

Options de couverture

Garanties demandées : Nouvelle assurance Assurance supplémentaire N° de certificat _____ (si vous avez une assurance actuellement) **Prime mensuelle**

Assurance vie temporaire du membre Taux standard Taux non-fumeurs*
 Nbre d'unités (nouvelles ou supplémentaires) X Prime par unité = \$
 Taux pour capital assuré élevé (si le membre souscrit au moins 6 unités)
 Nbre d'unités X Prime par unité X 0,9 =

Assurance vie temporaire du conjoint Taux standard Taux non-fumeurs*
 Offerte seulement si vous participez à l'assurance vie temporaire du membre.
 Nbre d'unités (nouvelles ou supplémentaires) X Prime par unité = \$
 Taux pour capital assuré élevé (souscription d'au moins 6 unités de couverture du conjoint)
 Nbre d'unités X Prime par unité X 0,9 =

Assurance vie temporaire des enfants
 Offerte seulement si vous participez à l'assurance vie temporaire du membre. (Une prime mensuelle couvre tous vos enfants admissibles à raison de 5 000 \$ d'assurance vie par enfant.) **1,17 \$** = \$
 Nom de l'enfant Homme Femme Date de naissance Taille Poids
Jour Mois Année
 Nom de l'enfant Homme Femme Date de naissance Taille Poids
Jour Mois Année
 Si vous manquez d'espace, veuillez utiliser une feuille distincte dûment signée et datée.

Assurance accident du membre
 Offerte seulement si vous participez à l'assurance vie temporaire du membre.
 Nbre d'unités (nouvelles ou supplémentaires) X Prime par unité **1,25 \$** = \$

Assurance accident du conjoint
 Offerte seulement si vous participez à l'assurance vie temporaire du conjoint.
 Nbre d'unités (nouvelles ou supplémentaires) X Prime par unité **1,25 \$** = \$

Assurance du revenu du membre
 Période d'attente jours
 Nbre d'unités (nouvelles ou supplémentaires) X Prime par unité = \$

Assurance frais généraux du membre**
 Période d'attente jours Période d'indemnisation mois
 Nbre d'unités (nouvelles ou supplémentaires) X Prime par unité = \$

* Les taux non-fumeurs s'appliquent aux personnes qui n'ont pas fumé de cigarettes au cours des douze derniers mois et qui répondent aux normes de santé de la Financière Manuvie. Une déclaration inexacte quant au statut de fumeur dans la présente proposition entraînera l'annulation de l'assurance.
 ** Le membre doit être actionnaire actif d'une société professionnelle et membre de l'OAA, de l'OALA, de l'AIBC, de la BCCLA ou de l'AAPC.

PRIME MENSUELLE TOTALE = \$

Renseignements sur le membre Homme Femme

Nom _____
 (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) Nom de famille Prénom

N° et rue _____ Unité/App. _____ Ville _____ Province _____

Tél. au domicile : () _____ Tél. au travail : () _____ Code postal _____

Date de naissance _____ / _____ / _____ Pays de naissance _____ Emploi actuel _____
(Si le membre est travailleur autonome, préciser la nature de l'entreprise et les fonctions.)

Courriel***: _____

Le proposant est : (Vous devez appartenir à l'une des catégories ci-dessous pour souscrire ou conserver l'assurance aux termes du régime.)

- Membre de l'OAA Membre de la B.C. Society of Landscape Architects Membre de l'Ontario Association of Landscape Architects Membre de l'AIBC
 Membre de l'Association des architectes paysagistes du Canada Membre du conseil d'administration ou du comité de direction de l'AAPC Architecte associé d'un membre de l'OAA ou de l'AIBC
 Employé à temps plein de l'OAA, de l'AIBC, de la BCCLA, de l'AAPC ou de Pro-Deminity Insurance Company Employé de bureau à temps plein d'un membre de l'OAA, de l'AIBC, de la BCCLA ou de l'AAPC

Renseignements sur le conjoint (si la couverture est demandée pour le conjoint) Homme Femme

Nom _____
 (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) Nom de famille Prénom

Date de naissance _____ / _____ / _____ Pays de naissance _____ Emploi actuel _____
(Si le conjoint est travailleur autonome, préciser la nature de l'entreprise et les fonctions.)

Tél. au travail : () _____ Courriel*** : _____

***À la Financière Manuvie, nous attachons de l'importance à votre vie privée. Nous ne vendons ni ne louons aucun renseignement sur nos clients. De temps à autre, vous pouvez recevoir des courriels de notre part concernant de nouveaux produits ou des renseignements pertinents. Chaque fois que vous recevrez un courriel de notre part, vous aurez la possibilité de faire retirer votre nom de notre liste d'envoi.

Déclaration de santé (Veuillez répondre à toutes les questions.)

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

Médecin du membre _____ N° de tél. () _____ / _____ / _____
Nom Date de la dernière visite (Jour/Mois/Année)

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

Taille du membre _____ Poids du membre _____

Médecin du conjoint _____ N° de tél. () _____ / _____ / _____
Nom Date de la dernière visite (Jour/Mois/Année)

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

Taille du conjoint _____ Poids du conjoint _____

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

- a-t-elle déjà souffert de l'une des affections suivantes ou été traitée pour l'une d'elles : trouble mental ou nerveux (dépression, anxiété, stress, etc.), maladie du cerveau ou du 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 autre maladie non mentionnée?
- a-t-elle pris des médicaments pour des fins autres que médicales, a-t-elle été traitée pour usage d'alcool ou de drogues ou s'est-elle fait recommander d'en réduire l'usage, ou a-t-elle fait usage de marijuana, au cours des sept dernières années? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris le nom de la personne à assurer, le ou les types de drogues ou d'alcool, et la ou les dates de la dernière consommation : _____
- a-t-elle déjà eu des troubles du dos, du cou, de la hanche ou du genou, été traitée pour douleur chronique ou fibromyalgie, subi des radiographies de la colonne vertébrale ou des articulations, ou été hospitalisée ou invalidée par des blessures?
- 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?
- s'est-elle fait prescrire des médicaments, un traitement ou du counseling pour un trouble autre qu'une affection bénigne (rhume, grippe, etc.), s'est-elle fait recommander de voir un autre médecin ou de subir une chirurgie ou a-t-elle reçu un résultat anormal d'investigation ou d'analyse, au cours des deux dernières années?
- a-t-elle déjà pratiqué ou prévoit-elle pratiquer des activités ou des sports dangereux, p. ex. vol (sauf à titre de passager payant d'un transporteur commercial agréé), course, plongée autonome, escalade, etc.? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris le nom de la personne à assurer et les dates : _____
- a-t-elle fumé des cigarettes au cours des douze derniers mois? Si la réponse est « non », mais d'autres produits du tabac ont été utilisés, donnez des précisions, y compris le nom de la personne à assurer : _____
- s'est-elle déjà fait refuser une assurance ou offrir une assurance avec modification ou avec imposition d'une surprime? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris le nom de la personne à assurer, la date et le nom de la compagnie : _____
- s'est-elle déjà fait retirer temporairement son permis de conduire ou a-t-elle déjà été accusée de conduite avec facultés affaiblies? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris le nom de la personne à assurer, les dates et le numéro du permis de conduire : _____
- prévoit-elle résider à l'extérieur du Canada? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris le pays, la date, le nom de la personne à assurer, la raison et la durée du séjour. _____
- Pour les femmes seulement :
 - Êtes-vous enceinte? Dans l'affirmative, donnez la date prévue de l'accouchement : _____
 - Avez-vous déjà fait une fausse couche, souffert de prééclampsie, eu une césarienne ou eu d'autres complications liées à la grossesse? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris la date : _____

Membre		Conjoint		Enfant(s)	
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"/>
<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 ou l'autre des questions ci-dessus, veuillez fournir des précisions ci-dessous.
Si vous manquez d'espace, veuillez utiliser une feuille distincte dûment signée et datée.

N° de la question	Personne à assurer	Nature du trouble	Date et durée	Résultat	Médecin traitant ou hôpital

Remarque : L'assureur se réserve le droit d'exiger un examen médical, une analyse d'urine ou des tests comme un profil sanguin (y compris un test de dépistage du VIH) sans aucuns frais pour le proposant. Si la loi l'exige, les résultats de tout test positif révélant une maladie infectieuse seront communiqués aux autorités médicales provinciales ou territoriales compétentes. La couverture peut être modifiée ou refusée.

Si vous résidez au Québec, vous pouvez envoyer séparément la présente Déclaration de santé (page 2) à l'adresse suivante :
Financière Manuvie, Marchés des groupes à affinités, P.O. Box 4213, Stn A, Toronto (Ontario) M5W 5M3

Section à lire et à signer par le proposant (et par le conjoint, si la couverture est demandée pour le conjoint)

DÉCLARATION : Par la présente, je (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, y compris la Déclaration de santé qui y était jointe à l'origine, sont véridiques et complètes et constituent, avec tout autre formulaire que j'ai signé relativement à la présente proposition, la base de tout certificat établi en vertu de la présente. Je conviens que toute fausse déclaration, y compris une déclaration erronée quant au statut de fumeur, rendra l'assurance résiliable à la demande de l'assureur. Le suicide commis dans les deux ans qui suivent la date d'effet n'est pas couvert par l'assurance vie temporaire. Je conviens que la couverture demandée comporte des exclusions et des restrictions et que l'assurance prendra effet à la date à laquelle la Financière Manuvie recevra, à son bureau, la proposition dûment remplie (incluant la Déclaration de santé) ainsi que le paiement de la première prime, sous réserve de l'approbation des tarificateurs de l'assureur. Il est entendu que tout renseignement d'ordre médical doit être exact à la date de signature de la proposition.

AUTORISATION ET RÉVOCATION : En ce qui concerne l'assurance demandée, je soussigné (le proposant, ou le parent ou le tuteur si le proposant est mineur) autorise par la présente les médecins autorisés, praticiens, hôpitaux, cliniques ou autres établissements médicaux, compagnies d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, 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'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, 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 la présente proposition. Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original. J'accuse réception de l'AVIS SUR LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS et de l'AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ (veuillez vous reporter à la description du produit figurant sur le site Web) et je confirme que j'en accepte les conditions. Je comprends que l'assurance vie et l'assurance invalidité prendront effet à la date à laquelle la Financière Manuvie recevra la proposition et les primes requises, sous réserve de l'approbation des tarificateurs de la Compagnie. Je conviens que tout renseignement sur l'état de santé doit être exact à la date de signature de la proposition.

Je déclare avoir été informé des raisons pour lesquelles les renseignements sur l'état de santé sont nécessaires ainsi que des risques et avantages à accorder ou à refuser mon consentement. Ce consentement prend effet à la date de la 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. Je sais que je peux mettre fin à ce consentement à tout moment et que si, à la suite de cette révocation, l'assureur n'est pas en mesure d'obtenir une preuve de sinistre, le règlement pourrait ne pas être honoré.

La couverture demandée vise-t-elle à remplacer une assurance vie existante? Oui Non
La Financière Manuvie se réserve le droit de refuser toute proposition visant un remplacement.

Bénéficiaire au titre de la couverture du membre

Nom de famille _____ Prénom _____

Lien _____

Au Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire dans la présente proposition est irrévocable sauf stipulation contraire. Je désigne par la présente mon conjoint comme bénéficiaire révocable.
(Le membre est d'office le bénéficiaire au titre de toute couverture des enfants qui est souscrite.)
Si le bénéficiaire est âgé de moins de 18 ans, veuillez désigner un fiduciaire qui recevra les sommes payables pour son compte.

Nom du fiduciaire de tout bénéficiaire mineur

Nom de famille _____ Prénom _____

X

Signature du membre _____ Fait à _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____

X

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

Bénéficiaire au titre de la couverture du conjoint

Nom de famille _____ Prénom _____

Lien _____

Au Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire dans la présente proposition est irrévocable sauf stipulation contraire. Je désigne par la présente mon conjoint comme bénéficiaire révocable.
Le membre est d'office le bénéficiaire au titre de toute couverture du conjoint qui est souscrite, sauf indication contraire de la part du membre par écrit. Si le bénéficiaire est âgé de moins de 18 ans, veuillez désigner un fiduciaire qui recevra les sommes payables pour son compte.

Nom du fiduciaire de tout bénéficiaire mineur

Nom de famille _____ Prénom _____

X

Signature du conjoint _____ Fait à _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____

X

Nom du représentant en services financiers _____ Code _____

Avant d'envoyer votre proposition :

- vérifiez que les renseignements fournis sont exacts et complets;
- lisez les conditions;
- signez votre proposition à l'endroit prévu à cet effet.

Veuillez envoyer votre proposition dûment remplie et signée à l'adresse suivante :

Financière Manuvie, Marchés des groupes à affinités, P.O. Box 4213, Stn A, Toronto (Ontario) M5W 5M3

Vous pouvez aussi l'envoyer par télécopieur au **1 800 510-3362**, à l'attention du Service à la clientèle.

(Nota : Si vous envoyez la proposition par télécopieur, veuillez envoyer l'original par la poste à l'adresse ci-dessus.)

Le régime de l'OAA est recommandé par :



Le régime de l'OAA est administré par :



Mumby Insurance Brokers Inc.
King Bathurst Business Centre,
60 Bathurst Dr., Suite 12, Waterloo (Ontario) N2V 2A9

1 800 446-5745

ou envoyez un courriel à inquire@mumby.com

Le régime de l'OAA est établi par :



La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers
P.O. Box 4213, Stn A, Toronto (Ontario) M5W 5M3

1 800 668-0195

Si vous avez besoin d'aide pour remplir la proposition ou si vous voulez plus de renseignements sur le régime de l'OAA, communiquez avec la Financière Manuvie au numéro sans frais ci-dessus, du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (heure de l'Est), ou par courriel à am_service@manuvie.com.