

Numéro d'adhérent AIR MILES^{md} :

WSE

Renseignements sur le proposant	Renseignements sur le co-proposant
Nom _____	Nom _____
Prénom _____ Initiale _____	Prénom _____ Initiale _____
Adresse _____ _____	Adresse _____ _____
Ville _____	Ville _____
Province _____ Code postal _____	Province _____ Code postal _____
Date de naissance _____ Âge <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <small> JJ / MM / AAAA</small>	Date de naissance _____ Âge <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <small> JJ / MM / AAAA</small>
Téléphone (domicile) (_____) _____	Téléphone (domicile) (_____) _____
Téléphone (travail) (_____) _____	Téléphone (travail) (_____) _____
Veuillez noter : Chaque proposant recevra sa propre police d'assurance.	
Choix de protection	
<p>Proposant Je désire souscrire l'assurance maladies graves Pourmeprotéger^{MC} comme suit : (Veuillez cocher <input checked="" type="checkbox"/> une seule case)</p> <p><input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 25 000 \$ avec l'Option de remboursement des primes</p> <p>Prime mensuelle : _____ \$ (Vous pouvez souscrire la couverture de 25 000 \$ si vous êtes un résident du Canada et avez entre 18 et 65 ans inclusivement. Toutefois, pour demander la couverture de 25 000 \$ avec l'Option de remboursement des primes, vous devez avoir entre 18 et 55 ans inclusivement.)</p> <p><input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ avec l'Option de remboursement des primes</p> <p>Prime mensuelle : _____ \$ (Vous pouvez souscrire la couverture de 50 000 \$ si vous êtes un résident du Canada et avez entre 18 et 60 ans inclusivement. Toutefois, pour demander la couverture de 50 000 \$ avec l'Option de remboursement des primes, vous devez avoir entre 18 et 55 ans inclusivement.)</p> <p><input type="checkbox"/> 75 000 \$ <input type="checkbox"/> 75 000 \$ avec l'Option de remboursement des primes</p> <p>Prime mensuelle : _____ \$ (Si vous êtes un résident du Canada et avez entre 18 et 55 ans inclusivement, vous pouvez souscrire soit la couverture de 75 000 \$, soit la couverture de 75 000 \$ avec l'Option de remboursement des primes.)</p>	<p>Co-proposant Je désire souscrire l'assurance maladies graves Pourmeprotéger^{MC} comme suit : (Veuillez cocher <input checked="" type="checkbox"/> une seule case)</p> <p><input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 25 000 \$ avec l'Option de remboursement des primes</p> <p>Prime mensuelle : _____ \$</p> <p><input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ avec l'Option de remboursement des primes</p> <p>Prime mensuelle : _____ \$</p> <p><input type="checkbox"/> 75 000 \$ <input type="checkbox"/> 75 000 \$ avec l'Option de remboursement des primes</p> <p>Prime mensuelle : _____ \$</p>
<p>Proposant Je déclare être : (Veuillez cocher <input checked="" type="checkbox"/> une seule case) <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur*</p> <p>*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. Le statut de fumeur ou de non-fumeur est déterminé lorsque votre couverture est approuvée.</p>	<p>Co-proposant Je déclare être : (Veuillez cocher <input checked="" type="checkbox"/> une seule case) <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur*</p>
<p>Résidents du Québec seulement Proposant Avez-vous l'intention d'utiliser la présente couverture d'assurance pour remplacer une couverture d'assurance existante (autre que celle dont vous bénéficiez peut-être au titre d'un régime d'assurance collective offert par un employeur)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si vous avez répondu « oui », veuillez ne pas résilier votre couverture maintenant. En effet, une déclaration ou un formulaire de remplacement peut être exigé. Avant remplir le reste de la proposition, veuillez communiquer avec nous au 1 888 640-8658. Il est possible que nous ne soyons pas en mesure d'établir un contrat d'assurance s'il s'agit d'un remplacement.</p>	<p>Co-proposant Avez-vous l'intention d'utiliser la présente couverture d'assurance pour remplacer une couverture d'assurance existante (autre que celle dont vous bénéficiez peut-être au titre d'un régime d'assurance collective offert par un employeur)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

Options de paiement – Payez chaque mois par carte de crédit ou par prélèvement automatique et accumulez des milles de récompense AIR MILES^{md}.

Par la présente, j'autorise / nous autorisons la 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^{md}
 Annuelle – sans milles de récompense AIR MILES

Option 2 :

Prélèvement automatique sur mon / notre compte bancaire – mensuellement avec des milles de récompense AIR MILES^{md}

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

Renseignements sur les paiements et autorisation

Renseignements sur les paiements

Paie ment 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 _____

Paie ment 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

Paie ment par carte de crédit

Par la présente, j'autorise / nous autorisons la 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 Manuvie ou par moi / nous moyennant un avis écrit.

La 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

Paie ment par prélèvement automatique

Par la présente, j'autorise / nous autorisons la 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 Manuvie pourra tenter d'effectuer de nouveau ce prélèvement au cours des 30 jours suivants. La 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 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 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 sur votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous au 1 877 477-3303, visiter le site www.pourmeprotéger.com ou écrire à la 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.

Titulaire du compte _____ Signature du titulaire du compte _____

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

Déclarations – Veuillez lire attentivement avant de signer.

Déclaration de santé

Je déclare qu'au cours des 10 dernières années, je n'ai jamais reçu de diagnostic, présenté de signes ou de symptômes, consulté un médecin ou passé des tests donnant des résultats anormaux à l'égard des affections suivantes :

- cancer, tumeur intracrânienne;
- cardiopathie (notamment angine et crise cardiaque), accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), maladie vasculaire périphérique ou diabète;
- hépatite (y compris l'état de porteur), maladie chronique du rein, sida ou infection par VIH;
- alcoolisme ou toxicomanie.

Je déclare n'avoir pas subi, au cours des 10 dernières années, de pontage aorto-coronarien ni de chirurgie de l'aorte.

Je déclare également n'avoir subi aucun test pour lequel j'attends des résultats et on ne m'a pas recommandé de subir des tests qui n'ont pas encore été effectués.

Déclaration générale

Je soussigné, le proposant, fais par les présentes une demande d'assurance à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Je déclare être résident canadien ayant entre 18 et 65 ans. Il est entendu que ma protection entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la date à laquelle ma proposition aura été reçue et approuvée par la Manuvie.

Je déclare avoir lu et compris l'information relative aux conditions de couverture au titre du régime et aux exclusions et restrictions applicables à cette couverture, y compris celles ayant trait aux affections préexistantes.

J'atteste que les déclarations contenues dans les présentes sont véridiques et complètes, et je conviens qu'elles constituent la base de tout contrat délivré en vertu des présentes.

Il est entendu que si j'ai coché l'option applicable à la garantie et aux primes pour non-fumeurs, je n'ai fait usage d'aucune forme de tabac, de succédané de nicotine, de produit de désaccoutumance au tabac ou de marijuana depuis douze (12) mois. Il est entendu que toute fausse déclaration sur des faits importants, y compris sur l'usage du tabac, rendra l'assurance annulable à la demande de la Manuvie.

J'ai bien reçu l'Avis sur la protection de la vie privée et sur la confidentialité et l'Avis sur les renseignements fournis pour le programme de récompense AIR MILES[™] et j'en accepte le contenu.

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

Signé à _____ Date _____ JJ / MM / AAAA Signature du proposant _____

Signé à _____ Date _____ JJ / MM / AAAA Signature du co-proposant _____
(si la personne désire souscrire l'assurance)

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

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. [™] Marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. [™] Marque déposée d'AIR MILES International Trading B.V. employée en vertu d'une licence par LoyaltyOne, Co. et La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. © 2014 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés.

