

Assurance maladies graves Pourmeprotéger^{MC} – Proposition

10109 001 WSEX

**pourme
protéger**

Assurance maladies graves



*sortez votre carte.
sortez vos rêves.**

Numéro d'adhérent
AIR MILES^{md}

8 | | | | | | | | | |

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) (_____)
Choix de protection	Choix de protection
Je désire souscrire l'assurance maladies graves Pourmeprotéger^{MC} comme suit : (Veuillez cocher <input checked="" type="checkbox"/> une seule case) <input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 25 000 \$ avec l'Option de remboursement des primes Prime mensuelle : _____ \$ On peut souscrire la protection de 25 000 \$ à condition d'être un résident du Canada et d'être âgé de 18 à 60 ans. Cependant, afin de souscrire la protection de 25 000 \$ avec l'Option de remboursement des primes, on doit être âgé de 18 à 55 ans. Je déclare être : (Veuillez cocher <input checked="" type="checkbox"/> une seule case) <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur* *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, et qui répondent aux normes de santé de la Financière Manuvie. Le statut de fumeur ou de non-fumeur est déterminé lorsque votre couverture est approuvée.	Je désire souscrire l'assurance maladies graves Pourmeprotéger^{MC} comme suit : (Veuillez cocher <input checked="" type="checkbox"/> une seule case) <input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 25 000 \$ avec l'Option de remboursement des primes Prime mensuelle : _____ \$ On peut souscrire la protection de 25 000 \$ à condition d'être un résident du Canada et d'être âgé de 18 à 60 ans. Cependant, afin de souscrire la protection de 25 000 \$ avec l'Option de remboursement des primes, on doit être âgé de 18 à 55 ans. Je déclare être : (Veuillez cocher <input checked="" type="checkbox"/> une seule case) <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur* *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, et qui répondent aux normes de santé de la Financière Manuvie. Le statut de fumeur ou de non-fumeur est déterminé lorsque votre couverture est approuvée.
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 Financière Manuvie à prélever une somme correspondant à la prime initiale, soit _____ \$, ainsi que les primes subséquentes sur le compte indiqué ci-dessous :	
Option 1 : <input type="checkbox"/> Carte de crédit Périodicité des paiements par carte de crédit : <input type="checkbox"/> Mensuelle – avec des milles de récompense AIR MILES ^{md} <input type="checkbox"/> Annuelle – sans milles de récompense AIR MILES	
Option 2 : <input type="checkbox"/> Prélèvement automatique sur mon / notre compte bancaire – mensuellement avec des milles de récompense AIR MILES ^{md} <i>Important : Nous avons besoin d'un chèque portant la mention « NUL » aux fins de vérification.</i>	

Renseignements sur les paiements et autorisation

Renseignements sur les paiements

Paiement 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 _____

Paiement 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

Paiement par carte de crédit

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

La Financière 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

Paiement par prélèvement automatique

Par la présente, j'autorise / nous autorisons la Financière 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 Financière Manuvie pourra tenter d'effectuer de nouveau ce prélèvement au cours des 30 jours suivants. La Financière 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 Financière 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 Financière 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 Financière 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

