

* Tous les proposant doivent remplir les parties A, B, C, D et E

* Tous les proposant doivent remplir et signer la Déclaration du proposant.



*sortez votre carte.
sortez vos rêves.*

WSE

N° d'adhérent AIR MILES^{md} | 8 | | | | | | | | | |

PARTIE A • RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom du proposant _____ Prénom _____ Initiale _____ N° de carte d'assurance-maladie de l'État | | | | | | | | | |

App. _____ Numéro et rue _____ N° de téléphone au domicile () _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Profession _____

État civil : Célibataire Marié Autre Nom du Coproposant _____ Prénom _____

Proposant : N° de téléphone au travail () _____ Coproposant : N° de téléphone au travail () _____

N° de télécopieur au travail () _____ N° de télécopieur au travail () _____

Adresse électronique _____ Adresse électronique _____

Si nous avons besoin de renseignements supplémentaires durant les heures ouvrables, pouvons-nous communiquer avec vous : à la maison? au bureau? par courrier électronique?
Êtes-vous assuré(e) ou avez-vous déjà eu une assurance-santé collective offerte par un employeur? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez préciser :

N° du régime collectif _____ N° d'identification _____

Compagnie d'assurance _____ Date d'échéance des prestations (jj/mm/aaaa) _____

N° du régime collectif _____ N° d'identification _____

Compagnie d'assurance _____ Date d'échéance des prestations (jj/mm/aaaa) _____

Cette demande remplacera-t-elle votre protection actuelle ? Oui Non

Désignation du bénéficiaire de l'assurance Décès et mutilation par accident (à défaut de désignation de bénéficiaire, le capital-décès est versé aux ayants droit) :

Bénéficiaire du proposant

Bénéficiaire du coproposant

Nom _____

Nom _____

Lien avec le proposant _____

Lien avec le coproposant _____

Signature du proposant _____

Signature du coproposant _____

Date (jj/mm/aaaa) _____

Date (jj/mm/aaaa) _____

Si vous désignez une personne de moins de 18 ans comme bénéficiaire, les prestations seront consignées au tribunal, ou au curateur public, à moins de nommer un fiduciaire.

Nom du fiduciaire _____

Nom du fiduciaire _____

Lien avec le proposant _____

Lien avec le coproposant _____

Signature du proposant _____

Signature du coproposant _____

Date (jj/mm/aaaa) _____

Date (jj/mm/aaaa) _____

Proposition FlexSanté – Page 2

* Tous les proposant doivent remplir les parties A, B, C, D et E

* Tous les proposant doivent remplir et signer la Déclaration du proposant.

PARTIE B • CHOIX DES OPTIONS

Un rappel : Vos choix d'options s'appliquent à tous les membres de la famille.

J'opte/nous optons pour :

GARANTIES DE BASE

- Médicaments Plus^{MC}, de base
- Médicaments Plus, étendue
- Dentaire Plus^{MC}, de base*
- Dentaire Plus, étendue*
- Combinaison Plus^{MC}, initiale*
- Combinaison Plus, de base
- Combinaison Plus, étendue

AJOUTS

Offerts uniquement en complément des garanties de base

- Voyage +8 jours*
- Voyage +21 jours*
- Décès et mutilation par accident, étendue*
- Assurance-maladie complémentaire, étendue
- Hospitalisation, de base
- Hospitalisation, étendue
- Couverture accrue en cas de maladie ou accident grave - franchise de 4 500 \$
- Couverture accrue en cas de maladie ou accident grave - franchise de 10 200 \$
- Soins de la vue, étendue* (pas offert avec Combinaison Plus, initiale)

GARANTIES AUTONOMES

Sans obligation de souscrire une garantie de base

- Hospitalisation, de base
- Hospitalisation, étendue
- Couverture accrue en cas de maladie ou accident grave - franchise de 4 500 \$
- Couverture accrue en cas de maladie ou accident grave - franchise de 10 200 \$

*Vous n'avez pas à remplir le questionnaire médical de la présente proposition pour ces garanties.

PARTIE C • PERSONNES À ASSURER

NOM	PRENOM	N° DE CARTE D'ASSURANCE-MALADIE	CODE	SEXE	DATE DE NAISSANCE JJ MM AAAA	ÂGE	FUMEUR? CONSUMM. QUOTIDIENNE DE CIGARETTES	TAILLE cm / po	POIDS kg / lb	CHANGEMENT DE POIDS DEPUIS 12 MOIS GAIN PERTE	CAUSE DU CHANGEMENT DE POIDS
PROPOSANT			00								
COPROPOSANT			01								
PERSONNE À CHARGE			02								
PERSONNE À CHARGE			02								
PERSONNE À CHARGE			02								
PERSONNE À CHARGE			02								

PARTIE D • 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 E.
- 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 E.
- Option 3 Facturation directe
Périodicité : Semestrielle (rabais de 2 %) Annuelle (rabais de 4 %)

Si vous manquez d'espace où que ce soit dans la présente proposition, veuillez annexer une feuille.

Proposition FlexSanté – Page 3

* Tous les proposant doivent remplir les parties A, B, C, D et E

* Tous les proposant doivent remplir et signer la Déclaration du proposant.

PARTIE E • 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 _____

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/notre 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.cdnipay.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 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.cdnipay.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 du carte _____ Signature du titulaire du carte _____

Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint _____ Date (jj/mm/aaaa) _____

Si vous manquez d'espace où que ce soit dans la présente proposition, veuillez annexer une feuille.

Questionnaire Médical FlexSanté – Page 4

L'assurance peut être refusée, accordée moyennant certaines conditions ou supprimée selon le dossier médical familial des personnes à assurer. L'assurance prend effet le premier du mois qui suit l'approbation finale de la présente proposition.

***Tous les proposant doivent remplir et signer la Déclaration du proposant.**

SECTION A • PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ RECONNU

À remplir en entier pour tous les régimes sauf Dentaire Plus et Combinaison Plus, garantie initiale.

Nom et adresse du principal fournisseur de soins médicaux ou médecin actuel (détenant la plus grande partie de vos dossiers médicaux) et de tout autre professionnel de la santé reconnu que vous avez consulté (si vous n'en avez aucun, inscrivez «aucun») :

Principal fournisseur de soins médicaux	Proposant	Coproposant	Personne(s) à charge
Nom du principal fournisseur de soins médicaux			
Adresse du principal fournisseur de soins médicaux			
Date de la dernière consultation			
Raison de la dernière consultation			
Diagnostic posé			
Traitement administré			

Nom et adresse de tout autre professionnel de la santé reconnu que vous avez consulté _____

Date et raison de la consultation _____

Ceci s'applique à quelle personne à assurer? _____

SECTION B • QUESTIONNAIRE DE TARIFICATION PRIVILÉGIÉE

À remplir en entier pour tous les régimes sauf Dentaire Plus et Combinaison Plus, garantie initiale.

D'autres renseignements médicaux peuvent être nécessaires à l'évaluation de votre proposition.

Est-ce que vous, votre coproposant ou l'une des personnes à votre charge indiquées ci-dessus :

- Avez souffert d'invalidité ou été incapable d'effectuer des activités quotidiennes normales, quelle qu'en soit la cause, pendant au moins 2 semaines consécutives au cours des 5 dernières années? Oui Non
- Avez consulté un professionnel de la santé reconnu, avez été avisé de le faire ou avez ressenti les symptômes d'une maladie au cours de la dernière année? Oui Non
- Avez subi une blessure ou avez été traité pour une maladie nécessitant ou ayant nécessité les services d'un professionnel de la santé reconnu au moins une fois par année au cours des 2 dernières années? Oui Non
- a) Avez été avisé d'avoir recours à un médicament ou à un traitement pour une maladie chronique et/ou récurrente? Oui Non
b) Avez pris un médicament pendant 20 jours ou plus au cours de la dernière année? Oui Non
c) Prévoyez avoir recours à un médicament ou à un traitement au cours des 3 prochains mois? Oui Non
Nota : Les médicaments utilisés pour le contrôle des naissances ou pour traiter des affections mineures telles que le rhume ou la grippe ne doivent pas être pris en considération lorsque vous répondez à cette question.
- Avez reçu un diagnostic d'affection ou de maladie ou avez été informé par un professionnel de la santé reconnu que vous deviez subir des examens diagnostiques ou une intervention chirurgicale ou que vous deviez être hospitalisé? Oui Non
Ne tenez pas compte des affections mineures comme le rhume ou la grippe.

Si vous avez répondu «Oui» à l'une de ces questions, veuillez remplir la section C ci-dessous.

Si vous souscrivez la Couverture accrue en cas de maladie ou accident grave, veuillez remplir les sections C et D ci-dessous.

SECTION C • DÉCLARATION MÉDICALE

À remplir en entier pour tous les régimes sauf Dentaire Plus et Combinaison Plus, garantie initiale.

D'autres renseignements médicaux peuvent être nécessaires à l'évaluation de votre proposition.

- Est-ce que vous, le coproposant ou l'une des personnes à charge avez consulté un médecin ou un professionnel de la santé reconnu, reçu un traitement ou eu quelque symptôme que ce soit quant aux maladies suivantes? (✓ «Oui» ou «Non» à chaque question)
 - Hypertension, accident cérébrovasculaire, AIT ou douleurs à la poitrine Oui Non
 - Trouble cardiaque, haut taux de cholestérol ou trouble circulatoire, étourdissements, évanouissements ou troubles des vaisseaux sanguins Oui Non
 - Maux de dos, troubles des articulations ou troubles musculosquelettiques Oui Non
 - Troubles du système digestif ou du foie, y compris l'hépatite Oui Non
 - Troubles nerveux, mentaux, affectifs, ou stress Oui Non
 - Alcoolisme ou toxicomanie Oui Non
 - Asthme, allergies, troubles respiratoires ou essoufflement Oui Non
 - Troubles immunitaires y compris syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et virus de l'immunodéficience humaine (VIH) Oui Non
 - Arthrite ou rhumatisme Oui Non
 - Cancer, tumeur ou autre excroissance Oui Non
 - Maladie de la peau Oui Non
 - Stérilité, troubles du système reproducteur ou ménopause Oui Non
 - Troubles de la vessie, des reins ou autres troubles génito-urinaires Oui Non
 - Maux de tête ou migraines Oui Non
 - Diabète ou troubles endocriniens Oui Non
 - Trouble de la vue ou de l'ouïe Oui Non
 - Autres maladies ou troubles Oui NonVeuillez préciser : _____

Si vous manquez d'espace où que ce soit dans la présente proposition, veuillez annexer une feuille.

Questionnaire Médical FlexSanté – Page 5

L'assurance peut être refusée, accordée moyennant certaines conditions ou supprimée selon le dossier médical familial des personnes à assurer. L'assurance prend effet le premier du mois qui suit l'approbation finale de la présente proposition.

***Tous les proposant doivent remplir et signer la Déclaration du proposant.**

SECTION C • DÉCLARATION MÉDICALE (suite)

2. Est-ce que vous, votre coproposant ou l'une des personnes à votre charge indiquées ci-dessus souffrez d'un handicap physique, d'une anomalie congénitale, d'une affection, d'une maladie ou d'autres troubles **non mentionnés** ci-dessus, ou avez déjà été traité ou hospitalisé relativement à l'un de ces problèmes?
Proposant Oui Non Coproposant Oui Non Personne à charge Oui Non
3. Vous a-t-on recommandé, ou a-t-on recommandé au coproposant ou à une personne à charge, un examen, une intervention chirurgicale ou une hospitalisation **qui n'ont pas eu lieu**?
Proposant Oui Non Coproposant Oui Non Personne à charge Oui Non
4. Est-ce que vous, votre coproposant ou l'une des personnes à votre charge indiquées ci-dessus avez été invalides ou incapables d'exercer des activités quotidiennes normales pendant au moins 2 semaines au cours des 5 dernières années?
Proposant Oui Non Coproposant Oui Non Personne à charge Oui Non
5. Si vous avez répondu «Oui» à au moins une des questions 1 à 4 de la section C, veuillez donner des précisions ci-dessous :

Question N°	Nom de la personne	Maladie/Affection/Diagnostic	Date du diagnostic	Durée	Nom et adresse du professionnel de la santé reconnu et (ou) de l'hôpital	État actuel

6. Est-ce que vous, votre coproposant ou l'une des personnes à votre charge indiquées ci-dessus prenez des médicaments, ou recevez des injections de sérum ou tout autre traitement actuellement ou prévoyez devoir en prendre ou en recevoir au cours des 3 prochains mois? Oui Non
Si vous avez répondu «Oui», donnez les précisions ci-dessous :

Nom de la personne	Nom du médicament / sérum / traitement	Affection traitée	Concentration et dose quotidienne du médicament / sérum	Coût mensuel	Durée de la période d'administration

7. Est-ce que vous, la coproposante ou une des personnes à charge êtes enceinte? Oui Non Si vous avez répondu «Oui» :
Nom de la femme enceinte _____ Date prévue de l'accouchement (jj/mm/aaaa) _____

SECTION D • QUESTIONNAIRE MÉDICALE – COUVERTURE ACCRUE EN CAS DE MALADIE/ACCIDENT GRAVE

Le proposant doit remplir les sections A, B et C s'il souscrit la Couverture accrue en cas de maladie ou accident grave (offerte sous forme d'AJout ou de Garantie Autonome).

1. Vos parents naturels, frères et sœurs, en vie ou non, le coproposant, les personnes à votre charge ou vous-même avez-vous souffert des maladies suivantes : maladie cardiaque, accident cérébrovasculaire, cancer (précisez le type), diabète, troubles rénaux, maladie mentale, alcoolisme, chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), maladie du motoneurone, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer ou autre maladie héréditaire? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez ci-dessous :

Nom de la personne	Lien de parenté avec la personne à assurer	Maladie	Âge au début	Âge actuel si en vie	Âge au décès	Cause du décès

Si vous manquez d'espace où que ce soit dans la présente proposition, veuillez annexer une feuille.

Questionnaire Médical FlexSanté – Page 6

L'assurance peut être refusée, accordée moyennant certaines conditions ou supprimée selon le dossier médical familial des personnes à assurer. L'assurance prend effet le premier du mois qui suit l'approbation finale de la présente proposition.

***Tous les proposant doivent remplir et signer la Déclaration du proposant.**

SECTION D • QUESTIONNAIRE MÉDICAL – COUVERTURE ACCRUE EN CAS DE MALADIE/ACCIDENT GRAVE (suite)

2. Le coproposant, l'une des personnes à charge à assurer ou vous-même avez-vous participé (dans les 3 dernières années), ou avez-vous l'intention de participer, à des activités de nature dangereuse, y compris, mais sans s'y limiter, des courses de véhicules motorisés, de la plongée sous-marine, du parachutisme, de l'alpinisme, du vol libre, ou à une autre activité ou un autre sport dangereux? Oui Non

Si la réponse est «Oui», veuillez indiquer le nom du ou des passe-temps/sport(s) ainsi que celui de la personne qui les pratique :

Vous recevrez un questionnaire supplémentaire à remplir.

3. Est-ce que vous, votre coproposant ou l'une des personnes à votre charge indiquées ci-dessus avez l'intention de monter à bord d'un avion autrement qu'en tant que passager d'une compagnie aérienne commerciale, ou avez déjà monté à bord d'un avion autrement qu'en tant que passager d'une compagnie aérienne commerciale au cours des 3 dernières années? Oui Non

Si la réponse est «Oui», veuillez indiquer le nom de la personne à qui cette situation s'applique :

Vous recevrez un questionnaire supplémentaire à remplir.

4. Est-ce que vous, votre coproposant ou l'une des personnes à votre charge indiquées ci-dessus s'est vu retirer son permis de conduire de façon temporaire ou permanente ou a commis 3 infractions ou plus au code de la route au cours des 3 dernières années? Oui Non

Si la réponse est «Oui», veuillez préciser le nom de la ou des personnes visées :

Numéro du permis de conduire _____

Vous recevrez un questionnaire supplémentaire à remplir.

DÉCLARATION DU PROPOSANT • TOUS LES PROPOSANTS DOIVENT REMPLIR CETTE SECTION

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

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

J'atteste/Nous attestons que les déclarations aux présentes sont véridiques et complètes et constituent, avec tout autre formulaire signé par moi-même/nous-mêmes relativement à la présente proposition, la base de tout contrat établi en vertu des présentes. Par les présentes, j'autorise/nous autorisons tout médecin ou professionnel de la santé dûment autorisé, tout hôpital, toute pharmacie, clinique ou autre établissement de santé, tout assureur, représentant, courtier, intermédiaire de marché, promoteur de régime, tiers administrateur (le cas échéant), tout organisme gouvernemental, tout organisme d'enquêtes ou toute agence de sécurité, ou tout organisme ou toute personne possédant des dossiers ou des renseignements sur moi/nous ou sur mon/notre état de santé ou sur l'état de santé de tout membre de ma/notre famille à assurer au titre de ce régime, à fournir ces renseignements à la Financière Manuvie ou à ses réassureurs aux fins de la présente proposition, de tout contrat établi en vertu des présentes et de toute demande de règlement subséquente. En outre, j'autorise/nous autorisons la Financière Manuvie à consulter la présente proposition et ses dossiers existants à cette fin. Il est entendu que les blessures subies ou les affections médicales dont les premiers signes sont apparus à la date de la présente proposition ou antérieurement peuvent ne pas être couvertes par mon/notre contrat et que le fait de ne pas communiquer cette information pourrait entraîner le refus d'une demande de règlement et, s'il y a lieu, l'annulation ou la modification de mon/notre contrat ou de la couverture de la ou des personnes visées par le défaut de communiquer cette information, alors que la couverture des autres personnes assurées demeurera en vigueur. La Financière Manuvie se réserve le droit de récupérer les prestations versées si une blessure ou une affection médicale qui existait à la date de la présente proposition ou avant n'a pas été signalée. Je reconnais/nous reconnaissons avoir pris connaissance et convenir de l'Avis en matière de protection et de confidentialité des renseignements personnels et de l'Avis sur les renseignements personnels fournis au Programme de récompense AIR MILES^{MD}. Je conviens/nous convenons que la protection n'entrera pas en vigueur avant le premier du mois suivant l'approbation finale. Une copie de la présente autorisation signée est réputée avoir la même validité que son original.

Signature du proposant _____ Signature du coproposant _____

Date (jj/mm/aaaa) _____ Date (jj/mm/aaaa) _____