



*sortez votre carte.  
sortez vos rêves.*

WSE

N° d'adhérent AIR MILES<sup>md</sup> | 8 | | | | | | | | | |

## PARTIE A • RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom du proposant \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_

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

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

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 versées au tuteur ou gestionnaire, le cas échéant.

Toute désignation d'un conjoint comme bénéficiaire est irrévocable à moins d'avis contraire de révocation.

(Cochez la case ci-dessous si la désignation est révocable.)

Je déclare par la présente et stipule que ma désignation de bénéficiaire dans le présent formulaire est révocable.

Je déclare par la présente et stipule que ma désignation de bénéficiaire dans le présent formulaire est révocable.

## Proposition FlexSanté pour les résidents du Québec – Page 2

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

\* 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<sup>MC</sup>
- Dentaire Plus<sup>MC</sup>, *de base\**
- Dentaire Plus, *étendue\**
- Combinaison Plus<sup>MC</sup>, *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*
- 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*

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

### PARTIE C • 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 D.*
- 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 D.*
- 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.

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

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

## PARTIE D • RENSEIGNEMENTS SUR LES PAIEMENTS ET AUTORISATION

### Renseignements sur les paiements

#### Paiement par prélèvement automatique

Titulaire du compte \_\_\_\_\_

Institution financière \_\_\_\_\_ Adresss \_\_\_\_\_ 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.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 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 pour les résidents du Québec – Page 4

L'assurance peut être refusée, accordée moyennant certaines conditions ou supprimée selon le dossier médical 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.**

Si vous envoyez votre Questionnaire Médical et la faites parvenir séparément à la Financière Manuvie, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom du proposant \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_

N° de téléphone au domicile \_\_\_\_\_

### SECTION A • PERSONNES À ASSURER

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

### SECTION B – 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<br>de soins médicaux            | Proposant | Coproposant | Personne(s) à charge |
|---|-----------|-------------|----------------------|
| Nom du principal fournisseur<br>de soins médicaux     |           |             |                      |
| Adresse du principal fournisseur<br>de soins médicaux |           |             |                      |
| Date de la <b>dernière consultation</b>               |           |             |                      |
| Raison de la <b>dernière consultation</b>             |           |             |                      |
| 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? \_\_\_\_\_

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

## Questionnaire Médical FlexSanté pour les résidents du Québec – Page 5

L'assurance peut être refusée, accordée moyennant certaines conditions ou supprimée selon le dossier médical 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 • 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 :

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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.
5. 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? Ne tenez pas compte des affections mineures comme le rhume ou la grippe.  Oui  Non

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

### SECTION D • 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.

1. Est-ce que vous, ou votre 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)
  - a) Hypertension, accident cérébrovasculaire, ICT ou douleurs à la poitrine  Oui  Non
  - b) Trouble cardiaque, haut taux de cholestérol ou trouble circulatoire, étourdissements, évanouissements ou troubles des vaisseaux sanguins  Oui  Non
  - c) Maux de dos, troubles des articulations ou troubles musculo-squelettiques  Oui  Non
  - d) Troubles du système digestif ou du foie, y compris l'hépatite  Oui  Non
  - e) Troubles nerveux, mentaux, affectifs, ou stress  Oui  Non
  - f) Alcoolisme ou toxicomanie  Oui  Non
  - g) Asthme, allergies, troubles respiratoires ou essoufflement  Oui  Non
  - h) Troubles immunitaires y compris test de détection du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)  Oui  Non
  - i) Arthrite ou rhumatisme  Oui  Non
  - j) Cancer, tumeur ou autre excroissance  Oui  Non
  - k) Maladie de la peau  Oui  Non
  - l) Stérilité, troubles du système reproducteur ou de la ménopause  Oui  Non
  - m) Troubles de la vessie, des reins ou autres troubles génito-urinaires  Oui  Non
  - n) Maux de tête ou migraines  Oui  Non
  - o) Diabète ou troubles endocriniens  Oui  Non
  - p) Trouble de la vue ou de l'ouïe  Oui  Non
  - q) Autres maladies ou troubles  Oui  Non  
Veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
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

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

## Questionnaire Médical FlexSanté pour les résidents du Québec – Page 6

L'assurance peut être refusée, accordée moyennant certaines conditions ou surprimée selon le dossier médical 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 • DÉCLARATION MÉDICALE (suite)

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 D, donnez 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 actuellement ou prévoyez prendre au cours des 3 prochains mois ou avez cessé de prendre au cours des 3 derniers mois une drogue, un médicament ou un sérum, ou suivez actuellement ou prévoyez suivre au cours des 3 prochains mois ou avez cessé de suivre au cours des 3 derniers mois tout autre traitement?

Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez fournir des 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) \_\_\_\_\_

### 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<sup>MD</sup>. 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) \_\_\_\_\_

FlexSanté est offert par la Financière Manuvie (La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers).

<sup>MC</sup> Marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. <sup>MD/MS</sup> Marques déposées/de commerce d'AIR MILES International Trading B.V., employées en vertu d'une licence par LoyaltyOne, Inc. et la Financière Manuvie. © 2010 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés.