

Formulaire de demande et d'adhésion — Assurance des étudiants de premier cycle et assurance facultative des diplômés sans frais

Pour étudiants **de 40 à 64 ans**

Vie, Décès et mutilation accidentels (DMA), Invalidité et assurance Trois-en-un^{MC}

Remarque : Vous devez avoir entre 40 et 64 ans à la date à laquelle le CDSPI reçoit le présent formulaire et satisfaire à d'autres critères d'admissibilité pour obtenir la couverture. Tarification médicale requise.

SECTION 1 Choix d'assurance (Cochez la case appropriée)

A. OUI, j'aimerais souscrire l'**assurance des étudiants de premier cycle sans frais**.

Vous devez satisfaire aux exigences médicales pour obtenir une couverture* auprès de Manuvie. Veuillez répondre à toutes les questions de la section 3, Déclaration d'assurabilité.

À compter du 1^{er} janvier qui suit l'année d'obtention de votre diplôme, vous obtiendrez une réduction de 50 % sur les primes ordinaires** des assurances vie, DMA et Trois-en-un^{MC} au titre de l'assurance des étudiants de premier cycle pendant les trois années civiles qui suivent la remise de votre diplôme et une réduction viagère de 15 % sur les primes ordinaires** de l'assurance SolutionInvalidité^{MC} pendant la durée du contrat. Les taux de prime de l'assurance SolutionInvalidité^{MC} sont garantis jusqu'à 65 ans.

B. OUI, j'aimerais demander l'**assurance facultative des diplômés**.

Vous devez satisfaire aux exigences médicales pour obtenir une couverture* auprès de Manuvie. Veuillez répondre à toutes les questions de la section 3, Déclaration d'assurabilité.

Si votre demande est approuvée, la couverture prendra effet* à la date d'obtention de votre diplôme ou à la date d'approbation de la demande, si elle est postérieure, et vous n'aurez absolument aucune prime à payer pour cette couverture jusqu'au 31 décembre de l'année d'obtention de votre diplôme.

À compter du 1^{er} janvier qui suit l'année d'obtention de votre diplôme, vous obtiendrez une réduction de 50 % sur les primes ordinaires** des assurances vie, DMA et Trois-en-un^{MC} au titre de l'assurance facultative des diplômés pendant les trois années civiles qui suivent la remise de votre diplôme et une réduction viagère de 15 % sur les primes ordinaires** de l'assurance SolutionInvalidité^{MC} pendant la durée du contrat. Les taux de prime de l'assurance SolutionInvalidité^{MC} sont garantis jusqu'à 65 ans.

* À condition que vous ne receviez pas de prestations ou ne soyez pas en train d'accomplir un délai de carence.

** **REMARQUES IMPORTANTES CONCERNANT LES RÉDUCTIONS DE PRIMES :** Pour avoir droit aux réductions de primes, les étudiants qui obtiennent leur diplôme à partir de 2026 doivent être membres de l'Association dentaire canadienne ou d'une association dentaire provinciale ou territoriale qui, au moment considéré, est membre de l'Association dentaire canadienne.

SECTION 2 Renseignements sur le proposant

A. Êtes-vous un étudiant en dentisterie à plein temps? Oui Non

B. Êtes-vous un citoyen canadien ou un résident permanent du Canada? Oui Non

REMARQUE : Si vous avez répondu « Non » à la question A ou B, vous n'êtes pas admissible à cette couverture.

Si vous êtes un étudiant en dentisterie (ou un dentiste qui était étudiant et qui a obtenu son diplôme pendant l'année civile en cours), vous êtes admissible à la présente couverture. Par « étudiant », on entend un étudiant en dentisterie inscrit à plein temps dans une école ou une faculté de médecine dentaire reconnue du Canada et qui est un citoyen canadien ou un résident permanent du Canada.

C. Nom de la personne à assurer (en caractères d'imprimerie) :

Cocher une seule case : M. M^{me} M^{lle}

Homme Femme

Nom de famille

Prénom

Deuxième prénom ou initiale

Date de naissance :

Jour	Mois	Année			

Lieu de naissance : _____
(Province ou territoire et pays)

D. Je suis un : Fumeur Non-fumeur

Par « non-fumeur », on entend une personne qui n'a pas utilisé de produit de tabac (à savoir cigarettes, tabac à pipe, tabac à chiquer, produits de cessation d'usage de tabac, etc.) au cours des 12 mois précédant la signature de la présente demande.

E. Université : _____

Année d'obtention du diplôme :

Année			

Êtes-vous inscrit au programme de qualification pour les dentistes formés à l'étranger? Oui Non

F. Numéro de compte du CDSPI (s'il est connu) :

--	--	--	--	--	--

SECTION 2 Renseignements sur le proposant (suite)

G. Adresse postale actuelle :

Numéro et rue _____ N° d'appartement _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Téléphone cellulaire _____

Courriel (veuillez le fournir pour accélérer le processus de traitement de la demande)

Autre adresse fixe :

Numéro et rue _____ N° d'appartement _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____

H. Langue de correspondance désirée : Français Anglais

I. Désignation de bénéficiaire

Je désigne la personne nommée ci-après comme mon bénéficiaire pour recevoir toute somme payable en vertu de la couverture d'assurance vie et d'assurance DMA à mon décès. **Je reconnais que ma désignation de bénéficiaire est révoicable.**

Remarque : Si vous souhaitez que la désignation de bénéficiaire soit irrévocable, veuillez communiquer avec le CDSPI.

Nom de famille _____

Prénom _____ Deuxième prénom ou initiale _____

Lien entre le bénéficiaire et la personne à assurer

POUR LES RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT :

Si je désigne mon conjoint en droit (par mariage ou par union civile) comme bénéficiaire, cette désignation est automatiquement irrévocable*, à moins que je coche cette case : Révoicable

* Une désignation irrévocable signifie que vous pouvez modifier ou révoquer la désignation sans le consentement écrit du bénéficiaire.

POUR LES RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT : Une fois votre formulaire de demande et d'adhésion rempli et envoyé au CDSPI, la section 3 sera détachée et transmise à Manuvie, sans qu'une copie soit conservée dans les bureaux du CDSPI. Toutefois, vous avez également le choix de détacher et d'envoyer directement à Manuvie la section 3 du présent formulaire. Si vous le souhaitez, vous pouvez remplir tout le formulaire et envoyer seulement la section 3 à l'adresse suivante : **À l'attention de : Marchés des groupes à affinités, Programme CDSPI, Tarification, Manuvie, P.O. Box 670, Stn. Waterloo, Waterloo (ON) N2J 4B8.** Toutes les autres sections de la demande dûment remplies doivent être envoyées au : **CDSPI, 155 Lesmill Road, Toronto (Ontario) M3B 2T8.**

Inscrivez ci-dessous votre nom, votre date de naissance et votre numéro de compte si vous détachez la section 3 pour l'envoyer directement à Manuvie.

Nom de famille _____

Prénom _____ Deuxième prénom ou initiale _____

Date de naissance :

Jour	Mois	Année					

Numéro de compte (s'il est connu) :

--	--	--	--	--	--	--	--

Université : _____

Année d'obtention du diplôme :

Année			

IMPORTANT : Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens dans la présente section exclut les tests génétiques.*

*Un test génétique est défini comme 'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de la maladie ou des risques verticaux de transmission des risques, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

A. Renseignements personnels

► Avez-vous :

1. Déjà présenté une demande d'assurance qui a été refusée, ou encore acceptée moyennant une modification ou l'imposition d'une surprime? Le cas échéant, veuillez donner des précisions, y compris la date, le nom de la compagnie et la raison. Oui Non
-
2. a) Au cours des cinq dernières années, été accusé ou déclaré coupable de conduite imprudente ou dangereuse, ou votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué? Le cas échéant, veuillez donner des précisions, y compris le nombre d'accusations et de condamnations, ainsi que la date de la dernière condamnation. En cas de suspension ou de révocation du permis de conduire, veuillez préciser la date à laquelle il a été suspendu ou révoqué. Oui Non
- b) Au cours des deux dernières années, été accusé ou déclaré coupable d'au moins deux infractions au Code de la sécurité routière? (Par exemple, excès de vitesse, omission de s'arrêter, infraction relative au port de la ceinture de sécurité, distraction au volant ou défaut de se soumettre à l'alcootest.) Le cas échéant, veuillez préciser la nature de l'infraction ou des infractions, les dates et le numéro du permis de conduire, et la province émettrice. Oui Non
-
3. L'intention de piloter un aéronef, de faire de la plongée autonome, du parachutisme, du deltaplane, de la course automobile ou de l'escalade, ou de pratiquer toute autre activité dangereuse? Le cas échéant, veuillez préciser le type d'activité pratiquée et les dates. Oui Non

- Au cours des 12 prochains mois :
4. a) L'intention de voyager à l'extérieur du Canada ou des États-Unis? Le cas échéant, veuillez indiquer le lieu, la date, la raison et la durée du séjour. Oui Non
- b) L'intention de changer de pays de résidence? Le cas échéant, veuillez préciser le lieu, la date et la raison du déménagement, et indiquez si vous changerez de profession. Oui Non

- Au cours des cinq dernières années :
5. a) Pris des médicaments à des fins autres que médicales, fait usage de marijuana, ou consulté ou été traité pour alcoolisme ou toxicomanie? Le cas échéant, veuillez préciser le(s) type(s) de drogues ou d'alcool, ainsi que la (les) date(s) de dernières consommations. Oui Non
- b) Été déclaré coupable d'un acte criminel ou faites-vous actuellement l'objet d'une accusation pour un acte criminel? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions. Oui Non
- c) Déjà fait une déclaration de faillite à titre de particulier ou d'entreprise ou prévoyez-vous le faire? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions, y compris la date de libération de la faillite. Oui Non

► Si vous avez répondu « oui » à l'une des parties des questions 1 à 5 ci-dessus, veuillez fournir des précisions ci-après.

NUMÉRO ET PARTIE DE LA QUESTION	INDIQUEZ TOUTES LES DATES APPLICABLES (JJ/MM/AAAA)	INSCRIVEZ TOUS LES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS								
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									

D. État de santé, troubles et traitements

REMARQUE : Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, vous devez donner plus de renseignements dans le tableau intitulé « Détails d'ordre médical ».

1. Avez-vous déjà ressenti les symptômes de l'un des troubles suivants ou été traité pour l'un de ces troubles :

- a) **Trouble touchant le coeur ou les vaisseaux sanguins**, notamment : angine, caillots sanguins, maladie cardiaque, pontage coronarien ou angioplastie, maladie cérébrovasculaire, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), douleurs thoraciques, essoufflement, crise cardiaque, souffle cardiaque, palpitations, hypertension, hypercholestérolémie, circulation déficiente, enflure des chevilles ou autres? Oui Non
- b) **Trouble lié au nez, à la gorge ou aux poumons**, notamment : asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), bronchite chronique ou récidivante, emphysème, sarcoïdose, apnée du sommeil, tuberculose ou autres? Oui Non
- c) **Trouble abdominal**, notamment : cirrhose, colite, maladie de Crohn, diverticulite, hémorragie gastro-intestinale, reflux gastro-intestinal, hépatite (active ou à l'état de porteur), syndrome du côlon irritable, maladie du foie, pancréatite, ulcère ou autres? Oui Non
- d) **Affection rénale, trouble urinaire ou trouble de l'appareil reproducteur**, notamment : résultat anormal du test Pap, infection urinaire, calcul rénal, néphrite, prostatite ou autre trouble de la prostate, protéines dans les urines, infection des voies urinaires, présence de sucre ou de sang dans les urines, fibromes utérins, polykystose rénale, autres troubles des reins ou de la vessie, autres troubles de l'appareil reproducteur ou maladie transmise sexuellement, ou autres? Oui Non
- e) **Trouble mammaire**, notamment : résultats anormaux à la suite d'une mammographie ou d'une biopsie, kystes, bosses ou autres changements physiques, ou autres? Oui Non
- f) **Trouble touchant le système cérébral ou nerveux**, notamment : étourdissements, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques, engourdissements ou fourmillements, évanouissements ou syncope, épilepsie, tremblements, vertiges ou autres? Oui Non
- g) **Trouble visuel ou auditif**, notamment : cécité, vision trouble, surdité, glaucome, trouble de l'ouïe, trouble de la vue, labyrinthite, névrite optique, acouphène ou autres? Oui Non
- h) **Trouble de santé mentale**, notamment : dépression, anxiété, stress, épuisement professionnel, tentative de suicide, idées suicidaires, troubles émotifs ou alimentaires, ou autres? Oui Non

- i) **Trouble sanguin ou glandulaire**, notamment : diabète (y compris le diabète gestationnel et l'intolérance au glucose), glycémie anormale, anémie, prédisposition aux hémorragies, goutte, hémophilie, troubles des ganglions lymphatiques, troubles de la thyroïde, autres troubles endocriniens, ou autres? Oui Non
- j) **Cancer, kystes, bosses, polypes ou tumeurs?** Oui Non
- k) **Trouble lié aux muscles, aux os et aux articulations**, notamment : fatigue chronique, douleur chronique, fibromyalgie, dystrophie musculaire, polyarthrite rhumatoïde ou arthrose, paralysie ou faiblesse, blessure ou trouble liés aux muscles, aux os, aux articulations ou à la colonne vertébrale causant des limitations ou des restrictions physiques, ou autres? Oui Non
- l) **Affection cutanée**, notamment : carcinome basocellulaire, nævus dysplasique, syndrome du nævus dysplasique, lésions, taches de rousseur ou grains de beauté qui ont changé de dimension ou de couleur ou qui ont saigné, psoriasis, dermatite, naevus ou autres? Oui Non
- m) **Anomalie du système immunitaire**, notamment : VIH ou sida, hypertrophie généralisée des glandes lymphatiques, tests dont les résultats révèlent une exposition possible au virus du sida, ou autres? Oui Non
- n) **Toute autre maladie ou affection** non mentionnée ci-dessus, ou préoccupation ou symptôme pour lequel vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement? Oui Non
- o) Avez-vous été vacciné avec succès, c'est-à-dire immunisé, contre l'hépatite B? Si la réponse est « non », veuillez fournir des précisions?

- p) Consommez-vous des boissons alcoolisées? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez indiquer la quantité hebdomadaire et le type de boisson.
- Bière _____ bouteille(s) par semaine
- Vin _____ verre(s) par semaine
- Spiritueux _____ oz ou ml par semaine

► Si vous êtes une femme,

2. a) êtes-vous enceinte? Oui Non

Date prévue d'accouchement :

--	--	--	--	--	--	--	--

 Jour Mois Année

- b) quel était votre poids avant la grossesse? _____ lb kg

- c) avez-vous souffert de complications durant votre grossesse? Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions : Oui Non

Nom du obstétricien ou gynécologue

Téléphone

Numéro et rue

N° du bureau

Ville

Province

Code postal

D. État de santé, troubles et traitements

3. Au cours des cinq dernières années :

- a) vous a-t-on dit que vous souffriez de troubles liés à la colonne vertébrale, au dos ou au cou, ou avez-vous déjà subi des examens ou des traitements pour des troubles de cette nature, notamment : discopathie, douleur, foulure, entorse, sciatique ou autres? Oui Non
- b) avez-vous eu des radiographies (notamment de la colonne ou des articulations) ou avez-vous subi un électrocardiogramme (ECG), des analyses sanguines ou toute autre épreuve diagnostique? Oui Non
- c) vous a-t-on conseillé une épreuve diagnostique, une consultation, une hospitalisation ou une chirurgie qui n'a pas encore eu lieu? Oui Non
- d) avez-vous été hospitalisé ou invalide pour des raisons médicales pendant plus de deux semaines consécutives? Oui Non
- e) avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé (entre autres, un chiropraticien, un psychologue, un psychiatre, un physiothérapeute, un ophtalmologiste, un naturopathe ou tout autre travailleur de la santé) pour quelque raison que ce soit, y compris des examens de santé de routine ou annuels? Oui Non

4. Au cours des deux dernières années :

- a) avez-vous eu un résultat anormal de mammographie, de dosage de l'antigène prostatique spécifique ou de tout autre test ou toute autre investigation? Oui Non
- b) avez-vous consulté un spécialiste, vous êtes-vous fait prescrire des médicaments, avez-vous subi un autre traitement ou avez-vous été suivi pour un autre trouble qu'une affection bénigne (rhume, grippe, etc.)? Oui Non
- c) vous a-t-on recommandé de vous soumettre à d'autres investigations, de voir un autre médecin ou de subir une intervention chirurgicale? Oui Non
- d) ou êtes-vous actuellement incapable d'accomplir toutes les fonctions normales de votre profession habituelle en raison d'une blessure ou d'une maladie? Oui Non

DÉTAILS D'ORDRE MÉDICAL

► Si vous avez répondu « oui » à l'une des parties des questions 1 à 4 ci-dessus, veuillez fournir des précisions ci-après :

NUMÉRO ET PARTIE DE LA	DATE (JJ/MM/AAAA)	TOUS LES DÉTAILS PERTINENTS (Indiquez le nom et l'adresse du médecin ou de l'hôpital, le cas échéant, et précisez la nature de la maladie ou de la blessure, les symptômes, le nombre de crises, la durée, le traitement et les résultats.)										
	<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>											
	<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>											
	<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>											
	<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>											
	<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>											
	<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>											

POUR LES RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT : Inscrivez ci-dessous votre nom, votre date de naissance et votre numéro de compte si vous détachez la section 3 pour l'envoyer directement à Manuvie.

Nom de famille _____

Prénom _____ Deuxième prénom ou initiale _____

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--

Jour Mois Année

Numéro de compte (s'il est connu) :

--	--	--	--	--	--	--	--

Université : _____

Année d'obtention du diplôme :

--	--	--	--

Année

SECTION 4 Consentement à la livraison électronique de documents d'assurance

(À faire lire et signer par le proposant ou la personne à assurer.)

En cochant « Je consens à la livraison électronique de documents et d'avis » ci-dessous, vous acceptez les modalités et conditions suivantes :

1. Vous recevrez par voie électronique des documents et des avis concernant votre compte d'assurance de la part du CDPSI et du CDSPI Services consultatifs Inc. (appelés collectivement le « CDSPI »).
2. Vous consentez à la livraison électronique de documents et d'avis concernant votre compte d'assurance du CDSPI dont le numéro est indiqué sur le présent formulaire.
3. Vous comprenez que vous pourrez accéder à ces documents et ces avis dans votre compte en ligne dans la section sécurisée du site Web du CDSPI nécessitant un mot de passe. Lorsque de tels documents et avis seront affichés en ligne, vous en serez avisé par courriel. Dans le cas d'un compte conjoint, vous reconnaissez que tout message envoyé à l'adresse de courriel que vous avez fournie sera considéré avoir été envoyé à chaque titulaire du compte.
4. Vous comprenez que vous devez être enregistré pour pouvoir accéder à la section sécurisée du site Web du CDSPI nécessitant un mot de passe, afin de recevoir des documents par voie électronique. Vous confirmez que vous avez l'habileté technique et les ressources électroniques requises pour consulter ces documents et ces avis par voie électronique. Vous devez avoir un accès Internet et un logiciel vous permettant de visualiser des fichiers PDF comme Adobe Reader ou un module externe de visualisation. Il vous incombe de visualiser tous les documents et les avis envoyés dans votre compte en ligne dans la section sécurisée du site Web du CDSPI nécessitant un mot de passe.

5. Si vous changez d'adresse de courriel et que celle-ci ne correspond plus à celle fournie dans le présent formulaire, vous devez en informer immédiatement le CDSPI. Si l'envoi d'un courriel de la part du CDSPI a échoué, il se peut que le CDSPI vous envoie une copie papier des documents et des avis.
6. Si vous ne parvenez pas à télécharger les documents et les avis que le CDSPI vous a envoyés, vous pouvez demander à recevoir une copie papier par la poste.
7. Vous comprenez que les documents et les avis seront affichés dans votre compte en ligne pendant une période de temps correspondant à celle stipulée dans la législation applicable et qu'ils demeureront affichés dans votre compte en ligne pendant une période de temps appropriée et pertinente compte tenu de la nature du document ou de l'avis en question.
8. Vous pouvez retirer votre consentement à la livraison électronique de documents d'assurance et d'avis en tout temps. Il vous suffit d'appeler le CDSPI au 1.800.561.9401 ou d'écrire à insurance@cdspi.com.
9. Le CDSPI peut, à son entière discrétion, vous envoyer une copie papier de tout document ou avis par la poste s'il le juge nécessaire ou s'il ne parvient pas à livrer un document ou un avis par voie électronique, y compris si la loi applicable l'exige.

- Je consens à la livraison électronique de documents et d'avis.
- Je ne consens pas à la livraison électronique de documents et d'avis.

SECTION 5 Déclaration et autorisation (À faire lire et signer par le proposant ou la personne à assurer)

Je demande par la présente à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) l'assurance vie, l'assurance décès et mutilation accidentels et l'assurance invalidité, et à Zurich Compagnie d'assurances SA l'assurance Trois-en-un^{MC} au titre des contrats collectifs établis en vertu du CDSPI.

J'accuse réception de l'Avis sur la vie privée et la confidentialité de Manuvie, de l'Avis concernant l'échange de renseignements, de l'Avis sur la vie privée de Zurich et de l'Avis sur la vie privée du CDSPI et je confirme que j'en accepte les conditions.

Je, soussigné, atteste que les déclarations qui figurent dans le présent formulaire, y compris celles figurant dans la Section 3, Déclaration et autorisation, sont véridiques et complètes et qu'elles constituent avec les autres formulaires signés par moi au sujet de la présente demande la base de tout contrat ou certificat établi en vertu des contrats collectifs. Les renseignements que j'ai fournis sont véridiques et complets et Zurich Compagnie d'assurances SA peut s'y fier pour m'émettre la couverture d'assurance. J'accuse réception de l'Avis sur la vie privée et la confidentialité et je confirme que j'en accepte les conditions. Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Je conviens que toute fausse déclaration portant sur des faits importants, y compris une déclaration erronée quant à l'usage du tabac, rendra annulable à la demande de l'assureur toute assurance établie en vertu de cette proposition. Je reconnais que, si je dois fournir des renseignements sur mon état de santé, les renseignements en question doivent être exacts à la date de signature de la Déclaration d'assurabilité.

Je soussigné, la personne à assurer, autorise par la présente les médecins, praticiens, hôpitaux, pharmacies, cliniques ou autres établissements médicaux autorisés, les compagnies d'assurance, MIB Group, Inc., les administrateurs de contrat d'assurance collective, les promoteurs de régime, les organismes d'enquête et de sécurité, les agents, courtiers ou intermédiaires de marché, les organismes d'État ou autres organismes ou personnes possédant des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé à fournir les renseignements en question à Manuvie ou à ses réassureurs, aux fins de la présente demande, du contrat ou de toute demande de règlement subséquente. J'autorise Manuvie à consulter ses dossiers existants à ces fins. Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original. Je déclare avoir été informé des raisons pour lesquelles les renseignements médicaux sont exigés, ainsi que des risques et des avantages de mon consentement ou refus. Je sais que ce consentement peut être révoqué à tout moment et que si, à la suite de sa révocation, l'assureur est incapable d'obtenir une preuve de sinistre, il se peut que des demandes de règlement soient refusées.

Je reconnais que des modalités, des restrictions et des exclusions s'appliquent aux couvertures d'assurance demandées en vertu de cette proposition. Je comprends qu'en ce qui concerne l'assurance vie, un décès résultant d'un suicide pendant les deux années qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance ou de toute date de remise en vigueur n'est pas couvert.

Important : Au sujet de l'assurance des étudiants de premier cycle : Le CDSPI doit recevoir le présent formulaire au plus tard à la date d'obtention de mon diplôme et dans les 30 jours qui suivent la date de signature indiquée ci-dessous. Je comprends que la couverture en vertu de l'assurance des étudiants de premier cycle ne prendra pas effet à moins que ma demande ne soit approuvée par Manuvie.

Important : Si je demande l'assurance facultative des diplômés : Le CDSPI doit recevoir le présent formulaire d'ici le 31 décembre de l'année d'obtention de mon diplôme et dans les 30 jours qui suivent la date de signature indiquée ci-dessous. Pour demander l'assurance facultative des diplômés, je dois souscrire l'assurance des étudiants de premier cycle au plus tard à la date d'obtention de mon diplôme. Je comprends que ma couverture en vertu de l'assurance facultative des diplômés ne prendra pas effet à moins que Manuvie n'approuve ma proposition, et que la couverture en question ne prendra effet qu'à la date d'obtention de mon diplôme ou à la date d'approbation de ma demande par Manuvie, selon la dernière éventualité.

Signature du proposant

Date (jj/mm/aaaa)

Fait à : Ville

Province/Territoire

PARTICIPANTS DU QUÉBEC SEULEMENT:

Si vous avez choisi d'envoyer la section 3 directement à Manuvie, veuillez indiquer la date d'envoi :

Date (jj/mm/aaaa)

Les parties ont expressément convenu que la présente entente ainsi que tous annexes ou documents s'y rattachant soient rédigés en anglais.
(The parties have expressly requested that this Agreement and any related appendices or documents be drafted in the English language.)

Nota : Ce document est aussi disponible en anglais.

L'ASSURANCE VIE, L'ASSURANCE DMA ET L'ASSURANCE SOLUTIONINVALIDITÉ^{MC} SONT ÉTABLIES PAR LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE MANUFACTURERS (MANUVIE).

La Manuvie est investie de l'autorité d'accepter ou de refuser la couverture d'assurance en fonction des règles de santé. Les détails, modalités et exclusions sont précisés dans les polices d'assurance afférentes aux contrats. Le nom Manuvie, la lettre « M » stylisée et le nom Manuvie accompagné de la lettre « M » stylisée sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence. ©2020 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (ON) N2J 4B8.

AVIS CONCERNANT L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS — À DÉTACHER, À LIRE ET À CONSERVER PAR LA PERSONNE À ASSURER.

Tous les renseignements demandés sont uniquement à des fins d'assurance et sont confidentiels. L'assureur ou ses réassureurs peuvent toutefois en faire un bref rapport à MIB Group, Inc. (MIB). MIB est un organisme sans but lucratif créé par les sociétés d'assurance pour communiquer des données d'assurance à ses membres. Si vous présentez une proposition d'assurance vie ou soins médicaux ou une demande de règlement à une société membre, MIB lui fournira, sous réserve de votre autorisation, tout renseignement qu'il possède à votre sujet dans ses dossiers. Si vous lui en faites la demande, MIB vous communiquera l'information qui figure dans votre dossier. Par ailleurs, si vous doutez de l'exactitude des renseignements qui figurent dans votre dossier, vous pouvez communiquer avec MIB et demander qu'ils soient corrigés. Pour joindre le Service de renseignements de MIB, vous pouvez écrire à l'adresse suivante : **330 University Avenue, Suite 501, Toronto (ON) M5G 1R7**, composer le **416.597.0590** ou envoyer un courriel à **canada_disclosure@mib.com**.

Avis sur la vie privée et la confidentialité de la Manuvie :

Dans la présente déclaration, les termes « vous », « votre » et « vos » renvoient au titulaire de contrat ou à l'assuré titulaire des droits attachés au contrat pour donner son consentement. Les termes « nous », « notre », « nos » et « la Compagnie » renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et à ses sociétés affiliées et ses filiales.

Les mises à jour concernant la présente déclaration et d'autres renseignements sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels sont publiées à l'adresse www.manuvie.ca.

Nous recueillons, utilisons, vérifions et communiquons vos renseignements personnels à des fins déterminées, et seulement avec votre consentement, ou dans la mesure où la loi l'exige ou l'autorise. En cliquant sur « Transmettre » ou en signant la demande, vous consentez à ce que nous recueillions, utilisions et communiquions vos renseignements personnels, tel qu'il est indiqué dans la présente Déclaration relative aux renseignements personnels. Toute modification au consentement doit faire l'objet d'une entente écrite avec la Compagnie.

Quels renseignements personnels recueillons-nous?

Selon le produit que vous avez demandé, nous recueillons des renseignements personnels précis à votre sujet, notamment :

- des renseignements visant à vérifier votre identité comme votre nom, votre adresse, vos numéros de téléphone, votre adresse de courriel, votre date de naissance ou votre permis de conduire;
- un rapport d'enquête, d'évaluation du crédit ou de solvabilité ou un rapport contenant des renseignements financiers provenant d'autres organisations ou d'une autre personne ou source possédant des renseignements ou des dossiers à votre sujet;
- des renseignements sur la façon dont vous utilisez nos produits et services, ainsi que des renseignements sur vos préférences, caractéristiques démographiques et champs d'intérêt;
- d'autres renseignements personnels dont nous pourrions avoir besoin pour administrer notre relation d'affaires avec vous.

Nous utilisons des moyens honnêtes et licites pour recueillir des renseignements personnels à votre sujet.

Où recueillons-nous des renseignements personnels à votre sujet?

- les demandes et formulaires que vous avez remplis;
- d'autres interactions entre vous et la Compagnie;
- d'autres sources comme votre conseiller ou vos représentants autorisés ; des tiers avec lesquels nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de votre contrat maintenant et dans l'avenir;
- des sources publiques, comme les organismes gouvernementaux et les sites Internet.

À quelles fins utilisons-nous vos renseignements personnels?

Nous utilisons vos renseignements personnels aux fins suivantes :

- administrer adéquatement les produits et services que nous vous fournissons et gérer notre relation avec vous;
- confirmer votre identité et vérifier l'exactitude des renseignements que vous nous fournissez;
- évaluer votre demande, établir le contrat et administrer les droits qui y sont attachés;
- respecter les exigences légales et réglementaires;
- en apprendre davantage sur vous et sur la manière dont vous préférez faire affaire avec nous;
- analyser les données qui nous aident à mieux comprendre nos clients afin que nous puissions améliorer les produits et services que nous fournissons;
- déterminer votre admissibilité à d'autres produits et services qui sont susceptibles de vous intéresser, et vous fournir des précisions sur ces produits et services.

À qui communiquons-nous vos renseignements personnels?

- aux personnes, institutions financières et autres parties avec lesquelles nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de votre contrat maintenant et dans l'avenir;
- aux employés, agents et représentants autorisés;
- à toute personne ou à toute organisation à qui vous avez donné votre consentement;

- aux personnes autorisées par la loi à consulter vos renseignements personnels;
- aux fournisseurs de services qui ont besoin de ces renseignements pour nous fournir leurs services (par exemple des services de traitement des données, de programmation, de stockage des données, d'étude de marché, d'impression, de distribution, de soins paramédicaux et d'enquête);
- à votre médecin;
- aux organismes de santé publique concernés, si les tests de laboratoire effectués sur vous à notre demande donnent des résultats positifs relativement à des maladies infectieuses.

Les personnes, organisations et fournisseurs de services susmentionnés se trouvent au Canada et dans des territoires à l'étranger, et sont ainsi soumis aux lois de ces territoires.

Lorsque nous transmettons des renseignements personnels à nos fournisseurs de services, nous exigeons qu'ils les protègent de façon conforme à nos politiques et pratiques en matière de protection des renseignements personnels.

Les renseignements personnels que vous fournissez dans la présente proposition :

- feront partie de tous les contrats à la suite de la présente demande, même si vous n'êtes ni le titulaire ni l'une des personnes à assurer au titre de ce contrat imprimé;
- seront communiqués à tous les titulaires de ces contrats et à tout titulaire ultérieur ainsi qu'à toutes les personnes à assurer.

Pendant combien de temps conservons-nous vos renseignements personnels?

La plus longue des périodes suivantes : la période prescrite par la loi et les lignes directrices établies pour le secteur des services financiers; la période requise pour administrer les produits et services que nous vous fournissons.

Retrait de votre consentement

Vous pouvez retirer votre consentement à l'utilisation de vos renseignements personnels en vue de vous offrir d'autres produits ou services, à l'exception des offres accompagnant les relevés qui vous sont envoyés par la poste.

À moins que les lois fédérales ou provinciales ne vous en donnent le droit, vous ne pouvez pas nous retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation, à la conservation ou à la communication des renseignements personnels dont nous avons besoin pour établir ou administrer le contrat. Si vous nous retirez effectivement votre consentement, un contrat ne pourra être établi et les sommes dues ne pourront être versées aux termes du contrat, ou nous pourrions traiter le retrait de votre consentement comme une demande de résiliation du contrat.

Si vous souhaitez retirer votre consentement, téléphonez à notre Service à la clientèle au 1.877.261.8222, ou écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse indiquée ci-après.

Exactitude et accès

Vous nous informerez de tout changement apporté à vos coordonnées. Vous avez le droit de consulter les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet, d'en vérifier l'exactitude et au besoin d'y faire apporter les corrections appropriées. Si vous avez des questions, si vous voulez recevoir des renseignements supplémentaires au sujet des personnes qui ont accès à vos renseignements personnels ou en ce qui concerne nos politiques et procédures en matière de protection des renseignements personnels, ou si vous voulez consulter ou corriger les renseignements personnels vous concernant que nous avons en dossier, vous pouvez écrire au **Responsable de la protection des renseignements personnels Manuvie P.O. Box 1602 500 King Street North, Waterloo (ON) N2J 4C6**.

Privacy_office_canadian_division@manulife.com

Veillez noter qu'il est impossible de garantir la protection des communications par courriel. Ne nous envoyez pas de renseignements de nature personnelle ou confidentielle par courriel. En communiquant avec nous par courriel, vous nous autorisez à communiquer avec vous par courriel.

AVIS CONCERNANT L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS — À DÉTACHER, À LIRE ET À CONSERVER PAR LA PERSONNE À ASSURER. (suite...)

Avis sur la vie privée de Zurich : En soumettant des renseignements personnels qui comprennent, mais sans s'y limiter, le nom d'une personne, son adresse, sa date de naissance et ses renseignements médicaux à Zurich Compagnie d'Assurances SA et ses sociétés affiliées (collectivement appelées « Zurich ») et ses représentants autorisés respectant les personnes assurées ou couvertes par cette police, vous reconnaissez et confirmez que vous consentez ou, le cas échéant, avez obtenu le consentement de ces personnes pour la collecte, le stockage, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels aux fins de l'obtention et de l'administration de ladite ou desdites couvertures d'assurance. Ces renseignements personnels sont traités et conservés par Zurich, ses sociétés affiliées et ses représentants autorisés, tant au pays qu'à l'étranger. Pour en savoir plus sur la collecte, l'utilisation, la divulgation, le traitement et le stockage de vos renseignements personnels, veuillez écrire à l'agent de la protection de la vie privée de Zurich à privacy.zurich.canada@zurich.com ou vous pouvez également consulter notre déclaration sur la protection des renseignements personnels au www.zurichcanada.com/fr-ca/about-zurich/privacy-statement. En tant que titulaire de la police, vous pouvez refuser ou retirer votre consentement à la collecte, au stockage, à l'utilisation ou à la divulgation de vos renseignements personnels. Toutefois, si vous retirez votre consentement, Zurich pourrait ne pas pouvoir vous fournir de services et de couverture d'assurance ou ne pas pouvoir payer vos réclamations. Zurich s'est engagée à protéger la confidentialité et la sécurité des renseignements fournis. Vos renseignements personnels sont protégés dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou de notre agent. Vous pouvez demander de consulter vos renseignements personnels et d'y apporter des corrections en écrivant à : Agent de la protection de la vie privée, Zurich Compagnie d'Assurances SA (direction canadienne), 100 King Street West, Suite 5500, P.O. Box 290, Toronto, ON M5X 1C9.

Avis sur la vie privée du CDSPI : Le CDSPI et le CDSPI Services consultatifs Inc. recueillent, utilisent et divulguent vos renseignements personnels fournis dans la présente proposition aux fins suivantes : déterminer votre admissibilité à nos régimes d'assurance; administrer et vous fournir des services d'assurance et financiers; évaluer les risques; évaluer les demandes de règlement; assurer une protection contre la fraude, les erreurs ou toute fausse déclaration; satisfaire à des exigences légales, réglementaires ou contractuelles; promouvoir et vous informer d'autres produits et services connexes. Nous limitons l'accès à vos renseignements personnels figurant dans nos dossiers à nos employés, nos agents autorisés, de tiers fournisseurs de services et toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organismes et fournisseurs de services peuvent se trouver à l'extérieur du Canada, alors vos renseignements personnels pourraient être assujettis aux lois de ces juridictions étrangères. Vous pouvez demander à vérifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier et y apporter des corrections en écrivant au : CDSPI, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4. Pour de plus amples renseignements sur nos pratiques relatives à la protection de la vie privée, allez sur notre page Web www.cdspi.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels.

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Consultez notre page Web www.cdspi.com/fr/accessibilite pour obtenir de plus amples renseignements.