

# Demande d'adhésion du régime FlexSanté<sup>MC</sup> Select

Les parties A, B, C, D, E et la déclaration du proposant doivent être remplies.

**pour me  
protéger**

**FlexSanté<sup>MC</sup>**

WSE



*sortez votre carte.  
sortez vos rêves.*

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

8																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## PARTIE A • RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

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

N° de carte d'assurance-maladie : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

App. \_\_\_\_\_ Adresse et nom de la rue \_\_\_\_\_

Si des renseignements supplémentaires sont nécessaires pendant les heures ouvrables, où pouvons-nous vous joindre?

Tél. à la maison  Tél. au bureau  Adresse électronique

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

Êtes-vous assuré(e) ou avez-vous déjà eu une assurance-santé collective de la Financière Manuvie ou de toute autre compagnie d'assurance?  Oui  Non  
Dans l'affirmative, veuillez indiquer :

Téléphone à la maison \_\_\_\_\_

1) N° du régime \_\_\_\_\_ N° d'identification \_\_\_\_\_

Téléphone au bureau \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

Télocopieur \_\_\_\_\_ Adresse électronique \_\_\_\_\_

Date de fin de couverture \_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa

État civil :  Célibataire  Marié  Autre

Profession \_\_\_\_\_

2) N° du régime \_\_\_\_\_ N° d'identification \_\_\_\_\_

Nom du co-proposant \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

Téléphone du co-proposant au bureau \_\_\_\_\_

Date de fin de couverture \_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa

Télocopieur du co-proposant \_\_\_\_\_ Adresse électronique \_\_\_\_\_

Cette demande vise-t-elle à remplacer votre assurance actuelle?  Oui  Non

Désignation du bénéficiaire au titre de la garantie Décès ou mutilation par accident (dans le cas d'un décès, à défaut de désignation de bénéficiaire, le capital-décès sera versé à la succession) :

### Bénéficiaire du proposant :

### Bénéficiaire du co-proposant :

Nom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

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

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

Signature du proposant \_\_\_\_\_

Signature du co-proposant \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa

Date \_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa

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.

Nom du fiduciaire \_\_\_\_\_

Nom du fiduciaire \_\_\_\_\_

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

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

Signature du proposant \_\_\_\_\_

Signature du co-proposant \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa

Date \_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa

### Résidents du Québec seulement :

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

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

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

Veuillez remplir page 2.



## PARTIE E • 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

Régimes offerts par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Cochez cette case si vous ne souhaitez pas recevoir d'autres renseignements ni matériel au sujet des produits de la Financière Manuvie.

Je reconnais/Nous reconnaissons que les déclarations aux présentes sont complètes et véridiques et qu'elles constituent, avec tout autre formulaire que j'ai signé/nous avons signé relativement à la présente proposition, la base de toute police émise aux termes des présentes. J'accuse/Nous accusons réception de l'avis de protection de la vie privée et de confidentialité et j'en accepte/nous en acceptons les conditions. Je comprends/Nous comprenons que la protection n'entrera en vigueur que le premier jour du mois suivant l'approbation définitive de la police, et j'accepte/nous acceptons cette condition. La photocopie de la présente autorisation dûment signée a la même valeur que l'original.

Signature du proposant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

jj/mm/aaaa

Signature du co-proposant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

jj/mm/aaaa

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

Le nom Financière Manuvie et le logo qui l'accompagne sont des marques de service et de commerce déposées réservées à l'usage de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et de ses affiliées, y compris la Société Financière Manuvie. MC Marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. mc/md Marque déposée d' AIR MILES International Trading B.V. Utilisée en vertu d'une licence par LoyaltyOne, Inc. et par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie). Best Doctors est une marque de commerce enregistrée de Best Doctors, Inc. aux États-Unis et dans d'autres pays, et utilisée sous licence. © 2009 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés.