

Demande de taux non-fumeurs Service des contrats, Marchés des groupes à affinités

IMPORTANT :

1. Pour être admissible aux taux non-fumeurs, l'assuré doit être un non-fumeur conformément à la définition établie par la Manuvie et répondre aux exigences de celle-ci en matière de santé.

2. Veuillez répondre aux questions ci-dessous pour l'assuré ou les assurés demandant à bénéficier des taux non-fumeurs.

* **REMARQUE IMPORTANTE :** Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens **exclut** les tests génétiques. Par test génétique, on entend un test qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes à des fins telles que la prédiction d'une maladie ou des risques de transmission verticale, la surveillance, le diagnostic et le pronostic.

1 Renseignements sur le participant	Nom du demandeur		Numéro de certificat/de contrat		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)		
	Nom du conjoint		Numéro de certificat/de contrat		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)		
	Adresse (numéro, rue et appartement)				Numéro de téléphone		
	Ville		Province		Code postal		
2 Déclaration						Réponses du demandeur	Réponses du conjoint
	1. Avez-vous déjà utilisé du tabac, des produits de cessation du tabac (par exemple : gomme nicorette, timbre de nicotine) ou de la marijuana? Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions :					<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	Type(s) de produit(s) :						
	Date(s) de la dernière consommation :						
	2. Depuis la date de votre dernière déclaration médicale envers notre compagnie : a) avez-vous déjà eu des symptômes de l'une des affections suivantes ou été traité pour l'une d'elles : trouble mental ou nerveux (dépression, anxiété, etc.), trouble touchant le système cérébral ou nerveux, troubles cardiaques ou circulatoires, douleurs thoraciques, souffle cardiaque, hypertension, taux élevé de cholestérol, diabète, cancer, tumeur, trouble pulmonaire ou du foie, affection rénale, anomalie urinaire, affection de la prostate, affection sanguine, trouble lymphatique ou glandulaire, infection rare, affection mammaire, trouble thyroïdien, trouble gastro-intestinal, ou toute autre maladie non mentionnée (rhume, grippe, etc)?					<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	b) Avez-vous consulté un médecin pour une raison autre qu'un examen de routine, reçu des conseils d'ordre médical, suivi un traitement médical, subi des examens médicaux, ou pris des médicaments?					<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	3. Attendez-vous actuellement de passer des examens, de recevoir des résultats d'examen ou de subir des investigations? Si vous avez répondu oui, aux questions 2 ou 3 ci-dessus, veuillez donner des précisions ci-après :					<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom	Nature ou trouble, test ou investigation	Date	Durée, (s'il y a lieu)	Résultats et état actuel	Nom du médecin traitant ou de l'établissement médical		
4. a) Actuel du demandeur :			b) Actuel du conjoint :				
Poids	<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg	Taille	<input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm	Poids	<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg	Taille	<input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm

<p>3 Consentement et autorisation</p>	<p>Les déclarations contenues dans les présentes sont véridiques et complètes et constituent, avec tout autre formulaire signé par moi relativement à la présente demande, la base de tout certificat émis au titre de la présente. Il est entendu que toute présentation erronée des faits, y compris une fausse déclaration quant au statut de fumeur, entraînera l'annulation du contrat à la demande de l'assureur.</p> <p>En ce qui concerne cette demande, j'autorise par la présente les médecins autorisés, praticiens, hôpitaux, cliniques ou autres établissements médicaux ou paramédicaux, compagnies d'assurance, MIB Inc. ou les autres organismes, institutions ou personnes possédant des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur un membre de ma famille assuré au titre du régime, ou sur notre état de santé, à fournir les renseignements en question à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers ou à ses réassureurs. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.</p> <p>Les renseignements demandés ne seront utilisés que pour l'assurance et seront MIB Inc. confidentiellement. L'assureur ou ses réassureurs peuvent toutefois faire un bref rapport MIB INC. (anciennement Bureau de renseignements médicaux). MIB Inc. est un organisme à but non lucratif créé par les sociétés d'assurance vie pour communiquer des données d'assurance à ses membres. Avec votre autorisation, MIB Inc. fournira les renseignements contenus dans ses dossiers à toute société d'assurance membre à laquelle vous avez présenté une proposition d'assurance vie ou maladie ou à laquelle une demande de règlement est soumise. À votre demande, MIB Inc. vous fera connaître les renseignements qu'il possède dans votre dossier sur vous, votre conjoint et vos enfants assurés au titre du présent régime. Si vous doutez de l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez communiquer avec MIB Inc. et demander une correction.</p> <p>Le service de renseignements MIB Inc. est situé au 330 University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 1R7 (tél. : 416 597-0590).</p> <p>Fait à _____ le _____ ,</p> <p>Signature du proposant</p> <p>Fait à _____ le _____ ,</p> <p>Signature du conjoint (si celui-ci demande les taux non-fumeurs)</p>
<p>4 Directives</p>	<p>Veillez envoyer le formulaire dûment rempli l'adresse suivante :</p> <p>Manuvie Service Des Contrats – Marchés Des Groupes à affinités CP 670 Stn Waterloo Waterloo, (Ontario) N2J 4B8 Télécopieur : 1 800 510-3362</p>
<p>5 Énoncé de confidentialité</p>	<p>Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans le formulaire de demande de règlement Assurance maladie complémentaire sont nécessaires au traitement de la demande. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie) créera un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la demande, offrir et administrer des services et traiter des demandes de règlement. L'accès à ce dossier sera limité aux employés, mandataires et administrateurs de Manuvie responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres, 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 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 agent. Vous pouvez demander à examiner les renseignements qu'il contient et à y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Chef de la protection des renseignements personnels, Manuvie, P.O. Box 1602, Poste de livraison 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6. Une copie de notre politique de confidentialité se trouve sur le site manuvie.ca.</p>
<p>6 Énoncé sur l'accessibilité</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 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>

Manuvie, Manuvie & M stylisé, et le M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisés par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.

© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers 2018. Tous droits réservés.