

Proposition d'assurance-vie facultative du participant et des personnes à charge

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 et 6 - Renseignements sur le participant au régime - Doivent être remplies par le participant au régime.

3. Vous **DEVEZ** soumettre la présente proposition d'assurance-vie facultative à la Financière Manuvie accompagnée du formulaire GL0004F, Preuve d'assurabilité, **DUMENT REMPLI**. (AUCUNE preuve d'assurabilité **N'EST EXIGÉE** si le statut de « fumeur » est remplacé par celui de « non-fumeur ».)

4. 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 au régime	
		Catégorie	Rémunération annuelle \$
Promoteur du régime		Date d'admissibilité (jj/mmmm/aaaa)	
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 :			
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 _____ \$ = _____ \$		
Montant d'assurance-vie facultative des personnes à charge :			
Montant actuel de la personne à charge	_____ \$ OU _____ tranches de _____ \$		
Montant supplémentaire demandé	_____ \$ OU _____ tranches de _____ \$		
Montant total demandé	_____ \$ OU _____ tranches de _____ \$		
Nom de l'administrateur du régime		Date (jj/mmmm/aaaa)	
Numéro de téléphone	Adresse de courriel		

2 Renseignements sur le participant au régime

Nom et prénom(s) du participant		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
Langue préférée/Language preference <input type="radio"/> Français/French <input type="radio"/> Anglais/English		Province du domicile
Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin		
Avez-vous fumé (cigarettes, cigares, pipes, etc.) ou pris du tabac sous une autre forme au cours des 12 derniers mois?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Veuillez remplir les deux pages du formulaire.

3 Désignation de bénéficiaire <i>Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les AYANTS DROIT sont présumés être les bénéficiaires.</i> <i>Dans le cas de bénéficiaires de moins de 18 ans.</i> Irrévocabilité	Nom et prénom(s) du bénéficiaire		Lien avec le participant
	Nom et prénom(s) d'un autre bénéficiaire, s'il y a lieu		Lien avec le participant
	Nom et prénom(s) d'un autre bénéficiaire, s'il y a lieu		Lien avec le participant
Je nomme _____ bénéficiaire fiduciaire des sommes dues à tout bénéficiaire de moins de 18 ans.			
Réservé aux résidents du Québec Au Québec, à moins d'avis contraire, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable. Si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable		Nota : Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable. Veuillez joindre le consentement signé et daté au présent formulaire. Il vous revient de vous assurer de la validité de votre désignation.	
4 Couverture du conjoint <i>NOTA : Vous serez bénéficiaire de l'assurance de votre conjoint si vous êtes vivant à son décès; sinon, vos ayants droit seront bénéficiaires.</i>	Nom et prénom(s) du conjoint	Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
	Votre conjoint a-t-il fumé (cigarettes, cigares, pipes, etc.) ou pris du tabac sous une autre forme au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
5 Couverture des personnes à charge <i>NOTA : Vous serez bénéficiaire de l'assurance de la personne à votre charge si vous êtes vivant à son décès; sinon, vos ayants droit seront bénéficiaires.</i>	Nom et prénom(s) de la personne à charge		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
	Lien avec le participant		Étudiant à temps plein <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6 Renseignements sur le participant au régime Attestation et autorisation	<p>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 ou en m'adressant au promoteur du régime.</p>		
	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 : <ul style="list-style-type: none"> • 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		