$

<u>PAIEMENT DES PRESTATIONS</u>	
Handicap accidentel majeur	Prestation payée par unité de couverture ¹
Lésion cérébrale importante	50 000 \$
Paralysie totale et permanente	50 000 \$
Perte de l'usage de deux membres	50 000 \$
Perte totale et permanente de la vue, de la parole ou de l'ouïe	50 000 \$
Perte de l'usage d'un membre, d'une main ou d'un pied	25 000 \$
Perte totale et permanente de la vue d'un œil ou de l'ouïe d'une oreille	25 000 \$
Décès accidentel	10 000 \$

Couverture maximum 6 unités

LES TAUX PEUVENT ÊTRE MODIFIÉS SANS PRÉAVIS.

¹ Si plus d'un handicap accidentel majeur résulte d'une blessure, la prestation peut aller jusqu'à un maximum de 50 000 \$ par unité.

CONSERVEZ CETTE PAGE DANS VOTRE DOSSIER.