



## Proposition FlexSanté<sup>MD</sup> pour les résidents du Québec

**\*Tous les proposants doivent remplir les parties A, B, C et D.**

**\*Tous les proposants doivent remplir et signer la Déclaration et autorisation du proposant.**

### Partie B • Choix des options

Remarque : Les options que vous choisissez s'appliquent à tous les membres de votre famille.

Je souscris/Nous souscrivons les options suivantes :

#### GARANTIES PRINCIPALES

- Médicaments Plus<sup>MC</sup>
- Dentaire Plus<sup>MC</sup>, formule de base\*
- Dentaire Plus, formule étendue\*
- Combinaison Plus<sup>MC</sup>, formule initiale\*
- Combinaison Plus, formule de base
- Combinaison Plus, formule étendue

#### GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

**Offertes uniquement en complément des garanties principales**

- Voyage +8 jours\*
- Voyage +21 jours\*
- Décès et mutilation par accident, formule étendue\*
- Hospitalisation, formule de base
- Hospitalisation, formule étendue
- Soins de la vue, formule étendue\* (non offerte avec Combinaison Plus, formule initiale)

#### GARANTIES AUTONOMES

**Sans obligation de souscrire une garantie principale**

- Hospitalisation, formule de base
- Hospitalisation, formule étendue

\* Vous n'avez **pas** à remplir le questionnaire médical de la présente proposition pour ces garanties.

### Partie C • Options de paiement

**Paiement initial :** Par la présente, j'autorise/nous autorisons Manuvie à prélever une somme correspondant aux deux premières primes mensuelles, soit \_\_\_\_\_ \$, sur le compte indiqué ci-dessous :

- Option 1  Compte bancaire (prélèvement automatique)  
Option 2  Compte de carte de crédit

**IMPORTANT :** La somme initiale sera prélevée **le jour de l'approbation de la proposition** (et non à la date d'effet de l'assurance).  
Les sommes suivantes seront prélevées le premier du mois.

**Paiements suivants** par :

- Option 1  Prélèvement automatique sur le compte bancaire  
Périodicité :  Mensuelle  Semestrielle (rabais de 2 %)  Annuelle (rabais de 4 %)

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

- Option 2  Compte de carte de crédit  
Périodicité :  Mensuelle  Semestrielle  Annuelle

**À noter que l'option de paiement par carte de crédit n'ouvre pas droit aux rabais. Veuillez remplir la Partie D.**

- Option 3  Facturation directe (à l'exclusion du paiement des deux premières primes mensuelles)  
Périodicité :  Semestrielle (rabais de 2 %)  Annuelle (rabais de 4 %)

## Proposition FlexSanté<sup>MD</sup> pour les résidents du Québec

\*Tous les proposants doivent remplir les parties A, B, C et D.

\*Tous les proposants doivent remplir et signer la Déclaration et autorisation du proposant.

### Partie D • Renseignements sur les paiements et autorisation

#### Information au sujet des paiements par carte de crédit et autorisation

Par la présente, j'autorise/nous autorisons 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 d'assurance exigibles. La présente autorisation peut être révoquée par Manuvie ou par moi/nous moyennant un avis écrit. 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. Le cas échéant, l'institution financière ne sera en aucun cas tenue responsable. Des frais de 25 \$ seront imposés pour chaque opération sans provision.

Carte de crédit :  Visa  MasterCard  American Express

Numéro de compte \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_ (MM/AAAA)

Nom du titulaire de la carte \_\_\_\_\_ Signature du titulaire de la carte \_\_\_\_\_

Deuxième signature, s'il s'agit d'un compte conjoint \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

#### Information au sujet des prélèvements automatiques sur le compte (PAC) et autorisation

Veuillez utiliser les coordonnées bancaires suivantes :

Coordonnées bancaires figurant sur le chèque couvrant le premier paiement

**OU**

Coordonnées indiquées ci-dessous :  
(ne remplissez les cases ci-dessous que si vous ne joignez pas un chèque portant la mention « NUL »)

Pour vous aider à remplir les champs ci-dessous, l'illustration suivante montre à quelles données correspond l'encodage par reconnaissance de caractères magnétiques utilisé sur les chèques types.

**Banque Manuvie**  
500 KING ST. NORTH  
WATERLOO, ONTARIO N2J 4C6

MEMO \_\_\_\_\_

⑈ 1 0 8 ⑈ : 0 1 2 2 5 4 0 : 0 0 1 1 0 0 1 1 1 ⑈

Numéro de domiciliation      Numéro de l'institution      Numéro de compte

Numéro de domiciliation \_\_\_\_\_ Numéro de l'institution \_\_\_\_\_ Numéro de compte \_\_\_\_\_

Institution financière \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Compte conjoint : S'agit-il d'un compte conjoint pour lequel 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 automatiques sur mon/notre compte. J'ai/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.

Signature du titulaire du compte \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

Deuxième signature, s'il s'agit d'un compte conjoint \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

Adresse du titulaire du compte (s'il ne s'agit pas du proposant) \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise/nous autorisons Manuvie à faire un prélèvement automatique sur mon/notre compte **le premier jour ouvrable de chaque mois ou aux environs de cette date** afin de couvrir les primes d'assurance exigibles après que j'aurai/nous aurons signé la présente autorisation. 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.** 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 demander qu'un autre mode de paiement soit utilisé si le prélèvement est refusé. Tous les prélèvements uniques ou automatiques sur mon/notre compte de banque seront traités comme des DPA personnels (débits préautorisés personnels) au sens que leur donne l'Association canadienne des paiements (ACP) dans sa Règle H-1. La présente entente peut être résiliée en tout temps moyennant l'envoi par Manuvie ou par moi/nous 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 site de l'ACP, à l'adresse [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). Si vous avez des questions au sujet des prélèvements sur votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous par téléphone, au 1 800 268-3763, par courriel à [renseignements@manuvie.com](mailto:renseignements@manuvie.com), ou par la poste 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 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).

## Questionnaire médical FlexSanté<sup>MD</sup> pour les résidents du Québec

L'assurance peut être refusée ou accordée moyennant certaines conditions ou une surprime selon vos antécédents médicaux ou ceux de votre famille.

L'assurance prend effet au plus tôt le premier jour du mois qui suit l'approbation finale de la présente proposition.

D'autres renseignements médicaux peuvent être nécessaires à l'évaluation de votre proposition.

Si vous manquez d'espace où que ce soit dans la présente proposition, veuillez annexer une feuille dûment signée et datée.

**\*Tous les proposants doivent remplir et signer la Déclaration et autorisation du proposant.**

Les résidents du Québec peuvent détacher le questionnaire médical et l'envoyer par la poste directement à l'assureur.

Si vous détachez votre questionnaire médical et le faites parvenir séparément à Manuvie, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de famille du proposant \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ N° de téléphone au domicile ( ) \_\_\_\_\_

### Section A • Personnes à assurer

NOM	PRÉNOM	N° DE CARTE D'ASSURANCE-MALADIE	CODE	SEXE	DATE DE NAISSANCE JJ MM AAAA	ÂGE	FUMEUR? N° DE CIGARETTES PAR JOUR	TAILLE cm / po	POIDS kg / lb	CHANGEMENT DE POIDS DEPUIS 12 MOIS GAIN PERTE	CAUSE DU CHANGEMENT DE POIDS
			00								
PROPOSANT			01								
COPROPOSANT			02								
PERSONNE À CHARGE			02								
PERSONNE À CHARGE			02								
PERSONNE À CHARGE			02								
PERSONNE À CHARGE			02								

### Section B • Professionnel de la santé reconnu

**À remplir en entier pour tous les régimes sauf Dentaire Plus et Combinaison Plus, formule initiale.**

Nom et numéro de téléphone de l'actuel médecin ou professionnel de la santé reconnu (détenant la plus grande partie de vos dossiers médicaux) et de tout autre professionnel de la santé reconnu que vous avez consulté (si vous n'en avez aucun, inscrivez « aucun ») :

Principal professionnel de la santé	Proposant	Coproposant	Personne(s) à charge
Nom du principal professionnel de la santé			
N° de téléphone du principal professionnel de la santé			
Date de la dernière consultation			
Raison de la dernière consultation			
Diagnostic posé			
Traitement administré			

Nom et numéro de téléphone de tout autre professionnel de la santé reconnu que vous avez consulté ou auquel on vous a adressé : \_\_\_\_\_

Date et raison de la consultation : \_\_\_\_\_

Ceci s'applique à quelle personne à assurer? \_\_\_\_\_

### Section C • Questionnaire de tarification simplifiée

**À remplir en entier pour tous les régimes sauf Dentaire Plus et Combinaison Plus, formule initiale.**

Est-ce que vous, votre coproposant ou l'une des personnes à charge désignées :

- avez souffert d'invalidité ou été incapable d'effectuer des activités quotidiennes normales, quelle qu'en soit la cause, pendant au moins 2 semaines consécutives au cours des 5 dernières années?  Oui  Non
- avez consulté ou reçu la recommandation de consulter un professionnel de la santé reconnu, ou avez présenté les signes ou symptômes d'une maladie au cours de la dernière année?  Oui  Non
- avez subi une blessure ou avez été traité pour une maladie nécessitant ou ayant nécessité les services d'un professionnel de la santé reconnu au moins une fois par année au cours des 2 dernières années?  Oui  Non
- a) avez été avisé d'avoir recours à un médicament ou à un traitement pour une maladie chronique et/ou récurrente?  
b) avez pris un médicament pendant 20 jours ou plus au cours de la dernière année?  Oui  Non  
c) prévoyez avoir recours à un médicament ou à un traitement au cours des 3 prochains mois?  Oui  Non
- avez reçu un diagnostic d'affection ou de maladie ou avez reçu la recommandation d'un professionnel de la santé reconnu de subir des examens diagnostiques ou une intervention chirurgicale ou de vous faire hospitaliser?  
(Ne tenez pas compte des affections mineures comme le rhume ou la grippe.)  Oui  Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une de ces questions, veuillez remplir la section D.

## Questionnaire médical FlexSanté<sup>MD</sup> pour les résidents du Québec

L'assurance peut être refusée ou accordée moyennant certaines conditions ou une surprime selon vos antécédents médicaux ou ceux de votre famille.

L'assurance prend effet au plus tôt le premier jour du mois qui suit l'approbation finale de la présente proposition.

**D'autres renseignements médicaux peuvent être nécessaires à l'évaluation de votre proposition.**

Si vous manquez d'espace où que ce soit dans la présente proposition, veuillez annexer une feuille dûment signée et datée.

**\*Tous les proposants doivent remplir et signer la Déclaration et autorisation du proposant.**

### Section D • Déclaration médicale

**À remplir en entier pour tous les régimes sauf Dentaire Plus et Combinaison Plus, formule initiale.**

1. Est-ce que vous, le coproposant ou l'une des personnes à charge désignées avez consulté un médecin ou un professionnel de la santé reconnu, reçu un traitement ou présenté des signes relativement à ce qui suit? (✓ Cocher « Oui » ou « Non » pour chaque question)

- |  |   |
|--|---|
| <p>a) Hypertension, taux élevé de cholestérol ou tout trouble cardiaque ou du système circulatoire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>b) Troubles du cœur ou des vaisseaux sanguins, souffle cardiaque, douleurs thoraciques, angine, accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire (AIT) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>c) Douleurs ou troubles au niveau du dos, du cou, des disques, de la hanche ou des genoux, fibromyalgie, ostéoporose, ostéopénie, douleurs chroniques, paralysie, faiblesse ou engourdissements, ou tout autre trouble musculo-squelettique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>d) Troubles du système digestif, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladies ou troubles du foie, incluant l'hépatite (y compris l'état de porteur) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>e) Troubles mentaux, nerveux, affectifs ou neurologiques, incluant la dépression, l'anxiété, le déficit de l'attention et le stress <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>f) Abus d'alcool ou de drogue, ou toute dépendance <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>g) Allergies, asthme, bronchite, troubles respiratoires, dyspnée ou apnée du sommeil <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>h) Troubles du système immunitaire, y compris test de dépistage du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | <p>i) Arthrite, rhumatisme ou polyarthrite rhumatoïde <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>j) Cancer, tumeur, kyste, polype ou toute excroissance <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>k) Troubles cutanés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>l) Troubles mammaires, ménopause, troubles de l'appareil reproducteur, infertilité ou procréation médicalement assistée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>m) Troubles de la vessie, des reins ou de la prostate, ou tout autre trouble de l'appareil génito-urinaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>n) Céphalée ou migraines <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>o) Diabète, troubles endocriniens, troubles de l'hypophyse ou de la thyroïde, ou lupus <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>p) Troubles des yeux ou des oreilles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>q) Autres problèmes, affections, maladies ou troubles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Veillez préciser : _____</p> <p>_____</p> |
|--|---|

2. Est-ce que vous, votre coproposant ou l'une des personnes à charge désignées avez une déficience physique, une anomalie congénitale, un problème de santé, une blessure, une maladie ou d'autres troubles **non mentionnés** ci-dessus, ou avez déjà été traité ou hospitalisé relativement à l'un de ces problèmes?  Oui  Non

3. Vous a-t-on recommandé à vous, au coproposant ou à une personne à charge désignée, une investigation, une intervention chirurgicale ou une hospitalisation **qui n'a pas eu lieu**, ou attendez-vous des examens ou des résultats d'examens?  Oui  Non

4. Est-ce que vous, votre coproposant ou l'une des personnes à charge désignées avez été invalides ou incapables d'exercer des activités quotidiennes normales pendant au moins 2 semaines au cours des 5 dernières années?  Oui  Non

5. Si vous avez répondu « Oui » à au moins une des questions 1 à 4 de la section D, veuillez donner des précisions ci-dessous :

Question n°	Nom de la personne	Maladie/Affection/Diagnostic	Date du diagnostic	Durée	Nom et adresse du professionnel de la santé reconnu et (ou) de l'hôpital	État actuel

6. Est-ce que vous, votre coproposant ou l'une des personnes à charge désignées prenez des médicaments, recevez des injections de sérum ou tout autre traitement actuellement, prévoyez y avoir recours au cours des 3 prochains mois ou avez cessé d'y avoir recours au cours des 3 derniers mois?  Oui  Non  
Si vous avez répondu « Oui », donnez les précisions ci-dessous :

Nom de la personne	Nom du médicament/sérum/traitement	Affection traitée	Concentration et dose quotidienne du médicament/sérum	Durée de la période d'administration

7. Est-ce que vous, la coproposante ou l'une des personnes à charge désignées êtes enceinte?  Oui  Non

Si « Oui », nom de la femme enceinte \_\_\_\_\_ Date prévue de l'accouchement (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

## Avis sur la vie privée et la confidentialité

Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans la proposition sont nécessaires à son traitement. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, Manuvie créera un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la proposition, offrir et administrer les services, et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres 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 à l'extérieur du Canada et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires.

Votre consentement quant à l'utilisation de vos renseignements personnels pour vous offrir des produits et services est facultatif, et vous pouvez mettre fin à cette utilisation en écrivant à Manuvie à l'adresse indiquée ci-après. Votre dossier sera gardé en lieu sûr dans nos bureaux ou ceux de notre administrateur ou agent. Vous pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, P.O. Box 1602, Del. Stn. Waterloo (Ontario) N2J 4C6.

### Avis sur les renseignements personnels fournis au Programme de récompense AIR MILES<sup>md</sup>

Lorsque vous ou un membre de votre famille demandez une assurance, Manuvie peut communiquer au Programme de récompense AIR MILES<sup>md</sup> votre numéro de compte d'adhérent AIR MILES aux fins de l'administration du Programme de récompense AIR MILES, notamment la gestion du compte d'adhérent, la consignation des milles de récompense et la mise à jour des soldes. Le Programme de récompense AIR MILES met l'information sur ses politiques et pratiques en matière de protection de la confidentialité à l'entière disposition du grand public et des adhérents. On peut se la procurer par écrit, ainsi que par l'entremise du site Web ([www.airmiles.ca](http://www.airmiles.ca)) et d'autres moyens électroniques, du système interactif de réponse vocale et du Centre de service à la clientèle. En outre, le grand public et les adhérents peuvent obtenir sur demande un exemplaire de l'Engagement à l'égard de la vie privée d'AIR MILES<sup>md</sup>.

Le Programme de récompense AIR MILES ne donne, ne vend ni ne loue les listes d'adhérents à aucune organisation ou personne autres que ses sociétés affiliées, commanditaires, fournisseurs et entreprises chargées de traiter et de gérer les transactions des adhérents, les demandes d'échange, la recherche, l'analyse et les communications et, dans tous les cas, aux seules fins spécifiées. Les adhérents AIR MILES peuvent refuser de recevoir des communications marketing et promotionnelles sous forme électronique, imprimée ou verbale, autres que les relevés de compte des adhérents, en écrivant au Service à la clientèle AIR MILES, P.O. Box 602, Station A, Scarborough (Ontario) M1K 5K7 ou par courriel à l'adresse [privacyoffice@airmiles.ca](mailto:privacyoffice@airmiles.ca). Cette décision ne compromet pas le droit de l'adhérent d'accumuler ou d'échanger des milles de récompense dans le cadre du Programme de récompense AIR MILES.

## Déclaration et autorisation du proposant • Tous les proposant doivent remplir cette section

### Le présent régime est établi par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

J'atteste/Nous attestons que les déclarations aux présentes sont véridiques et complètes et constituent, avec tout autre formulaire signé par moi-même/nous-mêmes relativement à la présente proposition, la base de tout contrat établi au titre des présentes. Par les présentes, j'autorise/nous autorisons tout médecin ou professionnel de la santé dûment autorisé, tout hôpital, toute pharmacie, toute clinique ou tout autre établissement de santé, toute compagnie d'assurance, tout agent, tout courtier, tout intermédiaire de marché, tout promoteur de régime, tout tiers administrateur (le cas échéant), tout organisme gouvernemental, tout organisme d'enquêtes ou toute agence de sécurité, ou tout organisme ou toute personne possédant des dossiers ou des renseignements sur moi/nous ou sur mon/notre état de santé ou sur l'état de santé de tout membre de ma/notre famille à assurer au titre de ce régime, à fournir ces renseignements à Manuvie ou à ses réassureurs aux fins de la présente proposition, de tout contrat établi au titre des présentes et de toute demande de règlement subséquente. En outre, j'autorise/nous autorisons Manuvie à consulter la présente proposition et ses dossiers existants à cette fin. Il est entendu que les blessures subies ou les problèmes de santé dont les premiers signes sont apparus à la date de la présente proposition ou antérieurement peuvent ne pas être couverts par mon/notre contrat et que le fait de ne pas communiquer de tels renseignements pourrait entraîner le refus d'une demande de règlement et, s'il y a lieu, l'annulation ou la modification de mon/notre contrat. Manuvie se réserve le droit de récupérer les prestations versées si une blessure ou un problème de santé qui existait à la date de la présente proposition ou avant n'a pas été signalé. Je reconnais/nous reconnaissons avoir pris connaissance de l'Avis sur la vie privée et la confidentialité de Manuvie et de l'Avis sur les renseignements personnels fournis au Programme de récompense AIR MILES<sup>md</sup>.

Je conviens/nous convenons que la couverture ne prendra pas effet avant le premier jour du mois suivant l'approbation finale.

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

(JJ/MM/AAAA)

Fait à	Signature du proposant	Date
Fait à	Signature du coproposant	Date

(JJ/MM/AAAA)

## Rapport du conseiller • À l'usage exclusif du conseiller ou de l'agent

Vous confirmez que vous avez communiqué au proposant les renseignements suivants :

- le nom de la société ou des sociétés que vous représentez;
- le fait que vous recevez des commissions pour la vente de produits d'assurance vie, accidents et maladie, et que vous pouvez toucher une rémunération supplémentaire sous forme de boni, d'invitation à des congrès ou d'autres incitatifs; et
- tout conflit d'intérêts que vous pourriez avoir relativement à la présente opération.

Votre nom (prénom et nom de famille)	Code du conseiller	Signature ✕
--------------------------------------	--------------------	----------------

Veillez envoyer la proposition dûment remplie à l'adresse suivante :

**La poste :**  
Manuvie  
P.O. Box 670  
Stn. Waterloo  
Waterloo (Ontario) N2J 4B8

**Messagerie :**  
Manuvie  
500 King Street  
Marchés des groupes à affinités, Affaires nouvelles  
Poste de livraison 500-GB  
Waterloo (Ontario) N2J 4C6

**Télécopieur :**  
1 888 264-2243

Remarque : Si vous êtes lié par contrat à une Agence générale principale ou à une société du Réseau des comptes nationaux, veuillez transmettre la proposition dûment remplie à l'agence ou à la société en question.

Le régime FlexSanté<sup>md</sup> est offert par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

Les régimes sont établis par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Le nom Manuvie et le logo qui l'accompagne sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence.  
<sup>md</sup> Marque déposée/de commerce d'AIR MILES International Trading B.V., employée en vertu d'une licence par LoyaltyOne, Inc. et par Manuvie. <sup>mc</sup> Marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. © 2015 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés.