

Régime Emporte-moi^{MC} Assurance-vie

Formulaire de proposition

pour me
protéger

Emporte-moi^{MC}
Assurance-vie



sortez votre carte.
sortez vos rêves.*

Numéro
d'adhérent
AIR MILES^{MD} : 8

1XX08 001 WSEX

Renseignements sur le proposant

Nom _____

Prénom _____ Initiale _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____ Code postal _____

Date de naissance _____ Âge _____ Homme Femme

Téléphone (domicile) (_____)

Téléphone (travail) (_____)

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

Nom de l'employeur _____

Compagnie d'assurance _____

Montant d'assurance-vie _____ Date de cessation de l'assurance _____
JJ / MM / AAAA

Numéros de groupe et d'identification _____

Renseignements sur le conjoint

(si le conjoint demande une assurance)

Nom _____

Prénom _____ Initiale _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____ Code postal _____

Date de naissance _____ Âge _____ Homme Femme

Téléphone (domicile) (_____)

Téléphone (travail) (_____)

Veillez fournir des renseignements sur votre protection au titre du régime d'assurance-vie collective du proposant, régime actuel ou qui a cessé récemment :

Nom de l'employeur _____

Compagnie d'assurance _____

Montant d'assurance-vie _____ Date de cessation de l'assurance _____
JJ / MM / AAAA

Numéros de groupe et d'identification _____

Choix de protection

Je désire souscrire le régime Emporte-moi^{MC} Assurance-vie :

Montant d'assurance _____ \$

(Montants de 25 000 \$ à 200 000 \$; au titre du régime Emporte-moi Assurance-vie, vous êtes admissible à un montant d'assurance égal ou inférieur au montant de votre assurance-vie collective.)

Fumeur Non-fumeur*

*Les taux non-fumeurs s'appliquent aux personnes qui n'ont pas fait usage de tabac, de produits de désaccoutumance au tabac ou de marijuana au cours des 12 derniers mois, et qui répondent aux normes de santé de la Financière Manuvie. Le statut de fumeur ou de non-fumeur est déterminé lorsque votre couverture est approuvée.

Choix de protection

Je désire souscrire le régime Emporte-moi^{MC} Assurance-vie :

Montant d'assurance _____ \$

(Montants de 25 000 \$ à 200 000 \$; vous êtes admissible à un montant d'assurance égal ou inférieur au montant de votre protection au titre du régime d'assurance-vie collective du proposant.)

Fumeur Non-fumeur*

*Les taux non-fumeurs s'appliquent aux personnes qui n'ont pas fait usage de tabac, de produits de désaccoutumance au tabac ou de marijuana au cours des 12 derniers mois, et qui répondent aux normes de santé de la Financière Manuvie. Le statut de fumeur ou de non-fumeur est déterminé lorsque votre couverture est approuvée.

Renseignements sur le bénéficiaire

Bénéficiaire(s) de l'assurance du proposant

Par les présentes, j'autorise la (les) personne(s) désignée(s) comme bénéficiaire(s) ci-dessous à recevoir le capital-décès payable dans le cadre de l'assurance demandée.

Bénéficiaire(s) :

1. Nom _____

Prénom _____

Lien avec le proposant _____ % des prestations _____

2. Nom _____

Prénom _____

Lien avec le proposant _____ % des prestations _____

Renseignements sur le bénéficiaire

Bénéficiaire(s) de l'assurance du conjoint

Par les présentes, j'autorise la (les) personne(s) désignée(s) comme bénéficiaire(s) ci-dessous à recevoir le capital-décès payable dans le cadre de l'assurance demandée.

Bénéficiaire(s) :

1. Nom _____

Prénom _____

Lien avec le conjoint _____ % des prestations _____

2. Nom _____

Prénom _____

Lien avec le conjoint _____ % des prestations _____

Renseignements sur le bénéficiaire (suite)

Si vous désignez une 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.

Fiduciaire :

Nom _____

Prénom _____

Lien avec le proposant _____

Résidents du Québec seulement :

Au Québec, 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 et stipule par les présentes que la désignation de bénéficiaire dans le présent formulaire est révocable.

Renseignements sur le bénéficiaire (suite)

Si vous désignez une 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.

Fiduciaire :

Nom _____

Prénom _____

Lien avec le conjoint _____

Résidents du Québec seulement :

Au Québec, 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 et stipule par les présentes que la désignation de bénéficiaire dans le présent formulaire est révocable.

Options de paiement — Payez chaque mois par prélèvement automatique ou par carte de crédit et accumulez des milles de récompense AIR MILES^{md}

Par la présente, j'autorise / nous autorisons la Financière Manuvie à prélever une somme correspondant à la prime initiale, soit _____ \$, ainsi que les primes subséquentes sur le compte indiqué ci-dessous :

Option 1 :

Carte de crédit

Périodicité des paiements par carte de crédit :

Mensuelle – avec des milles de récompense AIR MILES^{md}

Annuelle – sans milles de récompense AIR MILES^{md}

Option 2 :

Prélèvement automatique sur mon / notre compte bancaire – mensuellement avec des milles de récompense AIR MILES^{md}

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

Renseignements sur les paiements

Renseignements sur les paiements

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 _____

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

Comptes conjoints : 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.

Autorisation de paiement

Autorisation de paiement

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 peut 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 facturés en cas d'insuffisance de fonds.

Titulaire de la carte _____ Signature du titulaire de la carte _____

Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint _____ Date _____

JJ / MM / AAAA

Paiement par prélèvement automatique

Par la présente, j'autorise / nous autorisons la Financière Manuvie à faire un prélèvement 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 mensuelles exigibles à la date d'apposition de ma / notre signature sur la présente autorisation ou après cette date. Le montant prélevé sur 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 sur mon / notre compte.** 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 prélèvements uniques ou automatiques sur mon / notre compte bancaire seront traités comme des débits préautorisés personnels tels qu'ils sont 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. Si vous avez des questions au sujet des prélèvements sur 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 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 site de l'ACP, à l'adresse 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

Déclaration – Veuillez lire attentivement avant de signer.

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

Je / nous soussigné(s), le(s) proposant(s), fais / faisons par les présentes une demande d'assurance à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie). Je reconnais / nous reconnaissons que les déclarations aux présentes sont vraies et complètes, et qu'associées à tout autre formulaire signé par moi-même / nous-mêmes relativement à la présente proposition, elles constituent la base de toute police émise en vertu des présentes. Je comprends / nous comprenons que toute présentation erronée des faits, y compris une erreur sur le statut de fumeur, entraînera la nullité de l'assurance sur l'instance de l'assureur. Un suicide dans les deux années qui suivent la date d'effet de la protection n'est pas assuré. J'ai lu et je reconnais / nous avons lu et nous reconnaissons que l'assurance demandée comporte des exclusions et restrictions. Je reconnais / nous reconnaissons que l'assurance prendra effet à la date de la réception de la proposition d'assurance et du paiement de la première prime aux bureaux de la Financière Manuvie.

Par les présentes, j'autorise / nous autorisons la (les) personne(s) désignée(s) comme bénéficiaire(s) à recevoir les prestations payables à mon / notre décès.

J'accuse / nous accusons réception 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^{md}, et je suis / nous sommes d'accord avec ces avis

En signant la présente proposition, chaque proposant déclare ne pas être malade ou blessé ou, si l'assurance-vie collective du participant a déjà cessé, n'était pas malade ou blessé à la date de cessation du régime.

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

Important : Le présent produit n'est pas conçu pour remplacer tout contrat d'assurance-vie que vous pourriez avoir. Veuillez ne pas annuler votre assurance actuelle.

Signé à _____ Date _____ Signature du proposant _____

JJ / MM / AAAA

Signé à _____ Date _____ Signature du conjoint _____

JJ / MM / AAAA

(si le conjoint demande une protection)