



sortez votre carte.  
sortez vos rêves.<sup>1</sup>

Numéro  
d'adhérent  
AIR MILES<sup>MD</sup> : 8

WSE

Prrière d'écrire en majuscules avec un stylo

## Partie A – Renseignements généraux

### Proposant

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) ( \_\_\_\_\_ )

Téléphone (travail) ( \_\_\_\_\_ )

Si nous avons besoin de renseignements supplémentaires, où pouvons-nous communiquer avec vous?

N° de téléphone à domicile  N° de téléphone au travail

Date de naissance \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_  Homme  Femme

N° de carte d'assurance-maladie \_\_\_\_\_

Veillez fournir des renseignements sur votre régime d'assurance-santé collective actuel ou qui a cessé récemment :

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance \_\_\_\_\_ Date de cessation de l'assurance \_\_\_\_\_

Numéros de groupe et d'identification \_\_\_\_\_

### Co-proposant

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
(si différente de celle du proposant)

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) ( \_\_\_\_\_ )

Téléphone (travail) ( \_\_\_\_\_ )

Si nous avons besoin de renseignements supplémentaires, où pouvons-nous communiquer avec vous?

N° de téléphone à domicile  N° de téléphone au travail

Date de naissance \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_  Homme  Femme

N° de carte d'assurance-maladie \_\_\_\_\_

Veillez fournir des renseignements sur votre régime d'assurance-santé collective actuel ou qui a cessé récemment :

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance \_\_\_\_\_ Date de cessation de l'assurance \_\_\_\_\_

Numéros de groupe et d'identification \_\_\_\_\_

## Partie B – Personnes à charge à assurer

Nom	Prénom	N° de carte d'assurance-maladie	Code	Sexe	Date de naissance JJ/MM/AAAA	Âge
P E R S O N N E	À C H A R G E		02			
P E R S O N N E	À C H A R G E		02			
P E R S O N N E	À C H A R G E		02			

## Partie C – Choix du régime

Je demande/nous demandons le régime Emporte-moi Assurance-santé :  Formule de base  Formule étendue  Formule étendue Plus  Formule première

## Partie D – Désignation de bénéficiaire

Désignation du bénéficiaire de l'assurance Décès et mutilation par accident (en cas de décès, si aucun bénéficiaire n'est désigné, le capital-décès sera versé à la succession) :

### Bénéficiaire du proposant

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec le proposant \_\_\_\_\_

### Bénéficiaire du co-proposant

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec le co-proposant \_\_\_\_\_

Si vous désignez un bénéficiaire de moins de 18 ans, les prestations seront consignées au tribunal ou au curateur public, à moins qu'un fiduciaire n'ait été nommé; au Québec, les prestations seront versées directement au tuteur ou à l'administrateur du bénéficiaire, et aucun fiduciaire ne peut être nommé.

Fiduciaire :

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec le proposant \_\_\_\_\_

Fiduciaire :

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec le co-proposant \_\_\_\_\_

### Résidents du Québec seulement :

Au Québec, un conjoint désigné à titre de bénéficiaire constitue une désignation irrévocable, à moins d'indication contraire. (Cochez la case ci-dessous si la désignation est révoicable.)

Je soussigné déclare et stipule par la présente que la désignation de bénéficiaire faite dans cette demande est révoicable.

Je soussigné déclare et stipule par la présente que la désignation de bénéficiaire faite dans cette demande est révoicable.

## Partie E – Options de paiement

**Paiement initial** Par la présente, j'autorise/nous autorisons la Financière Manuvie à prélever une somme correspondant aux deux premières primes

mensuelles, soit \_\_\_\_\_ \$, sur le compte indiqué ci-dessous :

Option 1  Compte bancaire (prélèvement automatique)

Option 2  Compte de carte de crédit

**Paiements suivants** par :

Option 1  Prélèvement automatique sur mon compte bancaire

Périodicité :  Mensuelle  Semestrielle (rabais de 2 %)  Annuelle (rabais de 4 %)

*Important : Nous avons besoin d'un chèque portant la mention « NUL » aux fins de vérification. Veuillez remplir la Partie F.*

Option 2  Compte de carte de crédit

Périodicité :  Mensuelle  Semestrielle  Annuelle

*À noter que l'option de paiement par carte de crédit n'ouvre pas droit aux rabais. Veuillez remplir la Partie F.*

Option 3  Facturation directe

Périodicité :  Semestrielle (rabais de 2 %)  Annuelle (rabais de 4 %)

## Partie F – Renseignements sur les paiements et autorisation

### Renseignements sur les paiements

#### 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

Compte conjoint : 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.

#### 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 \_\_\_\_\_

## Partie F – Renseignements sur les paiements et autorisation (suite)

### Autorisation de paiement

#### Paiement par prélèvement automatique

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, après l'apposition de ma/notre signature sur la présente autorisation. Le montant prélevé de 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.** 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 retraits uniques ou automatiques de mon compte de banque seront traités comme des DPA personnels (débits préautorisés personnels) 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](http://www.cdnpay.ca). Si vous avez des questions au sujet des prélèvements de votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous au 1 877 477-3303, visiter le site [www.pourmeproteger.com](http://www.pourmeproteger.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 l'entente de PAC. Vous avez, par exemple, le droit d'être remboursé en cas de prélèvement non autorisé ou non conforme à l'entente de PAC. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou de plus amples renseignements au sujet de vos droits de recours ou d'annulation, communiquez avec votre institution financière ou visitez le site de l'ACP, à l'adresse [www.cdnpay.ca](http://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

#### 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 pourrait 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 imposés pour chaque opération sans provision.

Titulaire de la carte \_\_\_\_\_ Signature du titulaire de la carte \_\_\_\_\_

Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ / MM / AAAA

## Déclaration du proposant

### TOUS LES PROPOSANTS DOIVENT REMPLIR CETTE SECTION

Le présent régime est établi par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Cochez cette case si vous ne désirez pas recevoir d'information additionnelle ni sur les produits de la Financière Manuvie.

Je reconnais/nous reconnaissons que les déclarations aux présentes sont véridiques et complètes et, qu'associées à tout autre formulaire signé par moi-même/nous-mêmes relativement au présent formulaire de demande, elles constituent la base de toute police émise en vertu des présentes. Je reconnais/nous reconnaissons avoir pris connaissance et convenir de l'Avis en matière de protection et de confidentialité des renseignements et de l'Avis sur les renseignements fournis au Programme de récompense AIR MILES<sup>™</sup>. Je conviens/nous convenons que la protection n'entrera en vigueur que le premier jour du mois suivant l'approbation finale.

Par les présentes, j'autorise/nous autorisons la (les) personne(s) désignée(s) comme bénéficiaire(s) à recevoir les prestations de Décès et mutilation par accident.

Une photocopie de la présente autorisation signée est réputée avoir la même validité que son original.

Signature du proposant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ / MM / AAAA

Signature du co-proposant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ / MM / AAAA