

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Assurance vie de base | <input type="checkbox"/> Temporaire 100 | <input type="checkbox"/> Assurance vie familiale |
| <input type="checkbox"/> Assurance du personnel dentaire | <input type="checkbox"/> Assurance invalidité de longue durée | <input type="checkbox"/> Assurance frais généraux |

Veillez remplir et envoyer ce formulaire au CDSPI.

| | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|
| Nom complet (en caractères d'imprimerie) | | N° de compte |
| Date de naissance (mois)(jour)(an) | Taille _____ pi/po ou _____ m/cm | Poids _____ lb ou _____ kg |

- Avez-vous des raisons de croire que vous n'êtes pas en bonne santé? Oui Non
- Avez-vous déjà été traité pour des troubles mentaux ou nerveux (dépression, angoisse, etc.), des troubles cardiaques ou circulatoires, des douleurs thoraciques, de l'hypertension, un diabète, un cancer, une tumeur, une infection rare ou une anomalie du système immunitaire, de l'asthme, une toux chronique ou une affection pulmonaire, de l'albumine dans les urines ou toute autre maladie ou blessure, ou avez-vous déjà souffert de telles affections? Oui Non
- Sauf en ce qui concerne les examens de routine et les maladies bénignes (rhume, grippe, etc.), au cours des douze derniers mois, vous a-t-on prescrit ou fait suivre un traitement médical ou chirurgical ou un examen, tel qu'une radiographie, un électrocardiogramme, une analyse sanguine, ou avez-vous pris des médicaments? Oui Non
- a) Avez-vous déjà utilisé des produits à base de tabac? Oui Non
 b) Date à laquelle vous avez cessé d'utiliser des produits à base de tabac? _____
 (mois) (jour) (an)

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions ci-dessus, veuillez donner des précisions ci-après.

| N° de la question | Nature de l'affection | Date et durée | Résultats | Médecin traitant ou hôpital |
|-------------------|-----------------------|---------------|-----------|-----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Les déclarations contenues dans la présente sont véridiques et complètes, et constituent, avec tout autre formulaire signé par moi relativement à la présente demande, la base de tout certificat émis en vertu de la présente. Je conviens que toute fausse déclaration, y compris une déclaration erronée du statut de fumeur, rendra l'assurance résiliable à la demande de l'assureur.

En ce qui concerne la présente demande, j'autorise par la présente les médecins agréés, praticiens, hôpitaux, cliniques ou autres établissements médicaux ou paramédicaux, compagnies d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux ou les autres organismes, institutions ou personnes possédant des dossiers ou des renseignements sur moi ou un membre de ma famille à assurer au titre du régime, ou sur notre état de santé, à fournir les renseignements en question à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers ou à ses réassureurs. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature de l'assuré _____ Date _____

AF0243F (06/2010)

AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ – PARTIE DEVANT ÊTRE DÉTACHÉE, LUE ET CONSERVÉE PAR LA PERSONNE À ASSURER

Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans le formulaire de proposition sont nécessaires pour traiter la proposition. Pour préserver la confidentialité de ces renseignements :

- Manuvie établira un dossier de services financiers dont elle tirera ces renseignements pour traiter la proposition, offrir et administrer les services et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier sera limité aux employés, mandataires, administrateurs ou agents de Manuvie chargés de l'évaluation du risque (tarification), du marketing et de l'administration des services et de l'examen des demandes de règlement, et à toute autre personne autorisée par vous ou par la loi. Votre dossier sera conservé en lieu sûr dans nos bureaux. Vous pouvez demander de vérifier les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant au Responsable de l'accès aux renseignements, Manuvie, Marché des groupes à affinités, P.O. Box 4213, Stn. A, Toronto (Ontario) M5W 5M3, et
- l'accès aux renseignements que vous fournissez au CDSPI ou à Conseils professionnels en direct Inc. ou que le CDSPI obtient en sa qualité d'administrateur du contrat collectif sera limité aux employés, mandataires, administrateurs ou agents du CDSPI ou de CDSPI Services consultatifs inc. chargés du marketing et de l'administration des services et de la facilitation des demandes de règlement en vertu du contrat de groupe et à toute autre personne autorisée par vous ou par la loi. Vous pouvez demander de vérifier les renseignements personnels qui se trouvent dans votre dossier au CDSPI ou à Conseils professionnels en direct Inc. et y faire apporter des corrections en écrivant au Responsable de l'accès aux renseignements, 155 Lesmill Road, Toronto, (Ontario) M3B 2T8.

AVIS CONCERNANT L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS – PARTIE DEVANT ÊTRE DÉTACHÉE, LUE ET CONSERVÉE PAR LA PERSONNE À ASSURER

Les renseignements demandés ne serviront qu'à des fins d'assurance et demeureront confidentiels. Cependant, l'assureur ou ses réassureurs peuvent en soumettre un bref rapport au Bureau de renseignements médicaux, et avec votre autorisation, à toute compagnie d'assurance vie à laquelle vous pourriez soumettre une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie, ou qui recevrait une demande de règlement vous concernant. Dès réception d'une demande de votre part, le Bureau prendra des dispositions pour que les renseignements qui figurent dans votre dossier et qui vous concernent, ou concernent votre conjoint ou vos enfants devant être assurés aux termes du présent régime, vous soient transmis. Il est possible toutefois que les renseignements médicaux ne soient divulgués qu'à votre médecin traitant. Si vous croyez que ces renseignements sont inexacts, vous pouvez demander que des corrections y soient apportées en communiquant avec le Bureau de renseignements médicaux à l'adresse suivante : 330 University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 1R7 (Téléphone : 416 597-0590).