

Régime d'assurance-vie  
temporaire Pourmeprotéger<sup>MC</sup>  
Formulaire d'adhésion



sortez votre carte.  
sortez vos rêves.

pour m e  
protéger

Assurance-vie<sup>MC</sup>

Prière d'écrire en majuscules avec un stylo

Numéro d'adhérent AIR MILES<sup>MD</sup> : 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Partie A — Renseignements sur le proposant

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
 Homme  Femme Date de naissance \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_ Pays de naissance \_\_\_\_\_  
J J / M M / A A A A  
Téléphone à la maison \_\_\_\_\_ Téléphone au bureau \_\_\_\_\_  
Adresse électronique \_\_\_\_\_  
Emploi \_\_\_\_\_ Êtes-vous travailleur autonome?  Oui  Non  
Dans l'affirmative, veuillez décrire la nature de votre entreprise ou de votre travail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Partie B — Votre choix de protection

Je soumetts une demande d'assurance-vie temporaire Pourmeprotéger :

**Montant d'assurance** \_\_\_\_\_ \$ (montants de 25 000 \$ à 1 000 000 \$, en multiples de 25 000 \$)

Proposant :  Fumeur  Non-fumeur\*

\*Les taux non-fumeurs s'appliquent aux personnes qui n'ont pas fait usage de tabac, de produits de désaccoutumance au tabac ou de marijuana au cours des 12 derniers mois, et qui répondent aux normes de santé de la Financière Manuvie. Le statut de fumeur ou de non-fumeur est déterminé lorsque votre couverture est approuvée.

Demandez-vous également une assurance-santé de la Financière Manuvie?  Oui  Non

### Partie C — Renseignements concernant le bénéficiaire

Par la présente, j'autorise la (les) personne(s) désignée(s) comme bénéficiaire(s) dans cette demande d'assurance à recevoir le capital-décès payable dans le cadre de l'assurance demandée.

**Bénéficiaire(s) :**

1. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Lien \_\_\_\_\_ % des prestations \_\_\_\_\_  
avec vous, le proposant  
2. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Lien \_\_\_\_\_ % des prestations \_\_\_\_\_  
avec vous, le proposant

Si vous désignez une 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 \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_  
avec vous, le 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.

### Partie D — Vos renseignements financiers

Remplissez cette section seulement si vous demandez une assurance de plus de 250 000 \$.

Revenu annuel (après dépenses, mais avant impôt) \_\_\_\_\_ \$ Valeur nette personnelle (actif moins passif) \_\_\_\_\_ \$

### Partie E — Renseignements concernant votre assurance actuelle

Détenez-vous présentement une assurance-santé auprès de la Financière Manuvie?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer votre numéro de police : \_\_\_\_\_

Avez-vous une assurance-vie en suspens ou en vigueur auprès de la Financière Manuvie ou d'une autre compagnie?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer ce qui suit :

Nom de la compagnie	Individuelle ou entreprise	Montant de la prestation	Avez-vous l'intention de remplacer cette police par l'assurance-vie Pourmeprotéger?*
		\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\*Nota : Si vous avez l'intention de remplacer une police par l'assurance demandée, ne résiliez pas votre police d'assurance existante avant d'avoir reçu et passé en revue votre police d'assurance-vie temporaire Pourmeprotéger.

## Partie F — Options de paiement, renseignements et autorisation

Payez mensuellement par carte de crédit ou par prélèvement automatique et accumulez tous les mois des milles de récompense AIR MILES<sup>md</sup>.

### Options de paiement des primes

Par la présente, j'autorise / nous autorisons la Financière Manuvie à prélever une somme correspondant à la prime initiale, soit \_\_\_\_\_ \$, ainsi que les primes subséquentes sur le compte indiqué ci-dessous :

#### Option 1 :

Carte de crédit

Périodicité des paiements par carte de crédit :  Mensuelle – avec des milles de récompense AIR MILES<sup>md</sup>  
 Annuelle – sans milles de récompense AIR MILES

#### Option 2 :

Prélèvement automatique sur mon / notre compte bancaire – mensuellement avec des milles de récompense AIR MILES<sup>md</sup>

*Important : Nous avons besoin d'un chèque portant la mention « NUL » aux fins de vérification*

### Renseignements sur les paiements

#### 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 \_\_\_\_\_

#### 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

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 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.

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

La Financière Manuvie peut 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 facturés en cas d'insuffisance de fonds.

Titulaire de la carte \_\_\_\_\_ Signature du titulaire de la carte \_\_\_\_\_

Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MM/AAAA

#### Paiement par prélèvement automatique

Par la présente, j'autorise / nous autorisons la Financière Manuvie à faire un prélèvement sur mon / notre compte bancaire le premier jour ouvrable de chaque mois ou aux environs de cette date 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. Le montant prélevé 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 / 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. 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](http://www.cdnpay.ca). Si vous avez des questions au sujet des prélèvements sur votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous au 1 877 477 3303, visiter le site [www.pourmeproteger.com](http://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 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](http://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

Les résidents du Québec peuvent détacher et faire parvenir séparément par la poste la Déclaration de santé ci-dessous. Cette demande d'assurance n'est pas valide tant que la Financière Manuvie n'a pas reçu la Déclaration de santé dûment remplie. 

## Partie G — Votre Déclaration de santé

Veillez répondre à toutes les questions et fournir les détails complets ci-dessous, ou veuillez joindre une page distincte, signée et datée.

Nom de votre médecin \_\_\_\_\_

Adresse du médecin \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Votre taille \_\_\_\_\_  pi et po /  cm      Votre poids actuel \_\_\_\_\_  lb /  kg

OUI    NON

### Avez-vous :

1. Déjà fait une demande d'assurance qui a été refusée, modifiée ou supprimée?  OUI  NON

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date, le nom de l'entreprise et la raison : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Au cours des cinq dernières années, eu votre permis de conduire suspendu ou été accusé de conduite avec facultés affaiblies ou reçu plus de trois contraventions pour avoir enfreint le code de la circulation routière?  OUI  NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir les détails y compris :

Nature du délit \_\_\_\_\_

Date(s) \_\_\_\_\_ Numéro du permis de conduire \_\_\_\_\_ Province d'immatriculation \_\_\_\_\_

3. L'intention de piloter un avion ou de faire de la plongée sous-marine, du parachutisme, du deltaplane, de la course automobile, de l'escalade ou tout autre activité ou loisir dangereux?  OUI  NON

Dans l'affirmative, veuillez préciser le type d'activité et indiquer la date : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. L'intention de voyager ou de demeurer à l'extérieur de l'Amérique du Nord au cours des 12 prochains mois?  OUI  NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir les détails, y compris la destination, les dates, la raison et la durée du voyage : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Au cours des sept dernières années, utilisé des médicaments à des fins non médicales, consommé de la marijuana ou été traité, ou consulté, pour diminuer votre consommation d'alcool ou de drogue?  OUI  NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir les détails, y compris le(s) type(s) de drogues ou d'alcools et la (les) date(s) de leur plus récente utilisation : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Déjà ressenti des symptômes ou été traité pour un trouble mental ou nerveux (dépression, anxiété, stress, etc.), un trouble du cerveau ou du système nerveux, un trouble cardiaque ou du système circulatoire, des douleurs thoraciques, souffle cardiaque, l'hypertension artérielle, cholestérolémie élevée, le diabète, le cancer, une tumeur, un trouble pulmonaire ou hépatique, une hépatite (y compris l'état de porteur du virus de l'hépatite), une maladie du rein, une anomalie urinaire, un trouble de la prostate, une hémopathie, un trouble du système lymphatique ou glandulaire, une infection non commun, une pathologie mammaire, un trouble de la thyroïde, une maladie cutanée, des troubles gastro-intestinaux, ou pour toute autre maladie non mentionnée?  OUI  NON

7. Déjà eu un test positif, un traitement ou un risque de proximité au VIH ou au SIDA?  OUI  NON

8. Au cours des deux dernières années, subi une mammographie, un test PSA ou tout autre examen dont les résultats étaient anormaux, consulté un spécialiste, ou reçu des médicaments sur ordonnance, un autre traitement ou des conseils pour tout problème autre que des malaises mineurs (rhume, grippe, etc.), été encouragé à vous soumettre à des examens approfondis, à consulter un autre médecin ou à subir une chirurgie?  OUI  NON

Si vous avez répondu par l'affirmative aux questions de nature médicale 6, 7 et/ou 8 dessus, veuillez fournir les détails ci-dessous. (Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez joindre une page distincte, signée et datée.)

Question n°	Nature du trouble	Date et durée	Résultat	Médecin traitant ou hôpital

**Nota :** L'assureur peut exiger que le(s) proposant(s) subisse(nt) sans frais un examen médical, une analyse d'urine ou des tests comme un profil sanguin complet (y compris une analyse de sang pour dépister le VIH). Les résultats de tout test de maladie infectieuse positif seront communiqués au ministère de la Santé de la province si la loi l'exige.

### Résidents du Québec seulement :

Si vous détachez votre Déclaration de santé et la faites parvenir séparément à la Financière Manuvie, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de famille \_\_\_\_\_  
du proposant \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Téléphone à la maison \_\_\_\_\_

## Partie H — Modalités (Veuillez lire attentivement avant de signer.)

Cochez cette case si vous ne souhaitez pas recevoir d'autres renseignements ni matériel au sujet des produits de la Financière Manuvie.

Je fais par la présente une demande d'assurance à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie).

J'atteste que les déclarations contenues dans cette demande d'assurance, y compris la Déclaration de santé jointe à la présente, sont véridiques et complètes. Je déclare que je réside au Canada, que j'ai au moins 18 ans et que je n'ai pas encore atteint 71 ans. Je comprends que cette demande d'assurance ainsi que tout autre formulaire que j'ai signé relativement à la présente demande d'assurance représentent la base de toute police émise en vertu des présentes. La personne à assurer comprend que toute présentation erronée des faits, y compris une erreur sur le statut de non-fumeur, entraînera la nullité de l'assurance sur l'instance de l'assureur. Je comprends que des restrictions et des exclusions s'appliquent à l'assurance dont je fais la demande. Par rapport à l'assurance pour laquelle je fais une demande, je soussigné, la personne à assurer, autorise par les présentes tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, pharmacie, clinique ou tout autre établissement de soins de santé autorisé, toute compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, toute agence d'enquête ou de sécurité, tout agent, courtier ou intermédiaire du marché ou toute agence gouvernementale, organisation ou personne qui possède des dossiers sur moi ou sur ma santé ou sur la santé de tout membre de ma famille à assurer en vertu de cette police, à fournir à la Financière Manuvie ou à ses réassureurs tout renseignement aux fins de la présente demande d'assurance, de tout contrat émis en vertu de celle-ci et de toute demande de règlement ultérieure. J'autorise la Financière Manuvie à consulter ses dossiers à cette fin.

J'accuse réception de l'Avis sur la communication des renseignements, de l'Avis sur la communication des renseignements fournis au Programme de récompense AIR MILES<sup>md</sup> et de l'Avis sur la protection de la vie privée et sur la confidentialité et j'en accepte les conditions.

Par la présente, j'autorise la personne désignée comme bénéficiaire à recevoir les prestations payables à mon décès.

J'atteste avoir été informé de la raison pour laquelle tout renseignement sur la santé est nécessaire ainsi que des risques et des avantages liés respectivement au refus ou à l'acceptation de consentir. Je conviens que le présent consentement entrera en vigueur à la date de la signature et qu'il expirera sept ans après l'expiration de toute police émise à la suite de cette proposition. Je comprends que ce consentement peut être révoqué en tout temps et que si en raison d'une telle révocation l'assureur n'est pas en mesure d'obtenir la preuve de la demande de règlement, cette dernière pourrait ne pas être remboursée. Un suicide dans les deux années de la date de prise d'effet n'est pas assuré en vertu du régime d'assurance-vie temporaire.

Les parties ont expressément demandé que la présente entente et les annexes ou documents y afférents soient rédigés en français.

L'assurance prendra effet à la date de la réception de ma demande d'assurance correctement remplie, y compris ma Déclaration de santé, et des premières primes requises par la Financière Manuvie, sous réserve de l'approbation des souscripteurs de l'entreprise. Je comprends que tout renseignement sur ma santé doit être exact à la date où la demande d'assurance est signée et que je ne suis pas admissible à être assuré par plus d'un régime d'assurance-vie temporaire Pourmeprotéger émis par la Financière Manuvie. Une fois ma proposition approuvée, je recevrai une police d'assurance détaillant la protection accordée. Si je ne suis pas admissible à l'assurance, mes primes me seront remboursées dans leur totalité.

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

Signé à \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

JJ/MM/AAAA

Signature du proposant \_\_\_\_\_

Envoyez votre formulaire d'adhésion dûment rempli avec votre paiement  
à la Financière Manuvie dans l'enveloppe-réponse ci-jointe.

Si vous avez besoin d'aide, vous pouvez téléphoner à la Financière Manuvie  
au 1 877 477-3303, du lundi au vendredi de 8 h à 20 h HE.

Régime garanti par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Offert seulement dans les provinces où les lois le permettent.

md/mc† Marque de commerce et marque déposée d'AIR MILES International Trading B.V. utilisées en vertu d'une licence par LoyaltyOne, Inc. et par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie).

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 affiliées, y compris la Société Financière Manuvie.

MC Marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

© 2009 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés.

pour me  
protéger<sup>MC</sup>

Santé

Voyage

Vie

 Financière Manuvie