



Numéro d'adhérent AIR MILES^{MD} : 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

WSE

Prière d'écrire en majuscules avec un stylo

Partie A – Renseignements généraux

Proposant

Nom _____ Prénom _____ Initiale _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____ Code postal _____

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

Date de naissance _____ Âge _____ Homme Femme

N° de carte d'assurance-maladie _____

Veuillez fournir des précisions sur le régime d'assurance d'employeur ou sur le régime collectif d'assurance soins médicaux auquel vous ne participez plus depuis peu ou auquel vous cesserez de participer bientôt :

Nom de l'employeur _____

Compagnie d'assurance _____ Date de fin de participation au régime _____ JJ / MM / AAAA

Numéros de groupe et d'identification _____

Co-proposant

Nom _____ Prénom _____ Initiale _____

Adresse _____
(si différente de celle du proposant) _____

Ville _____

Province _____ Code postal _____

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

Date de naissance _____ Âge _____ Homme Femme

N° de carte d'assurance-maladie _____

Veuillez fournir des précisions sur le régime d'assurance d'employeur ou sur le régime collectif d'assurance soins médicaux auquel vous ne participez plus depuis peu ou auquel vous cesserez de participer bientôt (s'il diffère de celui du proposant) :

Nom de l'employeur _____

Compagnie d'assurance _____ Date de fin de participation au régime _____ JJ / MM / AAAA

Numéros de groupe et d'identification _____

Partie B – Personnes à charge à assurer

Nom	Prénom	N° de carte d'assurance-maladie	Code	Sexe	Date de naissance JJ/MM/AAAA	Âge
PERSONNE	À CHARGE		02			
PERSONNE	À CHARGE		02			
PERSONNE	À CHARGE		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

Désignation du bénéficiaire de l'assurance Décès et mutilation par accident (en cas de décès, si aucun bénéficiaire n'est désigné, le capital-décès sera versé à la succession) :

Bénéficiaire du proposant

Nom de famille _____ Prénom _____

Lien avec le proposant _____

Bénéficiaire du co-proposant

Nom de famille _____ Prénom _____

Lien avec le co-proposant _____

Si vous désignez un bénéficiaire de moins de 18 ans, les prestations seront consignées au tribunal ou au curateur public, à moins qu'un fiduciaire n'ait été nommé; au Québec, les prestations seront versées directement au tuteur ou à l'administrateur du bénéficiaire, et aucun fiduciaire ne peut être nommé.

Fiduciaire :

Nom de famille _____ Prénom _____

Lien avec le proposant _____

Fiduciaire :

Nom de famille _____ Prénom _____

Lien avec le co-proposant _____

Résidents du Québec seulement :

Au Québec, un conjoint désigné à titre de bénéficiaire constitue une désignation irrévocable, à moins d'indication contraire. (Cochez la case ci-dessous si la désignation est révoicable.)

Je soussigné déclare et stipule par la présente que la désignation de bénéficiaire faite dans cette demande est révoicable.

Je soussigné déclare et stipule par la présente que la désignation de bénéficiaire faite dans cette demande est révoicable.

Partie E – Options de paiement

Paiement initial Par la présente, j'autorise/nous autorisons la Financière Manuvie à prélever une somme correspondant aux deux premières primes

mensuelles, soit _____ \$, sur le compte indiqué ci-dessous :

Option 1 Compte bancaire (prélèvement automatique)

Option 2 Compte de carte de crédit

Paiements suivants par :

Option 1 Prélèvement automatique sur mon 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

Renseignements sur les paiements

Paiement par prélèvement automatique

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 Autre

Compte conjoint : 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 pris/nous avons pris les dispositions nécessaires pour permettre les prélèvements sur mon/notre compte. J'ai joint/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.

Paiement par carte de crédit

Carte de crédit Visa MasterCard American Express

Numéro de compte _____ Date d'expiration _____

MM / AAAA

Titulaire de la carte _____ Signature du titulaire de la carte _____

Partie F – Renseignements sur les paiements et autorisation (suite)

Autorisation de paiement

Paiement par prélèvement automatique

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 exigibles, après l'apposition de ma/notre signature sur la présente autorisation. Le montant prélevé de 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.** 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 retraits uniques ou automatiques de mon compte de banque seront traités comme des DPA personnels (débits préautorisés personnels) définis dans la Règle H-1 de l'Association canadienne des paiements. 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. Je comprends/Nous comprenons 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.

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 de votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous au 1 877 477-3303, visiter le site www.pourmeproteger.com ou écrire à la Financière 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 l'ACP, à l'adresse www.cdnpay.ca.

Titulaire du compte _____ Signature du titulaire du compte _____

Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint _____ Date _____

JJ / MM / AAAA

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 exigibles. La présente autorisation peut être révoquée par la Financière Manuvie ou par moi/nous moyennant un avis écrit.

La Financière 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. L'institution financière ne sera en aucun cas tenue responsable si une situation de ce genre survient. Des frais de 25 \$ seront imposés pour chaque opération sans provision.

Titulaire de la carte _____ Signature du titulaire de la carte _____

Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint _____ Date _____

JJ / MM / AAAA

Déclaration du proposant

TOUS LES PROPOSANTS DOIVENT REMPLIR CETTE SECTION

Le présent régime est établi par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Cochez cette case si vous ne désirez pas recevoir d'information additionnelle ni sur les produits de la Financière Manuvie.

Je reconnais/nous reconnaissons que les déclarations aux présentes sont véridiques et complètes et, qu'associées à tout autre formulaire signé par moi-même/nous-mêmes relativement au présent formulaire de demande, elles constituent la base de toute police émise en vertu des présentes.

Je reconnais/nous reconnaissons avoir pris connaissance et convenir de l'Avis en matière de protection et de confidentialité des renseignements et de l'Avis sur les renseignements fournis au Programme de récompense AIR MILES^{md}. Je conviens/nous convenons que la protection n'entrera en vigueur que le premier jour du mois suivant l'approbation finale.

Par les présentes, j'autorise/nous autorisons la (les) personne(s) désignée(s) comme bénéficiaire(s) à recevoir les prestations de Décès et mutilation par accident.

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

Signature du proposant _____ Date _____

JJ / MM / AAAA

Signature du co-proposant _____ Date _____

JJ / MM / AAAA

Emporte-moi Assurance-santé est offert par la Financière Manuvie
(La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers).

Le présent régime est établi par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

 **Financière Manuvie**
Pour votre avenirsm

sm Marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Les noms Manuvie et Financière Manuvie, le logo qui les accompagne et le titre d'appel « Pour votre avenir » sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence.

^{md} Marque de commerce/marque déposée d'AIR MILES International Trading B.V. employées en vertu d'une licence par LoyaltyOne, Inc. et par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

© 2012 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés.