

PROPOSITION D'ASSURANCE-VIE TEMPORAIRE ET D'ASSURANCE ACCIDENT INDIVIDUELLE FACULTATIVES

SECTION 1 RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE /L'EMPLOYÉ

Nom de l'association : _____ Numéro d'adhérent : _____
 M^{lle} M. M^{me} D' Homme Femme Nouveau client Client actuel

Prénom(s) _____ Nom de famille (nom de jeune fille [entre parenthèses], s'il y a lieu) _____ Fumeur Non-fumeur

Date de naissance (jjmmaaaa) _____ Lieu de naissance (Ville/Pays) _____ Adresse électronique _____ Téléphone au domicile _____

Adresse personnelle – Rue/App. _____ Ville _____ Province/Territoire _____ Code postal _____ Téléphone au travail _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT

M^{lle} M. M^{me} D' Homme Femme

Prénom(s) _____ Nom de famille (nom de jeune fille [entre parenthèses], s'il y a lieu) _____ Fumeur Non-fumeur

Date de naissance (jjmmaaaa) _____ Lieu de naissance (Ville/Pays) _____ Adresse électronique _____ Téléphone au domicile _____

SECTION 2 CHOISISSEZ VOTRE COUVERTURE

2.1 Assurance vie temporaire facultative – souscrite auprès de Financière Manuvie

Offerte en tranches de 25 000 \$ Couverture minimale : 25 000 \$ Couverture maximale : 500 000 \$
 Assurance vie du membre Couverture demandée _____ \$ **Assurance vie du conjoint** Couverture demandée _____ \$

2.2 Assurance accident individuelle volontaire – souscrite auprès de La Compagnie d'Assurance American Home

Offerte en tranches de 50 000 \$ Couverture minimale : 50 000 \$ Couverture maximale : 500 000 \$
 Régime du membre Couverture demandée _____ \$ **Régime familial** Couverture demandée _____ \$

SECTION 3 DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Pour l'assurance du membre/de l'employé ou l'assurance du conjoint, veuillez indiquer le nom complet du ou des bénéficiaires désigné(s) en précisant la couverture. Toutes les désignations de bénéficiaires sont révocables, à moins d'indication contraire. Au Québec, le conjoint est désigné à titre irrévocable, à moins d'indication contraire. Si le bénéficiaire est âgé de moins de 18 ans, veuillez désigner un fiduciaire. Si le ou les bénéficiaires désignés ci-dessous ne me survivent pas, tout produit de l'assurance sera payable à ma succession. Si plus d'un bénéficiaire est nommé, le produit de l'assurance payable sera versé aux bénéficiaires survivants. Je désigne par la présente mon conjoint comme bénéficiaire révocable.

Membre/Empl.	Conjoint	Nom du bénéficiaire	Lien	Couverture	Pourcentage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Vie temporaire <input type="checkbox"/> Accident individuelle	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Vie temporaire <input type="checkbox"/> Accident individuelle	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Vie temporaire <input type="checkbox"/> Accident individuelle	_____

SECTION 4 COUVERTURE ACTUELLE – NE REMPLIR QU'EN CAS DE DEMANDE D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

4.1 Indiquez toutes les assurances vie collectives, individuelles ou pour association en vigueur ou en attente d'approbation. S'il n'y en a aucune, cochez ici

Compagnie/Numéro de police	Date d'établissement	Genre	Montant	Remplacement
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

4.2 Avez-vous déjà eu une nouvelle proposition ou une demande de remise en vigueur d'assurance maladie, vie, invalidité ou frais généraux qui a été surprimée, modifiée, refusée, reportée, retirée ou résiliée? Dans l'affirmative, veuillez préciser. _____ Oui Non

SECTION 5 AUTORISATION POUR PRÉLÈVEMENT BANCAIRE – DOIT ÊTRE REMPLIE PAR TOUS LES DEMANDEURS

J'autorise/Nous autorisons ENCON à débiter mon (notre) compte bancaire pour le paiement des primes dues en rapport avec l'assurance demandée dans la présente proposition. La présente autorisation demeure en vigueur tant que je maintiens/nous maintenons en vigueur la couverture d'assurance auprès de Financière Manuvie, compagnie d'assurance-vie/American Home Assurance Company. Le mode de paiement par prélèvements mensuels préautorisés peut être annulé ou modifié moyennant un préavis écrit de 30 jours à ENCON. Si les primes changent pour la couverture d'assurance, ENCON est autorisée à modifier le montant des prélèvements mensuels préautorisés. Le programme de prélèvements mensuels préautorisés prendra fin si l'institution financière n'honore pas le chèque en raison d'arrêt ou de refus de paiement. Veuillez annexer un SPÉCIMEN de chèque.

Signature du membre/de l'employé _____ Date (jj/mm/aa) _____

Signature du codéposant (s'il y a lieu) _____ Date (jj/mm/aa) _____

SECTION 6 CONSENTEMENTS ET AUTORISATIONS – DOIT ÊTRE REMPLIE PAR TOUS LES DEMANDEURS

Par la présente, je soussigné présente une proposition d'assurance-vie temporaire facultative à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie). J'atteste que les déclarations contenues dans la présente proposition sont véridiques et complètes. Je sais que la présente proposition, avec tout autre formulaire signé par moi relativement à celle-ci, constitue la base de tout certificat émis en vertu de la présente. La personne à assurer convient que toute fausse déclaration, y compris une déclaration erronée du statut de fumeur, rendra l'assurance réinsurable à la demande de l'assureur. Je comprends que les exclusions et restrictions s'appliquent à la couverture demandée. En ce qui concerne l'assurance demandée, je soussigné – la personne à assurer – autorise par la présente les médecins agréés, praticiens, hôpitaux, pharmacies, cliniques ou autres établissements médicaux, compagnies d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux, les organismes d'enquête et de sécurité, agents, courtiers ou intermédiaires commerciaux, organismes d'État ou autres organismes ou personnes possédant des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé, à fournir les renseignements en question à la Financière Manuvie ou à ses réassureurs, aux fins de la présente proposition, du contrat ou de toute demande de règlement y afférente. J'autorise la Financière Manuvie à consulter ses dossiers existants à cette fin. J'autorise également la Financière Manuvie, ses filiales, sociétés affiliées et agents à utiliser les renseignements fournis dans la présente proposition et dans leurs dossiers existants pour m'offrir leurs produits ou services. Je sais que mon consentement à l'utilisation de ces renseignements pour m'offrir des produits et des services est facultatif, et que je peux y mettre fin en écrivant à la Financière Manuvie à l'adresse indiquée dans le présent document. Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original. Je déclare avoir reçu l'AVIS SUR LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS ainsi que l'AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ, et je confirme que j'en accepte les termes. Je déclare avoir été informé des raisons pour lesquelles les données médicales sont exigées, ainsi que des risques et des avantages, pour l'intéressé, du consentement ou du refus. Le présent consentement prendra effet à la date de signature de la présente proposition et prendra fin 7 ans après la date de résiliation de tout contrat ou certificat établi à la suite de la présente proposition. Je sais que ce consentement peut être révoqué à tout moment et que si, à la suite de sa révocation, l'assureur est incapable d'obtenir une preuve de sinistre, il se peut que des demandes de règlement soient refusées. Le suicide commis dans les deux (2) ans suivant la date d'effet n'est pas couvert. Il est entendu que l'assurance prend effet le premier jour du mois qui suit l'approbation des tarifs de la Compagnie, sous réserve de la réception, par la Compagnie, de la proposition dûment remplie (y compris de ma Déclaration de santé dûment remplie) et du paiement de la première prime. Il est entendu que tout renseignement relatif à l'état de santé doit être exact à la date à laquelle la proposition est signée. Si votre proposition est approuvée, vous recevrez un certificat décrivant la protection accordée et donnant un aperçu des principales dispositions du contrat. Si vous n'êtes pas assurable, nous vous rembourserons l'intégralité des primes versées.

Fait _____ Province/Territoire _____
 Signature du membre/de l'employé _____ Date (jj/mm/aa) _____
 Signature du conjoint (le cas échéant) _____ Date (jj/mm/aa) _____
 Signature du témoin _____ Date (jj/mm/aa) _____

Rév. févr. 2005

Les résidents du Québec peuvent détacher et poster la Section 7 suivante directement à :
 La compagnie d'assurance-vie Manufacturers, Marchés des groupes à affinités, CP 4213, SUCC A, TORONTO ON M5W 5M3

Nom du membre/de l'employé : _____ Numéro d'adhérent : _____

SECTION 7 DÉCLARATION DE SANTÉ – NE REMPLIR QU'EN CAS DE DEMANDE D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

Membre/Employé		Conjoint					
7.1 a) Nom et adresse du médecin personnel ou du dernier médecin consulté _____ 7.2 a) Date de la dernière consultation _____ 7.3 a) Raison de la dernière consultation _____ 7.4 a) Traitement, médicament prescrit _____ 7.5 a) Résultats _____ 7.6 a) Taille et poids _____ _____ <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi/po _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	7.1 b) Nom et adresse du médecin personnel ou du dernier médecin consulté _____ 7.2 b) Date de la dernière consultation _____ 7.3 b) Raison de la dernière consultation _____ 7.4 b) Traitement, médicament prescrit _____ 7.5 b) Résultats _____ 7.6 b) Taille et poids _____ 7.7 b) Y a-t-il eu un changement de poids cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Même <input type="checkbox"/> Augm. <input type="checkbox"/> Perte Raison _____ <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb						
		<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Membre/Employé</td> <td style="text-align: center;">Conjoint</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Oui Non</td> <td style="text-align: center;">Oui Non</td> </tr> </table>		Membre/Employé	Conjoint	Oui Non	Oui Non
Membre/Employé	Conjoint						
Oui Non	Oui Non						
7.8 Avez-vous déjà eu ou été traité pour un trouble mental ou nerveux (dépression, anxiété, stress, etc.) trouble du cœur ou du système circulatoire, douleurs thoraciques, hypertension, diabète, cancer, tumeurs, troubles des poumons ou du foie, hépatite (y compris l'état de porteur), infection anormale ou anomalie du système immunitaire, maladie du rein, anomalie urinaire, consommation de drogues ou d'alcool, ou autre maladie ou blessure? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
7.9 Avez-vous déjà subi un test positif ou été exposé au virus du VIH/SIDA? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
7.10 Avez-vous déjà reçu un avis médical ou chirurgical, été hospitalisé, traité ou reçu des médicaments, pour toute affection autre que celles nécessitant des examens de santé usuels ou toute affection mineure (rhume, grippe, etc.) au cours des deux dernières années? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
7.11 Avez-vous déjà participé ou avez-vous l'intention de participer à des activités ou sports dangereux (aviation, course, plongée en scaphandre autonome ou en chute libre, escalade, etc.)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
7.12 Votre permis de conduire a-t-il déjà été retiré temporairement? Dans l'affirmative, indiquez votre numéro de permis de conduire. _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
7.13 Au cours des douze derniers mois, avez-vous utilisé tous produits contenant de la nicotine (y compris mais sans s'y limiter, la cigarette, le cigare, la pipe, le tabac à chiquer, la gomme à la nicotine, le timbre à la nicotine ou d'autres produits anti-tabagisme)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
7.14 Prenez-vous des boissons alcoolisées? (On entend par un verre, une bouteille de bière de 10 onces, 4 onces de vin ou 1,5 once de spiritueux) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Membre/Empl.	Bière	Vin	Spiritueux				
Nombre de verres	_____	_____	_____				
Fréquence	_____	_____	_____				
Conjoint	Bière	Vin	Spiritueux				
Nombre de verres	_____	_____	_____				
Fréquence	_____	_____	_____				

7.15 Détails de toutes les questions répondues affirmativement de 7.8 à 7.13 de la présente proposition; fournir tous les détails, s'ils ne sont pas déjà indiqués. Financière Manuvie peut exiger que le demandeur subisse sans frais un examen médical, une analyse d'urine ou tout autre test tel qu'une analyse de sang, y compris un test de dépistage du VIH. Les résultats positifs de tout test de détection de maladie infectieuse doivent être signalés au ministère de la Santé de la province ou du territoire concerné, selon la loi.

Question	Nom	Nature du trouble	Durée et date	Résultat	Médecin traitant ou hôpital