

## Proposition d'assurance et preuve d'assurabilité – Régimes autogérés

### Assurance collective

**DIRECTIVES - Veuillez écrire toutes les réponses en caractères d'imprimerie.**

1. Veuillez consulter l'administrateur de votre régime pour connaître le type de couverture offerte par votre régime et cocher (✓) la case appropriée pour indiquer le type de couverture désirée.

- PARTICIPANT UNIQUEMENT    
  PARTICIPANT ET CONJOINT    
  PARTICIPANT, CONJOINT ET PERSONNES À CHARGE    
  CONJOINT ET/OU PERSONNES À CHARGE

2. Veuillez voir à ce que TOUTES LES PARTIES soient remplies.

Partie 1 - Renseignements sur le promoteur du régime - **DOIT ÊTRE REMPLIE EN PREMIER PAR L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME.**

Parties 2, 3, 4, 5, 6 et 7 - Renseignements sur le participant ou le conjoint - Doivent être remplies par le participant ou le conjoint avant que le formulaire soit envoyé à la Financière Manuvie.

3. Si nécessaire, conservez une copie dans vos dossiers.

#### 1 Renseignements sur le promoteur du régime

|  |                    |  |                          |
|--|--------------------|--|--------------------------|
| Numéro(s) de contrat   | Numéro de division | Numéro de certificat du participant                                  |                          |
|  |                    | Catégorie  | Rémunération annuelle \$ |
| Promoteur du régime  |                    | Date d'admissibilité (jj/mmmm/aaaa)                                  |                          |
| Nom de l'administrateur du régime  |                    | Numéro de téléphone  | Adresse de courriel      |
| Nom et prénom du participant   |                    | Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)                                     |                          |
| Langue préférée/Language preference<br><input type="radio"/> Français/French <input type="radio"/> Anglais/English |                    | Sexe<br><input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin |                          |
|  |                    | Province du domicile   |                          |

#### Couverture demandée :

Adhésion tardive

Soins médicaux complémentaires     Individuelle     Familiale     Personne(s) à charge

Soins dentaires     Individuelle     Familiale     Personne(s) à charge

VIE DE BASE

Montant actuel du participant \_\_\_\_\_ \$

Montant supplémentaire demandé \_\_\_\_\_ \$

Montant total demandé \_\_\_\_\_ \$

ILD/ILD facultative

Montant actuel du participant \_\_\_\_\_ \$

Montant supplémentaire demandé \_\_\_\_\_ \$

Montant total demandé \_\_\_\_\_ \$

ICD

Montant actuel du participant \_\_\_\_\_ \$

Montant supplémentaire demandé \_\_\_\_\_ \$

Montant total demandé \_\_\_\_\_ \$

Option ILD : De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_    Option VIE : De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

VIE FACULTATIVE

Dollars    OU     Tranches    OU     Multiple du salaire

Montant d'assurance-vie facultative :

Montant actuel du participant \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ tranches de \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ x le salaire de \_\_\_\_\_ \$ = \_\_\_\_\_ \$

Montant supplémentaire demandé \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ tranches de \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ x le salaire de \_\_\_\_\_ \$ = \_\_\_\_\_ \$

Montant total demandé \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ tranches de \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ x le salaire de \_\_\_\_\_ \$ = \_\_\_\_\_ \$

Montant d'assurance-vie facultative du conjoint :  Dollars    OU     Tranches    OU     Multiple du salaire

Montant actuel du conjoint \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ tranches de \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ x le salaire de \_\_\_\_\_ \$ = \_\_\_\_\_ \$

Montant supplémentaire demandé \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ tranches de \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ x le salaire de \_\_\_\_\_ \$ = \_\_\_\_\_ \$

Montant total demandé \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ tranches de \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ x le salaire de \_\_\_\_\_ \$ = \_\_\_\_\_ \$

VIE DES PERSONNES À CHARGE

Montant d'assurance-vie des personnes à charge \_\_\_\_\_ \$

Autre : (précisez)

Signature de l'administrateur du régime

Date (jj/mmmm/aaaa)

## 2 Déclaration du participant

|  |  |   |                                |   |  |
|--|--|---|--------------------------------|---|--|
| Nom et prénom du participant   |  |   | Profession                     |   |  |
| Sexe<br><input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin   |  | Date de naissance<br>(jj/mmmm/aaaa)                           | Numéro de téléphone (domicile) |   | Numéro de téléphone (travail)<br>Poste |
| Adresse du participant (numéro, rue, appartement)  |  |   |                                |   |  |
| Ville  |  |   | Province                       |   | Code postal                            |
| Taille<br>_____ m _____ cm<br>_____ pi _____ po  |  | Poids<br><input type="radio"/> kg<br><input type="radio"/> lb |                                | Avez-vous fumé (cigarettes, cigares, pipes, etc.) ou pris du tabac sous une autre forme au cours des 12 derniers mois?<br><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |  |
| Avez-vous perdu ou pris plus de 10 livres au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui, veuillez répondre à ce qui suit : |  |   |                                |   |  |
| Combien de livres ou de kilos avez-vous perdus ou pris?<br><input type="radio"/> kg<br><input type="radio"/> lb  |  | S'agit-il d'une prise ou d'une perte de poids?                | Raison                         |   |  |
| Nom et prénom du médecin personnel   |  |   |                                |   |  |
| Adresse du médecin personnel (numéro, rue, bureau)   |  |   |                                | Numéro de téléphone   |  |
| Ville  |  |   | Province                       |   | Code postal                            |

## 3 Déclaration du conjoint

|  |  |   |                                |   |  |
|--|--|---|--------------------------------|---|--|
| Nom et prénom du conjoint  |  |   |                                |   |  |
| Sexe<br><input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin   |  | Date de naissance<br>(jj/mmmm/aaaa)                           | Numéro de téléphone (domicile) |   | Numéro de téléphone (travail)<br>Poste |
| Taille<br>_____ m _____ cm<br>_____ pi _____ po  |  | Poids<br><input type="radio"/> kg<br><input type="radio"/> lb |                                | Avez-vous fumé (cigarettes, cigares, pipes, etc.) ou pris du tabac sous une autre forme au cours des 12 derniers mois?<br><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |  |
| Avez-vous perdu ou pris plus de 10 livres au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si oui, veuillez répondre à ce qui suit : |  |   |                                |   |  |
| Combien de livres ou de kilos avez-vous perdus ou pris?<br><input type="radio"/> kg<br><input type="radio"/> lb  |  | S'agit-il d'une prise ou d'une perte de poids?                | Raison                         |   |  |
| Le médecin personnel est-il le même que celui du participant? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si non, veuillez remplir la section ci-dessous :     |  |   |                                |   |  |
| Nom et prénom du médecin personnel   |  |   |                                |   |  |
| Adresse du médecin personnel (numéro, rue, bureau)   |  |   |                                | Numéro de téléphone   |  |
| Ville  |  |   | Province                       |   | Code postal                            |

## 4 Renseignements sur les personnes à charge

À remplir si des personnes à charge demandent l'adhésion à la couverture.

Veuillez fournir les renseignements suivants sur chaque personne à charge à assurer.

| Nom complet de la personne à charge admissible | Sexe  | Lien avec le participant | Date de naissance<br>(jj/mmmm/aaaa) | Taille  |  | Poids  |                          |
|--|---|--------------------------|-------------------------------------|---|--|--|--------------------------|
|  |   |                          |                                     | <input type="radio"/> m<br><input type="radio"/> pi | <input type="radio"/> cm<br><input type="radio"/> po | <input type="radio"/> kg<br><input type="radio"/> lb | <input type="radio"/> lb |
|  | <input type="radio"/> Masculin<br><input type="radio"/> Féminin |                          |                                     |   |  |  |                          |
|  | <input type="radio"/> Masculin<br><input type="radio"/> Féminin |                          |                                     |   |  |  |                          |
|  | <input type="radio"/> Masculin<br><input type="radio"/> Féminin |                          |                                     |   |  |  |                          |
|  | <input type="radio"/> Masculin<br><input type="radio"/> Féminin |                          |                                     |   |  |  |                          |

Le médecin personnel est-il le même que celui du participant?  Oui  Non Si non, veuillez remplir la section ci-dessous :

Nom et prénom du médecin personnel

Adresse du médecin personnel (numéro, rue, bureau) Numéro de téléphone

Ville Province Code postal

## 5 Questions médicales à l'intention des personnes à assurer

Veuillez répondre à TOUTES LES QUESTIONS ci-dessous au nom de TOUS les proposant. Fournissez des précisions dans le cas de TOUTES LES RÉPONSES AFFIRMATIVES. Si vous manquez d'espace, veuillez joindre une feuille distincte (signée et datée).

|  | Participant   | Conjoint  | Enfants   |
|--|---|---|---|
| 1. Avez-vous   |   |   |   |
| (a) effectué des vols à titre de pilote, d'élève-pilote ou de membre d'équipage au cours des 12 derniers mois ou avez-vous l'intention de le faire?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (b) pratiqué des sports dangereux tels la course automobile, la plongée sous-marine, le parachutisme ou tout autre sport dangereux au cours des 12 derniers mois ou avez-vous l'intention de le faire?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 2. Avez-vous   |   |   |   |
| (a) déjà demandé ou touché des prestations, des indemnités ou une pension en raison d'une maladie ou d'une blessure?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (b) déjà soumis une proposition d'assurance-vie ou d'assurance-maladie qui a été refusée, différée ou modifiée de quelque façon que ce soit?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (c) été absent du travail pour des raisons médicales au cours des cinq dernières années?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (d) des traitements à suivre ou des médicaments à prendre en ce moment?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (e) une affection quelconque qui pourrait nécessiter la consultation d'un médecin, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou un traitement psychiatrique?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (f) des antécédents familiaux de maladies héréditaires ou congénitales (p. ex. chorée de Huntington, diabète, troubles cardiaques ou rénaux)?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 3. Avez-vous été atteint des affections suivantes, consulté un médecin ou reçu des traitements à cet égard :   |   |   |   |
| (a) maux de poitrine, troubles des vaisseaux sanguins ou cardiaques, crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (b) hypertension artérielle?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (c) allergies ou troubles de la peau, y compris excroissances, kystes et tumeurs?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (d) troubles glandulaires, y compris troubles de la thyroïde et diabète?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (e) épilepsie, troubles neurologiques (p. ex. sclérose en plaques, maladie de Parkinson)?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (f) troubles nerveux ou mentaux ou affections émotives telles qu'angoisse ou dépression?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (g) usage abusif d'alcool ou de stupéfiants?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (h) troubles pulmonaires?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (i) troubles intestinaux, de l'estomac ou du foie?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (j) cancer?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (k) troubles rénaux, urinaires ou des organes génitaux?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (l) arthrite, rhumatisme ou fibromyalgie?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (m) troubles musculaires ou osseux, y compris du dos, de la colonne vertébrale ou des articulations?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (n) affections immuno-déficientes, y compris SIDA ou affections liées au SIDA ou hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques, ou avez-vous obtenu des résultats d'examen révélant que vous avez peut-être été exposé au virus du SIDA (par ex. HTLV III, LAV)? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| (o) anémie ou autres troubles sanguins?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 4. Avez-vous déjà été atteint d'une déficience physique, d'une affection ou d'un trouble, ou présenté des symptômes chroniques, notamment des douleurs chroniques ou des symptômes liés au syndrome de fatigue chronique, dont il n'est pas fait mention ci-dessus?    | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

**Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, veuillez fournir les renseignements suivants.**

**Si vous manquez d'espace, veuillez joindre un autre formulaire ou une feuille (les deux documents doivent être signés et datés).**

| Numéro de la question | Nom de la personne y compris le prénom | Détails ou nom de l'affection | Date et durée | Médicaments/traitements et résultats (rétablissement ou séquelles) | Nom et adresse des médecins et des hôpitaux |
|-----------------------|--|-------------------------------|---------------|--|---|
|                       |  |                               |               |  |   |
|                       |  |                               |               |  |   |
|                       |  |                               |               |  |   |
|                       |  |                               |               |  |   |

## 6 Attestation et autorisation

**Je certifie** que je (c'est-à-dire le participant, le conjoint ou tout enfant à charge ayant la capacité de contracter, selon le cas) présente une demande d'assurance collective (couverture) et que les renseignements fournis sont exacts et complets. **Je reconnais** que si des renseignements faux, incomplets ou trompeurs sont fournis, ma demande peut être refusée ou ma couverture, prendre fin. **J'autorise** la Financière Manuvie (Manuvie) à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (renseignements) aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications ou du traitement de ma demande, ainsi qu'à des fins de tarification médicale. **Je suis autorisé** à consentir à la collecte, l'utilisation, la conservation, l'échange et la divulgation de renseignements pertinents au sujet de tout enfant mineur touché par la présente demande de couverture lorsqu'ils sont nécessaires aux fins ci-dessus, et je reconnais que toutes les déclarations faites par moi-même dans la présente s'appliquent également à cet enfant mineur. **Je comprends** que Manuvie effectuera des recherches dans le cadre de l'étude de la présente demande et pourrait avoir besoin de renseignements me concernant, notamment en rapport avec mes activités, mon revenu, mon emploi, mon instruction, ma formation, mon état de santé, mes antécédents médicaux et traitements, y compris les notes cliniques. **J'autorise** toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. **Je comprends** que toute couverture n'entrera en vigueur que lorsqu'elle aura été approuvée par Manuvie. Si mon numéro d'assurance sociale correspond à mon numéro de certificat, **j'autorise** son utilisation à des fins d'identification et d'administration. **Je reconnais** qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. **Je reconnais** que je peux me renseigner davantage sur les méthodes et motifs qui déterminent la collecte, l'utilisation, la conservation ou la divulgation des renseignements personnels en consultant la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels qui se trouve dans le site [www.manuvie.ca/assurancecollective](http://www.manuvie.ca/assurancecollective) ou en m'adressant au promoteur du régime.

Nom du participant

Signature du participant

Date (jj/mmmm/aaaa)

Signature du conjoint (nécessaire seulement si une preuve concernant l'assurabilité du conjoint est fournie dans le présent formulaire)

Date (jj/mmmm/aaaa)

Tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que vous avez autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

## 7 Directives d'envoi

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

**Tarification médicale, Collective  
Financière Manuvie  
P.O. Box 2026  
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2Z1**