

5. RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Bénéficiaire de la couverture du membre : _____
 Nom Prénom Lien
Au Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, sauf stipulation contraire. Par la présente, je nomme mon conjoint comme bénéficiaire révocable.

Bénéficiaire de la couverture du conjoint : _____
 Nom Prénom Lien
Au Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, sauf stipulation contraire. Par la présente, je nomme mon conjoint comme bénéficiaire révocable.

6. CONDITIONS – (Veuillez lire attentivement avant de signer)

Par la présente, je déclare(Nous déclarons) faire une demande d'assurance auprès de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie) et atteste(attestons) que les renseignements contenus dans la présente sont véridiques et complets et constituent le fondement de tout contrat établi en vertu de la présente. Je conviens(Nous convenons) que toute fausse déclaration, y compris toute déclaration erronée sur l'usage du tabac, rendra l'assurance résiliable à la demande de l'assureur. Je conviens(Nous convenons) que l'assurance prendra effet le jour où la Financière Manuvie recevra ma(notre) demande d'assurance dûment remplie et signée ainsi que la prime exigible afférente à celle-ci, sous réserve de mon(notre) admissibilité. Je ne suis(Nous ne sommes) pas admissible(s) à souscrire auprès de la Financière Manuvie plus de 25 000 \$ d'assurance-vie en vertu du présent régime. Je déclare(Nous déclarons) avoir lu et compris les limites et exclusions afférentes à cette couverture.

En ce qui concerne la présente demande, je(nous), soussigné(s) autorise(autorisons) tout médecin agréé ou établissement médical connexe, toute institution ou agence gouvernementale ou tout autre organisme ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur moi(nous) ou sur mon(notre) état de santé à fournir à la Financière Manuvie ou à ses réassureurs les renseignements en question en vue de l'examen de la présente demande, de l'établissement du contrat ou de toute demande de règlement en découlant. J'autorise(Nous autorisons) la Financière Manuvie à consulter à cette fin les dossiers dont elle dispose. J'autorise(Nous autorisons) également la Financière Manuvie, ses filiales, sociétés affiliées et agents à utiliser les renseignements figurant dans ses dossiers pour m'offrir(nous offrir) ses produits ou services. Je conviens(Nous convenons) que mon(notre) consentement à ce que ces renseignements soient utilisés pour m'offrir(nous offrir) des produits ou services est facultatif et que je peux (nous pouvons) mettre fin à cette utilisation en écrivant à la Financière Manuvie à l'adresse indiquée dans ce document. Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation aura la même valeur que l'original.

Je désigne(Nous désignons) par la présente la(les) personne(s) nommée(s) à titre de bénéficiaire dans la présente demande d'assurance pour recevoir les sommes payables à la suite de mon(notre) décès.

Je déclare(Nous déclarons) avoir reçu un avis sur la vie privée et la confidentialité.

 Nom du membre (en caractères d'imprimerie) Signature du membre Date
 CETTE DEMANDE D'ASSURANCE VISE-T-ELLE À REMPLACER UN CONTRAT EXISTANT? OUI NON *Dans l'affirmative, ne résiliez pas votre couverture actuelle, car la présente assurance ne peut être souscrite à des fins de remplacement.*

 Nom du conjoint (en caractères d'imprimerie.) (Si votre conjoint s'assure.) Signature du conjoint Date
 CETTE DEMANDE D'ASSURANCE VISE-T-ELLE À REMPLACER UN CONTRAT EXISTANT? OUI NON *Dans l'affirmative, ne résiliez pas votre couverture actuelle, car la présente assurance ne peut être souscrite à des fins de remplacement.*

**Veuillez remplir,
 signer et retourner les deux pages de cette demande d'assurance à :
 FINANCIÈRE MANUVIE
 5650 Yonge Street, 16th floor
 Toronto (Ontario) M2M 4G4**

Demande d'assurance-vie garantie de la CAA *Veillez conserver cette page dans votre dossier.*

*Si vous avez besoin d'aide pour remplir la présente demande d'assurance-vie garantie,
téléphonez sans frais au :*

1 877 942-4CAA (1 877 942-4222)

Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure de l'Est,
ou envoyez un courriel à : am_caa@manuvie.com

COÛT DE L'ASSURANCE-VIE GARANTIE DE LA CAA

ASSURANCE VIE GARANTIE CAA				
Primes mensuelles par tranche de 2 500 \$				
Âge à la souscription	NON-FUMEURS*		FUMEURS	
	Homme	Femme	Homme	Femme
50 – 51	8,16 \$	6,17 \$	13,21 \$	9,46 \$
52 – 53	9,01	6,80	14,67	10,38
54 – 55	9,94	7,50	16,31	11,39
56 – 57	11,16	8,44	18,25	12,65
58 – 59	12,56	9,54	20,46	14,09
60 – 61	14,15	10,82	22,89	15,69
62 – 63	15,95	12,36	25,54	17,49
64 – 65	17,99	14,12	28,49	19,49
66 – 67	20,36	16,08	31,60	21,81
68 – 69	23,06	18,30	35,01	24,43
70 – 71	26,11	20,81	38,55	27,29
72 – 73	29,52	23,64	41,95	30,32
74 – 75	33,38	26,86	45,65	33,69

Minimum de 2 unités, maximum de 10 unités.

** Une personne est considérée comme non-fumeur si elle n'a pas fumé de cigarettes au cours des 12 derniers mois.*