

IMPORTANT :

1. Pour être admissible aux taux non-fumeurs, l'assuré doit être un non-fumeur conformément à la définition établie par la Financière 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.

Nom du demandeur	Numéro de certificat/de contrat	Date de naissance (j/m/a)
Nom du conjoint	Numéro de certificat/de contrat	Date de naissance (j/m/a)
Adresse		Numéro de téléphone

- | | 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 : Type(s) de produit(s) : _____
Date(s) de la dernière consommation : _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Depuis la date de votre dernière déclaration médicale envers notre compagnie : | | |
| (a) Avez-vous déjà souffert ou été traité pour trouble mental ou nerveux (dépression, anxiété, etc.), trouble cardiaque ou circulatoire, douleurs thoraciques, hypertension, taux de cholestérol élevé, diabète, cancer, tumeurs, infection anormale ou anomalie du système immunitaire, asthme, toux chronique ou trouble pulmonaire, anomalie urinaire ou toute autre maladie ou blessure autre que les maladies bénignes (rhume, grippe, etc)? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Attendez-vous actuellement de passer des examens, de recevoir des résultats d'examen ou de subir des investigations? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Si vous avez répondu « oui » aux questions 2 ou 3 ci-dessus, veuillez donner des précisions ci-après :

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) Poids actuel du demandeur : _____ lb kg Taille : _____ pi/po cm
 b) Poids actuel du conjoint : _____ lb kg Taille : _____ pi/po cm

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.

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, le Medical Information Bureau (Bureau de renseignements médicaux) 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.

Les renseignements demandés ne seront utilisés que pour l'assurance et seront traités confidentiellement. L'assureur ou ses réassureurs peuvent toutefois faire un bref rapport au Medical Information Bureau (Bureau de renseignements médicaux). Le Bureau 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, le Bureau 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, le Bureau 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 le Bureau et demander une correction. Le service de renseignements du Bureau est situé au 330 University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 1R7 (tél. : 416 597-0590).

Signature du proposant

Date

Signature du conjoint (si celui-ci demande les taux non-fumeurs)

Date