

CLIENT — Veuillez remplir pour une demande de couverture

MONTANT DU CAPITAL ASSURÉ

Sélectionnez le capital assuré de votre choix
(cochez seulement une case).

25 000 \$ 20 000 \$ 15 000 \$ 10 000 \$ 7 500 \$ 5 000 \$

Indiquez votre statut de fumeur :

Non-fumeur* Fumeur

*Un non-fumeur est une personne qui n'a pas fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, ni de produits de désaccoutumance au tabac ou de marijuana au cours des 12 derniers mois.

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT (en caractères d'imprimerie)

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Date de naissance : JJ / MM / AAAA Homme Femme

Téléphone : (_____)
(meilleure façon de vous joindre)

Courriel : _____
(facultatif)

BÉNÉFICIAIRE AU TITRE DE LA COUVERTURE DU CLIENT

Par la présente, je désigne la personne nommée ci-après comme bénéficiaire pour recevoir le capital-décès payable au titre de la couverture souscrite.

Nom : _____

Lien avec le client : _____

Si vous désignez un bénéficiaire de moins de 18 ans, la prestation sera versée à la cour, à moins de nommer un fiduciaire; ou au Québec, la prestation sera versée au tuteur ou à l'administrateur.

Nom du fiduciaire : _____

Lien avec le client : _____

Pour les résidents du Québec :

Au Québec, la désignation d'un conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, sauf sur stipulation révoicable.

(Cochez la case ci-dessous si la désignation est révoicable.)

Par la présente, je déclare et stipule que la désignation de bénéficiaire figurant au présent formulaire est révoicable.

CONJOINT — Veuillez remplir pour une demande de couverture

MONTANT DU CAPITAL ASSURÉ

Sélectionnez le capital assuré de votre choix
(cochez seulement une case).

25 000 \$ 20 000 \$ 15 000 \$ 10 000 \$ 7 500 \$ 5 000 \$

Indiquez votre statut de fumeur :

Non-fumeur* Fumeur

*Un non-fumeur est une personne qui n'a pas fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, ni de produits de désaccoutumance au tabac ou de marijuana au cours des 12 derniers mois.

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT (en caractères d'imprimerie)

Nom : _____

Adresse : _____
(si différente de celle du client)

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Date de naissance : JJ / MM / AAAA Homme Femme

Téléphone : (_____)
(meilleure façon de vous joindre)

Courriel : _____
(facultatif)

BÉNÉFICIAIRE AU TITRE DE LA COUVERTURE DU CONJOINT

Par la présente, je désigne la personne nommée ci-après comme bénéficiaire pour recevoir le capital-décès payable au titre de la couverture souscrite.

Nom : _____

Lien avec le conjoint : _____

Si vous désignez un bénéficiaire de moins de 18 ans, la prestation sera versée devant les tribunaux à moins de nommer un fiduciaire; ou au Québec, la prestation sera versée au tuteur ou à l'administrateur.

Nom du fiduciaire : _____

Lien avec le conjoint : _____

Pour les résidents du Québec :

Au Québec, la désignation d'un conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, à moins d'être stipulé révoicable.

(Cochez la case ci-dessous si la désignation est révoicable.)

Par la présente, je déclare et stipule que la désignation de bénéficiaire figurant le présent formulaire est révoicable.

MODE DE PAIEMENT

Sélectionnez le mode de paiement de votre choix et inscrivez les renseignements requis (cochez seulement une des cases ci-dessous)

Carte de crédit – prélèvements mensuels :

VISA MasterCard

N° de carte : - - - Exp. : /

Prélèvements mensuels préautorisés :

Veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ »

Par souci de commodité, si vous choisissez de payer vos primes par prélèvements automatiques sur le compte ou par carte de crédit, vos prochaines primes seront réglées d'office selon ce mode de paiement.

Renseignements sur les paiements

Paiement par prélèvement automatique sur le compte (PAC)

Nom du titulaire du compte _____

Institution financière _____ Adresse _____ Ville _____

Numéro de compte bancaire _____ Numéro de domiciliation _____

Type de compte : Compte-chèques personnel Compte-chèques d'épargne Compte d'épargne Compte courant
 Compte de dépôt direct Autre

Comptes conjoints : S'agit-il d'un compte conjoint au titre duquel 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 à la présente un bordereau de retrait portant le timbre d'approbation de mon/notre institution financière et attestant que les montants exigibles peuvent être prélevés sur mon/notre compte d'épargne véritable.

Autorisation de paiement

Paiement par carte de crédit

Par la présente, j'autorise/nous autorisons la Financière Manuvie à faire un prélèvement sur mon/notre compte le premier jour ouvrable de chaque mois ou aux environs de cette date afin de couvrir les primes d'assurance exigibles. La présente autorisation peut être révoquée par la Financière Manuvie ou par moi-même/nous-mêmes moyennant un avis écrit. La Financière Manuvie résiliera la couverture ou changera le mode de paiement pour un autre mode acceptable si un prélèvement est refusé, quelle qu'en soit la raison. L'institution financière ne sera en aucun cas tenue responsable si une situation de ce genre survient.

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

Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint de carte de crédit _____ Dated JJ / MM / AAAA

Paiement par prélèvement automatique sur le compte (PAC)

Par la présente, j'autorise/nous autorisons la Financière Manuvie à faire un prélèvement automatique de mon/notre compte bancaire afin de couvrir les primes d'assurance exigibles à la date de signature de la présente autorisation ou après cette date. Il est entendu qu'à part la prime initiale, qui doit être jointe à la présente proposition, les primes ultérieures seront prélevées le premier jour ouvrable du mois, sinon le jour ouvrable suivant. Le montant prélevé sur mon/notre compte peut varier, conformément aux dispositions du contrat d'assurance ou tel qu'il est nécessaire pour la gestion du contrat. **Je renonce/Nous renonçons au droit de recevoir tout autre préavis relatif au montant et à la date de chaque prélèvement automatique sur mon/notre compte.** Si la banque ou l'institution financière n'honore pas un prélèvement mensuel automatique à la date prévue, la Financière Manuvie pourra tenter d'effectuer de nouveau ce prélèvement au cours des 30 jours suivants. La Financière Manuvie se réserve le droit de demander qu'un autre mode de paiement soit utilisé 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 l'Association canadienne des paiements. Le montant de la prime pourra être modifié conformément aux dispositions du contrat d'assurance. La présente entente peut être résiliée en tout temps moyennant l'envoi par la Financière Manuvie ou par moi/nous d'un préavis écrit de 10 jours. Il est entendu qu'en cas de résiliation de la présente entente de prélèvement automatique, l'assurance peut prendre fin à moins que la Financière Manuvie ne reçoive une autre forme de paiement. Toute prime devant être remboursée relativement à la présente autorisation le sera au titulaire du contrat.

Vous pouvez obtenir un formulaire de résiliation en communiquant avec votre institution financière ou en visitant le site de l'ACP, à l'adresse www.cdnpay.ca. Si vous avez des questions au sujet des prélèvements automatiques sur votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous au 1-866-693-7150, nous envoyer un courriel à l'adresse am_service@manuvie.com ou écrire à la Financière Manuvie, C.P. 188, station Place-d'Armes, Montréal QC H2Y 9Z9.

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

Nom du titulaire du compte _____ Signature du titulaire du compte _____

Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint _____ Dated JJ / MM / AAAA

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

MODALITÉS — Veuillez lire attentivement avant de signer.

Déclaration. Je soussigné, le proposant, fait par la présente une demande d'assurance à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie). Je déclare que les renseignements contenus dans cette demande d'assurance sont véridiques et complets. Je déclare que les renseignements contenus dans cette demande d'assurance sont véridiques et complets. Je conviens que cette demande d'assurance ainsi que tout autre formulaire que j'ai signé relativement à la présente demande d'assurance constituent la base de toute police émise en vertu des présentes. Je reconnais que l'assureur pourra déclarer la couverture nulle et non avenue advenant toute fausse déclaration matérielle de ma part, incluant une déclaration inexacte de statut fumeur. Le suicide, dans les deux premières années d'entrée en vigueur de la protection, n'est pas un risque couvert. Je comprends les exclusions et les limitations de la couverture demandée. Je comprends que l'assurance prendra effet le premier jour du mois suivant la date de ma demande et sous réserve que le premier paiement des primes soit reçu au bureau de la Financière Manuvie.

Autorisation. J'autorise également la Financière Manuvie, ses filiales, sociétés affiliées et agents à utiliser les renseignements fournis dans la présente application et figurant dans ses dossiers pour m'offrir ses produits et services. Je comprends et je conviens que, de temps à autre, la Financière Manuvie pourra échanger de l'information sur un produit avec La Banque Laurentienne du Canada à des fins d'analyse statistique générale de mise en marché. Je comprends que mon consentement à ce que ces renseignements soient utilisés pour m'offrir des produits ou services est facultatif et que je peux mettre fin à cette utilisation en écrivant à la Financière Manuvie à l'adresse indiquée sur le présent document. Une photocopie ou une reproduction de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Avis sur la vie privée et la confidentialité. Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans le formulaire d'adhésion sont nécessaires à son traitement. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, la Financière Manuvie créera un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui sont utilisés pour traiter l'adhésion, 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'instruction des sinistres de la Financière 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 être dans des ressorts situés à l'extérieur du Canada et être assujettis aux lois en vigueur dans ces ressorts. De plus, votre consentement quant à l'utilisation de vos renseignements personnels pour vous offrir des produits et services est facultatif, et vous pouvez mettre fin à cette utilisation en écrivant à la Financière Manuvie à l'adresse indiquée ci-dessous. Votre dossier est gardé en lieu sûr dans nos bureaux. 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, Marchés des groupes à affinités, Financière Manuvie, P.O. Box 4213, Stn A, Toronto (Ontario) M5W 5M3.

Important : Ce produit ne vise pas à remplacer votre assurance-vie actuelle. Veuillez ne pas annuler votre protection existante.

Signature du client : _____ **Date :** JJ / MM / AAAA
(si adhésion à la protection)

Signature du conjoint : _____ **Date :** JJ / MM / AAAA
(si adhésion à la protection)

PAGE 3 DE 3

VEUILLEZ REMPLIR LES DEUX CÔTÉS →→→

Vous avez des questions? Composez le 1-866-693-7150

Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, HNE

Financière Manuvie, C.P. 188, station Place-d'Armes, Montréal QC H2Y 9Z9

Garantie AssurVie est offert par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (la Financière Manuvie).

Plan établi par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Le nom Financière Manuvie et le logo qui l'accompagne sont des marques de service et de commerce déposées réservées à l'usage de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et de ses sociétés affiliées, y compris la Société Financière Manuvie.

© 2010 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés.