

Emporte-moi^{MC} Assurance-santé**F84****Advisor ID: CDSPI01**

Tous les proposant doivent remplir les parties A, B, C, D, E et F.
Tous les proposant doivent remplir et signer la Déclaration du proposant.

Prière d'écrire en majuscules avec un stylo.

Partie A • Renseignements généraux

Est-ce que chaque proposant est couvert par un régime d'assurance maladie provincial/territorial?* Oui Non
* Tous les proposant doivent être couverts au titre d'un régime d'assurance maladie provincial ou territorial afin d'être admissible à ce produit d'assurance.
Si l'un des proposant ne satisfait pas à cette exigence, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle pour plus de renseignements.

Proposant :

Nom _____ Prénom (Dr.) _____ Initiale _____

Adresse _____ Ville _____

Province _____ Code postal _____ Courriel _____

Téléphone (domicile) () _____ Téléphone (travail) () _____

Si nous avons besoin de renseignements supplémentaires, où pouvons-nous communiquer avec vous?

 N° de téléphone à domicile N° de téléphone au travail Courriel Meilleur moment pour appeler _____ AM PM Date de naissance (JJ/MM/AAAA) Âge _____ Homme FemmeAvez-vous cessé la pratique active de la dentisterie (cochez une seule case) : Oui Non

Veuillez fournir les renseignements suivants concernant votre régime d'assurance collective au titre duquel vous êtes couvert actuellement ou l'étiez jusqu'à tout récemment :

Nom de l'employeur (s'il y a lieu) _____ Compagnie d'assurance _____

Date de cessation de l'assurance (JJ/MM/AAAA) Numéros du contrat collectif et du certificat _____**Coproposant :**

Nom _____ Prénom (Dr.) _____ Initiale _____

Téléphone (domicile) () _____ Téléphone (travail) () _____

Si nous avons besoin de renseignements supplémentaires, où pouvons-nous communiquer avec vous?

 N° de téléphone à domicile N° de téléphone au travail Courriel Meilleur moment pour appeler _____ AM PM Date de naissance (JJ/MM/AAAA) Âge _____ Homme Femme

Partie B • Personnes à charge à assurer

| PRÉNOM | NOM | CODE | SEXE | DATE DE NAISSANCE JJ MM AAAA | ÂGE |
|--------|-----|------|------|------------------------------------|-----|
| | | 02 | | | |
| | | 02 | | | |
| | | 02 | | | |

Partie C • Choix du régime

Je demande/Nous demandons le régime Emporte-moi Assurance-santé :

Formule de base Formule étendue Formule étendue Plus Formule première

Partie D • Désignation de bénéficiaire

Par la présente, je désigne/nous désignons la ou les personnes nommées comme bénéficiaires dans la présente proposition pour recevoir tout capital-décès payable au titre de la couverture souscrite. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les prestations seront versées aux ayants droit.

Bénéficiaire du proposant

Nom de famille _____

Prénom _____

Lien avec le proposant _____

% de la prestation _____

Si votre bénéficiaire est mineur lorsque les prestations deviennent exigibles, ces prestations seront consignées au tribunal ou au curateur public, à moins qu'un fiduciaire n'ait été nommé. En désignant un fiduciaire ci-dessous, vous reconnaissez que, si le bénéficiaire est mineur à la date de versement des prestations, celles-ci seront versées au fiduciaire, lequel les gardera en fiducie jusqu'à la majorité du bénéficiaire.

Fiduciaire :

Nom de famille _____

Prénom _____

Lien avec le bénéficiaire _____

Bénéficiaire du coproposant

Nom de famille _____

Prénom _____

Lien avec le coproposant _____

% de la prestation _____

Fiduciaire :

Nom de famille _____

Prénom _____

Lien avec le bénéficiaire _____

Une copie, une télécopie, une copie numérisée ou une image de la désignation de bénéficiaire figurant dans la présente demande est aussi valide que l'original.

Partie E • Options de paiement

Paiement initial : Par la présente, j'autorise/nous autorisons la Manuvie à prélever une somme correspondant aux deux (2) premières primes mensuelles, soit _____ \$, sur le compte indiqué ci-dessous :

Option 1 Compte bancaire (prélèvement automatique)

Option 2 Compte de carte de crédit

IMPORTANT : La somme initiale sera prélevée **le jour de l'approbation de la proposition** (et non à la date d'effet de l'assurance).

Les sommes suivantes seront prélevées le premier du mois.

Paiements suivants par :

Option 1 Prélèvement automatique sur mon/notre compte bancaire

Périodicité : Mensuelle Semestrielle (rabais de 2 %) Annuelle (rabais de 4 %)

Important : Nous avons besoin d'un chèque portant la mention « NUL » aux fins de vérification. Veuillez remplir la Partie F.

Option 2 Compte de carte de crédit

Périodicité : Mensuelle Semestrielle Annuelle

À noter que l'option de paiement par carte de crédit n'ouvre pas droit aux rabais. Veuillez remplir la Partie F.

Option 3 Facturation directe

Périodicité : Semestrielle (rabais de 2 %) Annuelle (rabais de 4 %)

Partie F • Renseignements sur les paiements et autorisation

Information au sujet des paiements par carte de crédit et autorisation

Par la présente, j'autorise/nous autorisons la Manuvie à faire un prélèvement sur mon/notre compte à compter du premier jour ouvrable de chaque mois au cours duquel les primes d'assurance sont exigibles. La présente autorisation peut être révoquée par la Manuvie ou par moi-même/nous-mêmes au moyen de la transmission d'un avis écrit. La Manuvie pourrait résilier la couverture ou changer le mode de paiement pour un autre mode acceptable si un prélèvement est refusé, quelle qu'en soit la raison. Le cas échéant, l'institution financière ne sera en aucun cas tenue responsable. Des frais de 25 \$ seront imposés pour chaque opération sans provision.

Carte de crédit : Visa MasterCard American Express

Numéro de compte _____ Date d'expiration _____ (MM/AAAA)

Nom du titulaire de la carte _____ Signature du titulaire de la carte _____

Deuxième signature, s'il s'agit d'un compte conjoint _____ Date _____ (JJ/MM/AAAA)


Information au sujet des prélèvements automatiques sur le compte (PAC) et autorisation

Coordonnées bancaires pour les PAC :

Coordonnées bancaires figurant sur le chèque couvrant le premier paiement

OU

Coordonnées indiquées ci-dessous :
(ne remplissez les cases ci-dessous que si vous ne joignez pas un chèque portant la mention « NUL »)

| | | |
|--|---|------------------|
|  500 KING ST. NORTH WATERLOO, ONTARIO N2J 4C6 | Pour vous aider à remplir les champs ci-dessous, l'illustration suivante montre à quelles données correspond l'encodage par reconnaissance de caractères magnétiques utilisé sur les chèques types. | |
| MEMO _____ | _____ | |
| 108 10 1 2 2 5 4 0 1 : 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 | | |
| Numéro de domiciliation | Numéro de l'institution | Numéro de compte |

Numéro de domiciliation _____ Numéro de l'institution _____ Numéro de compte _____

Institution financière _____ Adresse _____

Comptes conjoints : S'agit-il d'un compte conjoint pour lequel une seule signature est requise? Oui Non

Si plus d'une signature est requise pour les prélèvements sur le compte, les deux titulaires du compte doivent signer la présente autorisation.

Comptes d'épargne véritable : Comme l'approbation de mon/notre institution financière est requise pour les paiements préautorisés à partir des comptes sans privilège de chèques, j'ai/nous avons pris les dispositions nécessaires pour permettre les prélèvements sur mon/notre compte. J'ai/Nous avons joint au présent formulaire un bordereau de retrait portant le timbre d'approbation de mon/notre institution financière et attestant que les sommes exigibles peuvent être prélevées sur mon/notre compte d'épargne véritable.

Par la présente, j'autorise/nous autorisons la Manuvie à faire un prélèvement sur mon/notre compte bancaire à compter du premier jour ouvrable de chaque mois afin de couvrir les primes d'assurance mensuelles exigibles à la date d'apposition de ma/notre signature sur la présente autorisation ou après cette date. La somme prélevée sur mon/notre compte peut varier, conformément aux dispositions de mon/notre contrat d'assurance ou tel qu'il est nécessaire pour la gestion de mon/notre contrat. **Je renonce/Nous renonçons au droit de recevoir tout autre avis relatif au montant ou à la date de chaque prélèvement automatique sur mon compte.**

Si l'institution bancaire ou financière n'honore pas un prélèvement mensuel automatique à la date prévue, la Manuvie pourra tenter d'effectuer de nouveau ce prélèvement au cours des 30 jours suivants. La Manuvie se réserve le droit de demander un autre mode de paiement si le prélèvement est refusé. Tous les prélèvements uniques ou automatiques sur mon/notre compte bancaire seront traités comme des débits préautorisés personnels, tels qu'ils sont définis dans la Règle H-1 de Paiements Canada. La présente autorisation peut être résiliée en tout temps moyennant l'envoi par la Manuvie ou par moi-même/nous-mêmes d'un préavis écrit de 10 jours. Il est entendu qu'en cas de résiliation de la présente autorisation de prélèvement automatique, l'assurance peut prendre fin, à moins que la Manuvie ne reçoive le paiement sous une autre forme. Toute prime devant être remboursée relativement à la présente autorisation sera versée au titulaire du contrat.

Vous pouvez obtenir un formulaire de résiliation en communiquant avec votre institution financière ou en visitant le site de Paiements Canada, à l'adresse www.paiements.ca. Si vous avez des questions au sujet des prélèvements sur votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous par téléphone, au 1 800 268-3763, par courriel à renseignements@manuvie.com ou par la poste à Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

Vous disposez de certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à l'entente de PAC. Vous avez, par exemple, le droit d'être remboursé en cas de prélèvement non autorisé ou non conforme à l'entente de PAC. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou de plus amples renseignements au sujet de vos droits de recours ou d'annulation, communiquez avec votre institution financière ou visitez le site de Paiements Canada, à l'adresse www.paiements.ca.

Nom du titulaire du compte _____

Signature du titulaire du compte _____ Date _____ (JJ/MM/AAAA)

Deuxième signature, s'il s'agit d'un compte conjoint _____ Date _____ (JJ/MM/AAAA)

Adresse du titulaire du compte (s'il ne s'agit pas du proposant) _____

Avis sur la vie privée et la confidentialité

Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans la proposition sont nécessaires à son traitement. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, la Manuvie créera un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui seront utilisés aux fins requises pour l'assurance, notamment le traitement de la présente proposition et de toute demande de règlement subséquente. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques (tarification), de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres de la Manuvie ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des territoires de compétence à l'extérieur du Canada et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires de compétence. Nous communiquerons certains renseignements de base sur l'adhésion au promoteur du régime, CDSPI, mais nous ne lui communiquerons aucun renseignement relatif aux demandes de règlement permettant de vous identifier. Veuillez consulter la politique de CDSPI sur la protection de la vie privée pour en savoir davantage sur la collecte et l'utilisation de vos renseignements personnels par CDSPI.

Votre dossier sera gardé en lieu sûr dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou mandataire. 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, P.O. Box 1602, Del. Stn 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6.

Déclaration et autorisation du proposant • Tous les proposants doivent remplir cette section

J'atteste/Nous attestons que les déclarations contenues dans le présent formulaire sont véridiques et complètes, et constituent, avec tout autre formulaire que j'ai/nous avons signé relativement à la présente proposition, la base de tout contrat établi au titre des présentes. J'accuse/Nous accusons réception de l'Avis sur la vie privée et la confidentialité de la Manuvie et j'en accepte/nous en acceptons les conditions. Je conviens/Nous convenons que l'assurance n'entrera pas en vigueur avant le premier jour du mois suivant l'approbation définitive de la proposition.

Par la présente, je désigne la ou les personnes nommées comme bénéficiaires pour recevoir les prestations exigibles au titre de l'assurance Décès et mutilation accidentels.

Une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation signée est réputée avoir la même validité que son original.

| | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Signature du proposant | Fait à (ville, province) | (JJ/MM/AAAA) Date |
| Signature du coproposant | Fait à (ville, province) | (JJ/MM/AAAA) Date |

Veuillez envoyer la proposition dûment remplie à l'adresse suivante :

Par la poste :
Manuvie
P.O. Box 670
Stn Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4B8

Par messagerie :
Manuvie
500 King Street
Marchés de consommation
Affaires nouvelles
Del. Stn 500-GB
Waterloo (Ontario) N2J 4C6



Le régime Emporte-moi^{MC} Assurance-santé est offert par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

Le nom Manuvie et le logo qui l'accompagne sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence. ^{MC/MD} Marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. © La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2018. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Rendez-vous à l'adresse cdspi.com/accessibilite pour obtenir de plus amples renseignements.

CDSPI-FM-APP.F 05/18
180165