

## PROPOSITION

Taux de primes Avantage Atout et spéciaux Avantage Atout pour l'assurance vie de base ou vie familiale, ou taux de primes Santé Atout pour l'assurance invalidité de longue durée ou l'assurance des frais généraux

Si vous avez besoin d'aide pour remplir la présente proposition, contactez : **CDSPI Services consultatifs Inc.**  
1-800-561-9401 (sans frais) ou 416-296-9401, courriel : conseils@cdspi.com

96099001

Veuillez répondre à toutes les questions pertinentes afin d'éviter tout retard de traitement, et envoyez la proposition à :

**CDSPI**, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4 Téléc. : 1-866-337-3389 (sans frais) ou 416-296-8920

# RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

## Section 1 Renseignements sur le proposant

1. Nom (en caractères d'imprimerie) :

Cocher une case :  Dr  M.  Mme  Mlle  
 Société par actions

\_\_\_\_\_  
Nom de famille (ou nom de la société) Prénom Deuxième prénom ou initiale

2. Particuliers seulement :  Homme  Femme

3. Adresse postale :

Cocher une case :  Au domicile  Au travail

\_\_\_\_\_  
Numéro et rue Bureau n°

\_\_\_\_\_  
Ville Province Code postal

4. \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel Téléphone personnel

\_\_\_\_\_  
Téléphone mobile Télécopieur

5. \_\_\_\_\_

Adresse électronique (svp inclure votre adresse pour accélérer le processus de proposition)

6. Numéro de compte, s'il est connu : \_\_\_\_\_

## Section 2 Personne assurée

**N.B.** : Veuillez remplir cette section même si le proposant est la personne assurée.

1. Nom (en caractères d'imprimerie) :

Cocher une case :  Dr  M.  Mme  Mlle

\_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Deuxième prénom ou initiale

2.  Homme  Femme

3.  Fumeur  Non-fumeur<sup>†</sup>

4. Date de naissance : \_\_\_\_\_  
                                  Jour Mois Année

5. Pays de naissance : \_\_\_\_\_

6. Contrat(s) assuré(s) en vertu de :

- Assurance vie de base
- Assurance vie familiale
- Assurance invalidité de longue durée
- Assurance des frais généraux

<sup>†</sup> **N.B.** : Vous êtes considéré être un non-fumeur si vous n'avez utilisé aucune forme de produits du tabac ou de cessation d'usage du tabac pendant la période de 12 mois antérieure à la signature de la présente proposition. Rappelons que votre demande des taux applicables aux non-fumeurs doit être approuvée par l'assureur et que ladite approbation relève de votre situation relative à l'usage du tabac et de votre état de santé général.

## AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ – À LIRE, DÉTACHER ET CONSERVER PAR LA PERSONNE À ASSURER

Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans la proposition sont nécessaires à son traitement. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements :

Manuvie créera un dossier de services financiers contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la proposition, offrir et administrer les services et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres de Manuvie, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou ayant été autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des territoires de compétence situés à l'étranger et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires. Votre dossier est gardé en lieu sûr dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou agent. Vous pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, C.P. 1602, Succursale postale 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6.

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 à : 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](http://www.cdspi.com/fr/vos-droits-de-la-protection-des-renseignements-personnels).



# DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

## Section 4

Au Québec, veuillez remplir cet encadré si vous détachez la section 4 (voir note à la dernière page) :

Nom de la personne assurée :			N° de membre de l'ADC :			Date de naissance :			Date de la proposition :		
Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom ou initiale				Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année
Nom du proposant :			N° de membre de l'ADC :			Date de naissance :			Date de la proposition :		
Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom ou initiale				Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année

**ATTENTION : 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 l'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.**

À remplir par la personne assurée

**1. A.** Nom, adresse et numéro de téléphone de votre médecin habituel (ou d'une clinique médicale si vous n'avez pas de médecin traitant) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B.** Date et raison de la dernière consultation :

Date (jj/mm/aa) : \_\_\_\_\_

Raison : \_\_\_\_\_

**C.** Est-ce que des symptômes vous ont incité à consulter?

Oui  Non

**D.** Diagnostic, traitement administré ou médicaments prescrits (s'il n'y a aucun diagnostic, indiquez « Aucun ») :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**E.** Résultats et état actuel :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. A.** Vous êtes-vous déjà vu refuser, ajourner, offrir moyennant surprime, annuler, résilier ou modifier en quoi que ce soit une assurance vie, une assurance invalidité ou une assurance maladies graves ou vous a-t-on jamais refusé un renouvellement ou une remise en vigueur de ces assurances?

Oui  Non

**B.** Recevez-vous actuellement des prestations d'invalidité ou avez-vous jamais présenté une demande de règlement ou reçu des prestations, une rente ou des indemnités en raison d'une maladie ou d'un accident?

Oui  Non

**C.** Avez-vous été invalide pendant une période totale de 6 mois ou plus au cours des 5 dernières années?

Oui  Non

**D.** Si vous avez répondu « Oui » aux questions A, B ou C, veuillez donner des détails, y compris les dates :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. A.** Avez-vous piloté un aéronef au cours des 5 dernières années ou avez-vous l'intention de le faire?

Oui  Non

**B.** Au cours des 5 dernières années, avez-vous participé à la plongée autonome, au parachutisme, au vol libre, aux courses automobiles, à l'alpinisme ou à d'autres activités ou sports dangereux ou extrêmes ou avez-vous l'intention de le faire?

Oui  Non

**C.** Au cours des 3 dernières années, vous a-t-on suspendu votre permis de conduire ou déclaré coupable d'infractions de la circulation?

Oui  Non

**D.** Si vous avez répondu « Oui » aux questions A, B ou C, veuillez donner des détails, y compris les dates :

\_\_\_\_\_

**4.** Avez-vous l'intention de résider en dehors du Canada ou des États-Unis dans les 12 prochains mois?

Oui  Non

Si « Oui », inscrire le ou les pays, la raison, la ou les dates de départ et la durée de séjour :

\_\_\_\_\_

**5. A.** Taille : \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ cm ou \_\_\_\_\_ pi \_\_\_\_\_ po

**B.** Poids : \_\_\_\_\_ kg ou \_\_\_\_\_ lb

**C.** Changement de poids au cours de l'année passée  Oui  Non

Indiquez le changement, le cas échéant :

\_\_\_\_\_ kg ou \_\_\_\_\_ lb

En moins  En plus

Raison : \_\_\_\_\_

**6.** Au cours des 5 dernières années :

**A.** Avez-vous consulté un médecin, un chiropraticien, un psychologue, un physiothérapeute, un psychiatre ou tout autre professionnel de la santé ou avez-vous été admis dans un hôpital ou un établissement semblable?

Oui  Non

- B.** A-t-on découvert des symptômes ou constaté quelque anomalie que ce soit, ou vous a-t-on conseillé de subir d'autres examens ou tests diagnostiques, de vous faire hospitaliser ou de vous faire opérer?  
 Oui  Non
- C.** Avez-vous passé un électrocardiogramme, des analyses de sang, des radiographies ou d'autres tests diagnostiques?  
 Oui  Non
- D.** Avez-vous subi une opération chirurgicale, suivi un traitement ou un régime spécial, souffert d'une maladie, d'un malaise, d'une anomalie ou d'une blessure?  
 Oui  Non
- 7.** Pour autant que vous le sachiez, avez-vous eu une maladie ou une incapacité physique, ou suivez-vous actuellement un traitement?  
 Oui  Non
- 8.** Comptez-vous suivre un traitement médical ou subir une intervention chirurgicale?  
 Oui  Non
- 9.** Avez-vous déjà eu ou été traité pour affection ou trouble :
- A.** du coeur ou des vaisseaux sanguins, à savoir souffle cardiaque, palpitations, maladie du coeur, crise cardiaque, angine de poitrine, douleur thoracique, troubles circulatoires, phlébite, accident vasculaire cérébral ou hypertension?  
 Oui  Non
- B.** de la poitrine, des poumons, du nez ou de la gorge, à savoir asthme, bronchite chronique ou emphysème?  
 Oui  Non
- C.** de l'appareil digestif, notamment l'estomac, les intestins, la vésicule biliaire, le foie ou le pancréas, à savoir ulcères, colite, saignements ou hépatite (même à l'état latent)?  
 Oui  Non
- D.** des reins, de la vessie, des organes génitaux, à savoir néphrite, teneur de glucose, d'albumine ou de sang dans les urines ou maladie sexuellement transmissible?  
 Oui  Non
- E.** du système nerveux, des yeux ou des oreilles, à savoir étourdissements, engourdissement ou picotement, maux de tête, trouble épileptique, paralysie, trouble mental ou nerveux (notamment dépression ou stress) fatigue chronique, déficience visuelle ou auditive?  
 Oui  Non
- F.** des glandes, du sang, à savoir diabète, thyroïde, anémie, leucémie, problèmes de sein ou de peau?  
 Oui  Non
- G.** du système immunitaire, à savoir, hypertrophie durable de glande lymphatique, infections insolites, autre anomalie du système immunitaire, séropositif pour le VIH ou diagnostic de SIDA?  
 Oui  Non
- H.** de l'appareil locomoteur, à savoir douleur chronique, fibromyalgie, syndrome de la traversée thoracobrachiale, arthrite, sciatique, défaillance ou douleurs dorsales, cervicales, osseuses ou articulaires?  
 Oui  Non
- I.** ou pour toute autre maladie, affection, opération, cancer, tumeur, blessure ou anomalie congénitale non indiquée ci-dessus?  
 Oui  Non

- 10.A.** Faites-vous présentement l'objet d'une investigation médicale, suivez-vous un traitement, prenez-vous des médicaments ou vous a-t-on conseillé de suivre ou de songer à suivre un traitement ou de subir une intervention chirurgicale ou de consulter un autre médecin?  
 Oui  Non

- B.** Inscrivez tous les médicaments en vente libre et d'ordonnance que vous avez pris et/ou qui vous ont été prescrits au cours des 30 derniers jours, qu'ils aient été prescrits ou non par un docteur en médecine :

- 11.** Vous êtes-vous fait immuniser contre l'hépatite B?  Oui  Non

- 12.A.** Consommez-vous des boissons alcoolisées?  Oui  Non  
 Si « Oui », veuillez indiquer le nombre de verres pour chaque catégorie :

Quantité	Vin	Bière	Spiritueux
Par jour			
Par semaine			
Par mois			

- B.** Avez-vous jamais consulté un médecin, reçu un traitement, des médicaments ou des conseils sur l'abus d'alcool?  
 Oui  Non
- C.** Avez-vous jamais fait usage de sédatifs, d'analgésiques, d'hypnotiques, de tranquillisants ou de stimulants?  
 Oui  Non
- D.** Au cours des 7 dernières années, avez-vous fait usage de toute forme de marijuana, de cocaïne, de narcotiques, d'hallucinogènes, d'héroïne, de barbituriques ou recherché ou reçu conseil ou traitement pour usage de drogues, prescrites ou non prescrites?  
 Oui  Non

Si « Oui », donnez des détails et inscrivez la date du dernier usage :

- E.** Avez-vous déjà fait usage de toute forme de produits du tabac ou de cessation d'usage du tabac?  
 Oui  Non

Si « Oui », indiquez le ou les types de produit et la date du dernier usage :

Si vous fumez des cigares, indiquez le nombre que vous fumez par mois : \_\_\_\_\_

- 13.A.** Votre père ou votre mère, vos frères ou sœurs ont-ils souffert de troubles cardiaques, de diabète, de cancer, d'un accident vasculaire cérébral, d'hypertension, de troubles rénaux ou de la chorée de Huntington?  
 Oui  Non

- B.** Si « Oui », remplissez le tableau ci-dessous :

Membre de la famille	Affection (S'il s'agit d'un cancer, préciser le type.)	Âge auquel la maladie a débuté	Âge au décès et cause du décès



