

Assurance individuelle - Demande de modification

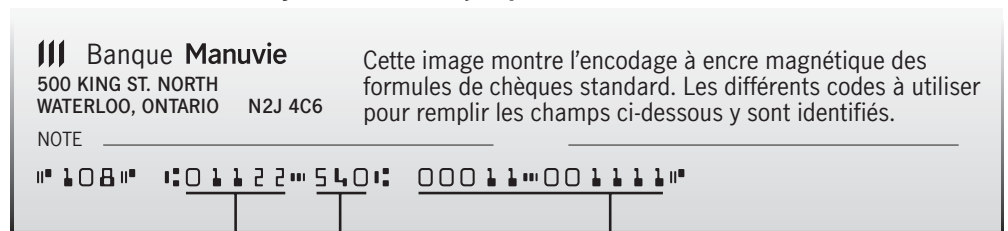
- Le présent formulaire doit être rempli par l'assuré, sauf indication contraire.
- Veuillez conserver une copie des reçus, l'original ne vous étant pas retourné.

1 Renseignements sur l'assuré	Numéro de contrat/de régime/de certificat		Numéro d'identification (À remplir seulement pour les polices Soins médicaux et Soins dentaires)		
	Nom de l'assuré		Courriel		
	Adresse de l'assuré (numéro, rue et appartement)			Numéro de téléphone	
	Ville	Province ou État	Pays	Code postal ou code ZIP	
Nature du changement	<input type="radio"/> Changement de nom <input type="radio"/> Changement d'adresse ou de courriel <input type="radio"/> Changement des renseignements sur le paiement				
2 Changement de nom Joindre les documents juridiques pertinents si : <ul style="list-style-type: none"> • le prénom ou le nom a changé pour un autre motif que le mariage, le divorce ou l'adoption; • la société a changé de nom. Exemples : <ul style="list-style-type: none"> • Certificat de changement de nom • Lettres patentes supplémentaires Aucun document n'est requis si le nom est changé en raison d'un mariage, d'un divorce ou d'une adoption.	La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers est priée de modifier le nom de la personne suivante :				
	<input type="radio"/> Assuré <input type="radio"/> Titulaire du contrat				
	Ancien nom				
	Nouveau nom				
	Raison du changement	Date du changement (jj/mmmm/aaaa)			
	<input type="radio"/> Mariage <input type="radio"/> Divorce <input type="radio"/> Adoption <input type="radio"/> Autre _____				
3 Changement d'adresse ou de courriel Indiquez votre adresse précédente ou votre courriel précédent et votre nouvelle adresse ou votre nouveau courriel pour le numéro de contrat/certificat indiqué à la section 1. Les changements prendront effet à la date à laquelle nous les aurons reçus et approuvés.	Adresse précédente (numéro, rue et appartement)				
	Ville	Province ou État	Pays	Code postal ou code ZIP	
	Nouvelle adresse (numéro, rue et appartement)				
	Ville	Province ou État	Pays	Code postal ou code ZIP	
	Ancien numéro de téléphone		Nouveau numéro de téléphone		
	Ancien courriel		Nouveau courriel		
4 Mode de paiement Sélectionnez l'option 1 ou l'option 2.	<input type="radio"/> Option 1 – Paiement par chèque (annuel seulement) ou par prélèvement automatique Paiement annuel – Veuillez joindre un chèque libellé à l'ordre de Manuvie et l'envoyer avec la présente Demande de modification à l'adresse indiquée à la section 8. Des frais de 25 \$ peuvent être exigés en cas d'insuffisance de fonds dans le compte. Paiement par prélèvement automatique sur le compte (PAC) – Veuillez fournir les renseignements sur le mode de paiement à la page suivante. Fréquence : <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Semestrielle <input type="radio"/> Trimestrielle (Fréquences semestrielle et trimestrielle – offertes seulement sur les contrats Soins médicaux et Soins dentaires)				
	<u>OU</u> <input type="radio"/> Option 2 – Carte de crédit Pour présenter une demande en toute sécurité avec votre carte de crédit, appelez nos conseillers en assurance autorisés ou visitez notre site Web afin de présenter une demande en ligne.				

4 Mode de paiement (suite)

Renseignements sur le mode de paiement par prélèvement automatique sur le compte (PAC)

Veillez joindre un chèque portant la mention « NUL ».



Numéro de domiciliation Numéro de l'institution Numéro du compte

Nom du titulaire du compte			
Nom de la banque ou de l'institution financière	Numéro de domiciliation	Numéro de l'institution	Numéro de compte
Adresse	Ville	Province	Code postal

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.

Compte d'épargne véritable : Si vous ne pouvez pas fournir un chèque portant la mention « NUL », veuillez obtenir un formulaire de vérification des renseignements bancaires auprès de votre institution bancaire.

Autorisation de paiement

Veillez remplir une seule partie, selon l'option choisie.

Paiement par prélèvement automatique sur le compte (PAC)

J'autorise/nous autorisons Manuvie à faire un prélèvement automatique 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 exigibles, après l'apposition de ma/notre signature sur la présente autorisation.

Je comprends qu'à part la prime initiale, qui doit être jointe à la proposition, les primes ultérieures seront prélevées le premier jour ouvrable du mois, sinon le jour ouvrable suivant. Le montant prélevé sur mon compte peut varier, conformément aux dispositions du contrat d'assurance ou tel qu'il est nécessaire pour la gestion du contrat. **Je renonce au droit de recevoir le préavis de 10 jours relatif au montant et à la date de chaque prélèvement automatique sur mon compte.** Si la banque ou l'institution financière n'honore pas un prélèvement mensuel automatique à la date prévue, Manuvie pourra tenter d'effectuer de nouveau ce prélèvement au cours des 30 jours suivants. Manuvie se réserve le droit de me demander de choisir un autre mode de paiement si le prélèvement est refusé. Tous les prélèvements uniques ou automatiques sur mon compte bancaire seront traités comme des retraits personnels au sens que leur donne l'Association canadienne des paiements (ACP) dans sa règle H1. Le montant de la prime pourra être modifié conformément aux dispositions de mon contrat d'assurance. **La présente entente peut être résiliée** en tout temps moyennant l'envoi **par Manuvie ou par moi** d'un préavis écrit de 10 jours. **Il est entendu** qu'en cas de résiliation de la présente entente de prélèvement automatique, l'assurance peut prendre fin à moins que Manuvie ne reçoive le paiement sous une autre forme. Toute prime devant être remboursée relativement à la présente autorisation sera versée au titulaire du contrat.

Vous pouvez obtenir un formulaire de résiliation en communiquant avec votre institution financière ou en visitant le www.paiements.ca. Si vous avez des questions au sujet des prélèvements sur votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous au 1 877 598-2273, à am_service@manuvie.com ou écrire à 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 www.paiements.ca.

Nom du titulaire du compte	Signature du titulaire du compte
Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint	Date (jj/mmmm/aaaa)
Adresse du titulaire du compte (s'il n'est pas le proposant)	

<p>5 Déclaration et autorisation</p> <p>Signatures Si le titulaire est une société ou une autre entité, nous exigeons la signature des signataires autorisés, dûment nommés en vertu d'une résolution de la société ou d'un document similaire, ou la signature et la déclaration de la seule personne autorisée à signer au nom de la société ou de l'autre entité.</p>	<p>En signant ci-dessous, vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> êtes autorisé à demander les modifications précitées; nous autorisez à apporter les changements demandés dans le présent formulaire; consentez à ce que nous acceptons une télécopie ou une version électronique de ce formulaire. <table border="1" data-bbox="440 176 1549 514"> <tr> <td data-bbox="440 176 1192 260">Signature de l'assuré</td> <td data-bbox="1196 176 1549 260">Date (jj/mmmm/aaaa)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 266 1192 350">Signature du second assuré (le cas échéant)</td> <td data-bbox="1196 266 1549 350">Date (jj/mmmm/aaaa)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 357 1192 438">Signature du titulaire du contrat (s'il ne s'agit pas de l'assuré)</td> <td data-bbox="1196 357 1549 438">Date (jj/mmmm/aaaa)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 445 1192 514">Signature du titulaire du contrat (s'il ne s'agit pas de l'assuré)</td> <td data-bbox="1196 445 1549 514">Date (jj/mmmm/aaaa)</td> </tr> </table>	Signature de l'assuré	Date (jj/mmmm/aaaa)	Signature du second assuré (le cas échéant)	Date (jj/mmmm/aaaa)	Signature du titulaire du contrat (s'il ne s'agit pas de l'assuré)	Date (jj/mmmm/aaaa)	Signature du titulaire du contrat (s'il ne s'agit pas de l'assuré)	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature de l'assuré	Date (jj/mmmm/aaaa)								
Signature du second assuré (le cas échéant)	Date (jj/mmmm/aaaa)								
Signature du titulaire du contrat (s'il ne s'agit pas de l'assuré)	Date (jj/mmmm/aaaa)								
Signature du titulaire du contrat (s'il ne s'agit pas de l'assuré)	Date (jj/mmmm/aaaa)								
<p>6 Énoncé de confidentialité</p>	<p>Les renseignements précis et détaillés demandés dans le présent formulaire sont nécessaires au traitement de votre demande de modification. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, Manuvie créera un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter le présent formulaire, offrir et administrer les services et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires et administrateurs responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'examen des demandes de règlement de Manuvie, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des territoires de compétence situés à l'étranger et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires. Votre consentement quant à l'utilisation des renseignements personnels pour vous offrir des produits et des services est facultatif, et vous pouvez y mettre fin, si vous le voulez, en écrivant à Manuvie à l'adresse indiquée ci-après. Votre dossier est gardé en lieu sûr dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou mandataire. Vous pouvez demander à examiner les renseignements qu'il contient et y apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Expérience client, Manuvie, P.O. Box 1602, Del. Stn 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6.</p> <p>Vous trouverez dans le site manuvie.ca notre politique de confidentialité et nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels.</p>								
<p>7 L'accessibilité à Manuvie</p>	<p>Manuvie est résolue à offrir aux personnes handicapées des produits et services qui respectent les principes de dignité, d'autonomie, d'intégration et d'égalité des chances. Elle croit fermement que toute personne doit être traitée avec respect et courtoisie, et se sentir bien accueillie. Vous pouvez demander que le présent formulaire vous soit envoyé sous d'autres formes. Il suffit d'envoyer un courriel à l'adresse accessibility@manuvie.com ou de composer le 1 855 891-8671. Si vous souhaitez obtenir des précisions sur l'accessibilité à Manuvie, nous vous invitons à vous rendre dans le site manuvie.com/accessibilite.</p>								
<p>8 Directives d'envoi</p>	<p>Manuvie Attention : Service des contrats - Assurance Individuelle P.O. Box 670, Stn Waterloo Waterloo (Ontario) N2J 4B8</p>								