Manuvie

Droit de transformation de l'assurance vie collective

Transformation de votre assurance vie collective en assurance vie individuelle

En tant que participant à un régime d'assurance collective de la Manuvie, il est possible que vous ayez le droit de transformer votre assurance vie collective en assurance vie individuelle sans avoir à présenter d'attestation de bonne santé ou à subir d'examen médical, à condition que vous présentiez votre demande de transformation dans les 31 jours suivant la cessation ou la réduction de votre assurance vie collective. Vous pouvez transformer votre assurance vie de base et votre assurance vie facultative (s'il y a lieu), sous réserve d'un maximum global de 200 000 $ (400 000 $ dans le cas des résidents du Québec) –ou du maximum indiqué dans votre contrat d'assurance collective. Selon les dispositions de votre contrat, il est possible que vous puissiez aussi transformer la couverture de votre conjoint ou des enfants à votre charge. Ainsi, à la cessation ou à la réduction de votre assurance vie collective, trois options s'offrent à vous :

1. Transformer votre assurance vie collective (ou celle de votre conjoint) en assurance individuelle. Les résidents du Québec peuvent également transformer l'assurance vie des personnes à charge. **Vous devez présenter votre demande de transformation dans les 31 jours suivant la cessation ou la réduction de votre assurance vie collective.**
2. Remplacer votre assurance vie collective (ou celle de votre conjoint ou des personnes à votre charge) par une assurance individuelle souscrite par l'entremise de votre conseiller financier ou d'un agent de Manuvie.
3. Obtenir une nouvelle assurance vie collective auprès de votre prochain employeur.

Vous pouvez choisir l'une des trois assurances vie individuelles suivantes :

Permanente – cette assurance vie permanente prévoit le versement du montant d'assurance au décès de l'assuré. Manuvie garantit que vos primes n'augmenteront pas et que les frais d'administration ne changeront pas, et elle vous propose un compte de placement dont le taux d'intérêt minimum demeurera le même pendant toute la durée du contrat.

Lorsque votre demande de transformation aura été reçue et étudiée, vous recevrez des documents additionnels par la poste. Il vous incombe de retourner ces documents dûment remplis à Manuvie dans les trois semaines suivant la date de la lettre d'accompagnement.

Temporaire uniforme jusqu'à 65 ans non transformable – cette assurance vie temporaire est en vigueur de la date d'établissement du contrat jusqu'au 65e anniversaire de naissance de l'assuré. Elle ne peut pas être transformée en une autre forme d'assurance. La couverture prend fin au 65e anniversaire de naissance de l'assuré ou à son décès, selon la première éventualité. Cette assurance ne prévoit pas de participations.

Temporaire un an transformable et non renouvelable – cette assurance vie temporaire est en vigueur pendant un an à compter de la date d'établissement du contrat et ne prévoit pas de participations. Elle peut être remplacée pendant l'année uniquement par l'assurance vie permanente ou temporaire uniforme jusqu'à 65 ans non transformable susmentionnée, et ce, sans qu'il soit nécessaire de présenter une attestation médicale.

Pour plus d'information sur la transformation de l'assurance vie collective en assurance vie individuelle, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime de votre employeur ou avec Manuvie au numéro suivant :

Service à la clientèle : 1 800 268-6195

Nota : Vous pourriez choisir de souscrire directement une assurance vie individuelle sous réserve d'une preuve d'assurabilité plutôt que de transformer votre assurance vie collective. Si cette option vous intéresse, vous pouvez communiquer avec le Centre de l'assurance individuelle en composant le 1 888 626-8843 (au Québec) ou le 1 888 626-8543 (à l'extérieur du Québec).

Taux de prime

Votre taux de prime variera en fonction des critères suivants :

- Type d'assurance choisi.
- Montant d'assurance transformé.
- Votre âge le plus proche de la date d'établissement de votre nouveau contrat d'assurance individuelle.
- Fréquence de paiement des primes (annuelle ou mensuelle).

Le tableau à la page 2 indique les taux annuels des trois types d'assurance pour les personnes de 18 à 80 ans. Pour le calcul de l'âge, celui-ci tient compte de la date d'établissement de votre nouveau contrat d'assurance individuelle ainsi que l'âge le plus proche de cette date.

Note à l'intention des résidents du Québec : les taux de l'assurance vie des enfants à charge figurent à la page 2.

Veuillez vous adresser à Manuvie pour connaître les taux applicables pour un autre âge. Les taux annuels indiqués par 1 000 $ d'assurance vie peuvent être modifiés en tout temps, de même que les frais de contrat.

	Permanente		Temporaire uniforme jusqu'à 65 ans non transformable		Temporaire un an transformable et non renouvelable			Permanente		Temporaire uniforme jusqu'à 65 ans non transformable		Temporaire un an transformable et non renouvelable	
Âge	**Homme**	**Femme/ Non-binaire**	**Homme**	**Femme/ Non-binaire**	**Homme**	**Femme/ Non-binaire**	**Âge**	**Homme**	**Femme/ Non-binaire**	**Homme**	**Femme/ Non-binaire**	**Homme**	**Femme/ Non-binaire**
18	7,63 $	7,01 $	2,83 $	2,12 $	2,53 $	2,01 $	**50**	27,79 $	23,71 $	9,49 $	6,80 $	9,70 $	6,87 $
19	8,07 $	7,37 $	2,80 $	2,09 $	2,53 $	2,01 $	**51**	28,87 $	24,77 $	9,81 $	7,02 $	10,82 $	7,65 $
20	8,69 $	7,74 $	2,78 $	2,07 $	2,53 $	2,01 $	**52**	29,91 $	25,58 $	10,12 $	7,24 $	11,85 $	8,37 $
21	9,03 $	8,07 $	2,75 $	2,05 $	2,53 $	2,01 $	**53**	30,90 $	26,69 $	10,45 $	7,47 $	12,95 $	9,14 $
22	9,21 $	8,42 $	2,71 $	2,04 $	2,53 $	2,01 $	**54**	32,12 $	27,45 $	10,79 $	7,71 $	14,12 $	9,96 $
23	9,43 $	8,77 $	2,67 $	2,01 $	2,53 $	2,01 $	**55**	33,18 $	28,64 $	11,12 $	7,95 $	15,45 $	10,89 $
24	9,88 $	9,12 $	2,65 $	1,99 $	2,53 $	2,01 $	**56**	34,60 $	29,57 $	11,66 $	8,32 $	16,80 $	11,83 $
25	10,33 $	9,49 $	2,60 $	1,96 $	2,53 $	2,01 $	**57**	36,42 $	30,46 $	12,24 $	8,70 $	18,23 $	12,83 $
26	10,53 $	9,64 $	2,72 $	2,04 $	2,53 $	2,01 $	**58**	38,04 $	31,64 $	12,82 $	9,10 $	19,68 $	13,85 $
27	10,73 $	9,79 $	2,84 $	2,13 $	2,53 $	2,01 $	**59**	39,74 $	32,83 $	13,38 $	9,48 $	21,23 $	14,93 $
28	10,93 $	9,94 $	2,96 $	2,22 $	2,53 $	2,01 $	**60**	41,63 $	34,01 $	13,92 $	9,89 $	22,91 $	16,11 $
29	11,13 $	10,08 $	3,10 $	2,31 $	2,64 $	2,01 $	**61**	44,75 $	35,26 $	14,43 $	10,48 $	24,68 $	17,35 $
30	11,33 $	10,23 $	3,23 $	2,41 $	2,77 $	2,01 $	**62**	46,66 $	36,54 $	15,00 $	11,24 $	26,83 $	18,85 $
31	11,77 $	10,71 $	3,50 $	2,59 $	2,91 $	2,11 $	**63**	48,39 $	37,89 $	s.o.	s.o.	29,52 $	20,73 $
32	12,13 $	11,04 $	3,76 $	2,79 $	2,97 $	2,15 $	**64**	50,06 $	39,59 $	s.o.	s.o.	32,71 $	22,97 $
33	12,65 $	11,41 $	4,05 $	3,00 $	3,00 $	2,18 $	**65**	54,70 $	42,23 $	s.o.	s.o.	36,35 $	25,51 $
34	13,35 $	11,72 $	4,36 $	3,20 $	3,09 $	2,24 $	**66**	56,71 $	43,41 $	s.o.	s.o.	40,47 $	28,40 $
35	13,76 $	12,24 $	4,66 $	3,42 $	3,16 $	2,29 $	**67**	59,28 $	45,08 $	s.o.	s.o.	44,78 $	31,41 $
36	14,29 $	12,63 $	4,94 $	3,62 $	3,25 $	2,35 $	**68**	61,73 $	47,10 $	s.o.	s.o.	49,17 $	34,48 $
37	14,75 $	12,89 $	5,22 $	3,81 $	3,34 $	2,42 $	**69**	63,70 $	48,67 $	s.o.	s.o.	53,20 $	37,31 $
38	15,12 $	13,11 $	5,51 $	4,01 $	3,42 $	2,47 $	**70**	68,93 $	51,67 $	s.o.	s.o.	55,00 $	39,50 $
39	15,84 $	13,85 $	5,82 $	4,23 $	3,52 $	2,54 $	**71**	72,12 $	54,85 $	s.o.	s.o.	58,00 $	41,50 $
40	16,37 $	14,36 $	6,13 $	4,45 $	3,65 $	2,63 $	**72**	75,34 $	58,18 $	s.o.	s.o.	61,00 $	43,50 $
41	17,33 $	14,54 $	6,57 $	4,76 $	3,79 $	2,73 $	**73**	78,61 $	61,67 $	s.o.	s.o.	64,00 $	45,50 $
42	18,13 $	15,24 $	7,02 $	5,08 $	3,99 $	2,87 $	**74**	81,90 $	65,60 $	s.o.	s.o.	67,00 $	47,50 $
43	19,00 $	15,95 $	7,49 $	5,41 $	4,30 $	3,08 $	**75**	84,93 $	67,63 $	s.o.	s.o.	70,00 $	49,50 $
44	19,85 $	16,64 $	7,96 $	5,74 $	4,71 $	3,37 $	**76**	89,18 $	71,01 $	s.o.	s.o.	74,00 $	52,00 $
45	20,28 $	17,09 $	8,46 $	6,10 $	5,27 $	3,76 $	**77**	93,93 $	74,77 $	s.o.	s.o.	78,00 $	55,00 $
46	21,08 $	17,82 $	8,66 $	6,23 $	5,90 $	4,21 $	**78**	97,35 $	77,48 $	s.o.	s.o.	82,00 $	58,00 $
47	21,90 $	18,56 $	8,86 $	6,37 $	6,68 $	4,75 $	**79**	103,09 $	82,03 $	s.o.	s.o.	86,00 $	62,00 $
48	22,71 $	19,32 $	9,07 $	6,51 $	7,58 $	5,38 $	**80**	107,28 $	85,35 $	s.o.	s.o.	90,00 $	66,00 $
49	23,53 $	20,09 $	9,28 $	6,66 $	8,60 $	6,10 $							

Les taux annuels indiqués représentent le montant par tranche de 1 000 $ d'assurance vie. Le montant minimal transformable est de 10 000 $.

Réservé aux résidents du Québec : le montant minimal transformable est de 10 000 $ pour la couverture du participant et de 5 000 $ pour la couverture du conjoint ou d'une personne à charge. Les taux de transformation de l'assurance vie des personnes à charge de 18 ans ou moins sont les suivants :

Permanente				**Temporaire uniforme jusqu'à 65 ans non transformable**				**Temporaire un an transformable**			
Homme	7,63 $	**Femme /Non-binaire**	7,01 $	**Homme**	2,83 $	**Femme /Non-binaire**	2,12 $	**Homme**	2,53 $	**Femme /Non-binaire**	2,01 $

Calcul de vos primes – d'assurance vie permanente :

Calcul de la prime **annuelle** de l'assurance vie permanente :
Taux (voir le tableau ci-dessus) × nombre de tranches de 1 000 $ d'assurance = prime annuelle avant la taxe sur les primes.
(Prime annuelle avant la taxe sur les primes) ÷ (1 - taux provincial de taxe sur les primes) = prime annuelle après la taxe. Veuillez sélectionner le taux provincial de taxe sur les primes en fonction de la province ou du territoire de résidence du participant au régime collectif de Manuvie.

3,00 % : Alberta, Territoires du Nord-Ouest, Nouvelle-Écosse, Nunavut et Saskatchewan
2,00 % : Ontario, Colombie-Britannique, Manitoba, Nouveau-Brunswick et Yukon
3,30 % : Québec
3,75 % : Île-du-Prince-Édouard
5,00 % : Terre-Neuve-et-Labrador

Exemple n° 1 : Un homme de 60 ans (dans les six mois suivant la date d'établissement du nouveau contrat) résidant au Labrador et optant pour une assurance vie permanente de 30 000 $:
Annuellement, avant la taxe : 41,63 $ × 30 = prime annuelle de 1 248,90 $ avant la taxe.
Annuellement, après la taxe : 1 248,90 $ ÷ 0,95 = prime annuelle de 1 314,63 $ après la taxe.

Calcul de la prime **mensuelle** de l'assurance vie permanente :
Diviser le montant de la prime annuelle par 12. **Prime mensuelle :** prime annuelle de 1 314,63 $ ÷ 12 mois = 109,55 $ par mois

Calcul de vos primes – **assurance Temporaire uniforme jusqu'à 65 ans non transformable** ou **assurance Temporaire un an transformable :**

Calcul de la prime **annuelle** de l'assurance Temporaire uniforme jusqu'à 65 ans non transformable ou Temporaire un an transformable :
Taux (voir tableau ci-dessus) × nombre de tranches de 1 000 $ d'assurance + frais de contrat annuels de 50 $ = prime annuelle

Exemple n° 2 : Femme/Non-binaire atteignant 62 ans dans les six mois qui précèdent la date d'établissement du nouveau contrat et optant pour une assurance Temporaire un an transformable de 40 000 $: **Prime annuelle** : 18,85 $ × 40 = 754 $ + 50 $ (frais de contrat annuels) = 804 $ par année

Calcul de la prime **mensuelle** de l'assurance Temporaire uniforme jusqu'à 65 ans non transformable ou Temporaire un an transformable :
Taux (voir tableau ci-dessus) × nombre de tranches de 1 000 $ d'assurance × 0,0892 + frais de contrat mensuels de 6 $ = prime mensuelle Taux de 18,85 $ × 40 = 754 $ × 0,0892 = 67,26 $ + frais de contrat mensuels de 6 $ = 73,26 $ par mois

Important : si vous souhaitez transformer votre assurance vie collective, **vous devez remplir la demande ci-jointe et la présenter dans les 31 jours suivant la date de cessation ou de réduction de votre couverture, à défaut de quoi le droit de transformation pourrait vous être retiré.** Selon le mode de paiement choisi, il se peut que vous ayez à fournir à Manuvie des renseignements bancaires afin qu'elle puisse prélever automatiquement vos primes sur votre compte bancaire.

Lors de la présentation de votre demande, assurez-vous de :

- **remplir le formulaire en entier;**
- **joindre la prime annuelle, si vous optez pour la fréquence de paiement annuelle;**
- **remplir la section du formulaire sur le prélèvement automatique et joindre un chèque annulé ainsi qu'un chèque distinct en règlement de la prime du premier mois, si vous optez pour la fréquence de paiement mensuelle. Veuillez vous assurer de remplir et de signer les pages 8 et 9 du formulaire.**
- **Si vous optez pour assurance vie permanente, remplissez le formulaire NN1558F – Identification des titulaires de contrats d'assurance individuelle. Vous devrez signer un projet informatisé lorsque l'admissibilité aura été confirmée par Manuvie. Manuvie vous fera parvenir une copie du projet informatisé à signer.**

Vous devez présenter un formulaire de demande dûment rempli et envoyer un paiement pour que le contrat puisse être établi.

Manuvie

Veuillez envoyer le formulaire à Manuvie par la poste ou par télécopieur :

À l'extérieur du Québec
500 King Street North
P.O. Box 1669
Waterloo (Ontario) N2J 4Z6
Télécopieur : 1 877 763-8834

Au Québec
2000, rue Mansfield
Bureau 1310
Montréal (Québec) H3A 3A1
Télécopieur : 1 877 271-5494

Demande de transformation de l'assurance vie collective
Assurance collective

Veuillez écrire en majuscules.

1. Renseignements sur le promoteur de régime

(À remplir par le promoteur de régime)

Nom du promoteur de régime :

Date de cessation/réduction de la couverture (jj/mmmm/aaaa) :

Prénom et nom de famille du participant :

Assurance collective du participant

Le participant touche-t-il des prestations d'invalidité ou bénéficie-t-il de l'exonération de prime, ou a-t-il présenté une demande à cet égard? ◯ Oui ◯ Non

	Montant	Numéro de contrat	Numéro de division
Vie de base	$		
Vie facultative	$		

Signature de l'administrateur de régime :

Titre :

Date (jj/mmmm/aaaa) :

Nom de l'administrateur de régime :

Adresse électronique :

Numéro de téléphone : ( )

Assurance collective du conjoint

Vie de base : $

Vie facultative : $

Signature de l'administrateur de régime :

Titre :

Date (jj/mmmm/aaaa) :

Nom de l'administrateur de régime :

Adresse électronique :

Numéro de téléphone : ( )

Assurance collective des personnes à charge

(Résidents du Québec seulement)

S'il y a plus de deux personnes à charge, veuillez annexer une feuille distincte.

Vie de base : $

Vie facultative : $

Signature de l'administrateur de régime :

Titre :

Date (jj/mmmm/aaaa) :

Nom de l'administrateur de régime :

Adresse électronique :

Numéro de téléphone : ( )

Vie de base : $

Vie facultative : $

Signature de l'administrateur de régime :

Titre :

Date (jj/mmmm/aaaa) :

Nom de l'administrateur de régime :

Adresse électronique :

Numéro de téléphone : ( )

2. Renseignements sur le participant (Personne à assurer)

(À remplir par le participant)

*Sélectionnez homme, femme ou non-binaire, selon votre sexe biologique actuel.

Aux fins de la présente proposition, le terme « non-binaire » ne fait pas référence à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à l'expression de genre ou à la perception de genre d'une personne.

Prénom et nom de famille :

Numéro de certificat du participant :

Adresse (numéro, rue et app.) :

Ville :

Province :

Code postal :

Adresse électronique :

Numéro de téléphone : ( )

Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) :

Sexe* : ◯ Homme ◯ Femme ◯ Non-binaire

Numéro d'assurance sociale (NAS) :

Numéro de cellulaire : ( )

Prénom et nom du bénéficiaire** :

◯ Révocable ◯ Irrévocable

Lien avec le participant :

Pourcentage du capital : %

Prénom et nom du bénéficiaire** :

◯ Révocable ◯ Irrévocable

Lien avec le participant :

Pourcentage du capital : %

Prénom et nom du bénéficiaire** :

◯ Révocable ◯ Irrévocable

Lien avec le participant :

Pourcentage du capital : %

Suite à la page suivante.

2. Renseignements sur le participant (Personne à assurer) (suite)

** Nota : Au Québec, la désignation du conjoint en droit comme bénéficiaire est considérée comme irrévocable et toute autre désignation est considérée comme révocable, à moins d'avis contraire. Une désignation irrévocable ne peut être modifiée sans le consentement écrit du bénéficiaire.
Les pourcentages doivent totaliser 100 % pour être valides.

Nota : Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable. Veuillez joindre le consentement signé et daté au présent formulaire. **Il vous revient de vous assurer de la validité de votre désignation.**

Nouvel emploi :

Bénéficierez-vous d'une assurance vie collective auprès de votre nouvel employeur dans les 31 jours suivant la cessation de votre couverture? ◯ Oui ◯ Non

Quel sera le montant de votre assurance vie collective au titre de votre nouveau régime? $

Type d'assurance vie individuelle demandé :

◯ Permanente
◯ Temporaire uniforme jusqu'à 65 ans non transformable
◯ Temporaire un an transformable et non renouvelable

Montant d'assurance à transformer : (Maximum de 200 000 $ – 400 000 $ pour les résidents du Québec – ou celui indiqué dans le contrat)

$

Fréquence de paiement des primes :

◯ Annuelle
◯ Mensuelle (PAC requis – voir pages 8 et 9)

Renseignements sur le conjoint (Personne à assurer)

*Sélectionnez homme, femme ou non-binaire, selon votre sexe biologique actuel.
Aux fins de la présente proposition, le terme « non-binaire » ne fait pas référence à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à l'expression de genre ou à la perception de genre d'une personne.

**Nota : Au Québec, la désignation du conjoint en droit comme bénéficiaire est considérée comme irrévocable et toute autre désignation est considérée comme révocable, à moins d'avis contraire. Une désignation irrévocable ne peut être modifiée sans le consentement écrit du bénéficiaire.

Les pourcentages doivent totaliser 100 % pour être valides.

Prénom et nom de famille :

Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) :

Numéro de certificat du participant :

Sexe* :
◯ Homme ◯ Femme ◯ Non-binaire

Numéro d'assurance sociale (NAS) :

Prénom et nom du bénéficiaire** :
◯ Révocable ◯ Irrévocable
Lien avec le participant :
Pourcentage du capital : %

Prénom et nom du bénéficiaire** :
◯ Révocable ◯ Irrévocable
Lien avec le participant :
Pourcentage du capital : %

Prénom et nom du bénéficiaire** :
◯ Révocable ◯ Irrévocable
Lien avec le participant :
Pourcentage du capital : %

Nota : Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable. Veuillez joindre le consentement signé et daté au présent formulaire. **Il vous revient de vous assurer de la validité de votre désignation.**

Nouvel emploi :

Bénéficierez-vous d'une assurance vie collective auprès de votre nouvel employeur dans les 31 jours suivant la cessation de votre couverture? ◯ Oui ◯ Non

Quel sera le montant de votre assurance vie collective au titre de votre nouveau régime? $

Type d'assurance vie individuelle demandé :

◯ Permanente
◯ Temporaire uniforme jusqu'à 65 ans non transformable
◯ Temporaire un an transformable et non renouvelable

Montant d'assurance à transformer : (Maximum de 200 000 $ – 400 000 $ pour les résidents du Québec – ou celui indiqué dans le contrat)

$

Fréquence de paiement des primes :

◯ Annuelle
◯ Mensuelle (PAC requis – voir pages 8 et 9)

Renseignements sur les personnes à charge (Personnes à assurer)

(Résidents du Québec seulement)
S'il y a plus de deux personnes à charge, veuillez annexer une feuille distincte.

*Sélectionnez homme, femme ou non-binaire, selon votre sexe biologique actuel.
Aux fins de la présente proposition, le terme « non-binaire » ne fait pas référence à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à l'expression de genre ou à la perception de genre d'une personne.

**Nota : Au Québec, la désignation du conjoint en droit comme bénéficiaire est considérée comme irrévocable et toute autre désignation est considérée comme révocable, à moins d'avis contraire. Une désignation irrévocable ne peut être modifiée sans le consentement écrit du bénéficiaire.

Les pourcentages doivent totaliser 100 % pour être valides.

Prénom et nom de famille :

Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) :

Numéro de certificat du participant :

Sexe* :
◯ Homme ◯ Femme ◯ Non-binaire

Numéro d'assurance sociale (NAS) :

Prénom et nom du bénéficiaire** :
◯ Révocable ◯ Irrévocable
Lien avec le participant :
Pourcentage du capital : %

Prénom et nom du bénéficiaire** :
◯ Révocable ◯ Irrévocable
Lien avec le participant :
Pourcentage du capital : %

Prénom et nom du bénéficiaire** :
◯ Révocable ◯ Irrévocable
Lien avec le participant :
Pourcentage du capital : %

Nota : Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable. Veuillez joindre le consentement signé et daté au présent formulaire. **Il vous revient de vous assurer de la validité de votre désignation.**

Nouvel emploi :

Bénéficierez-vous d'une assurance vie collective auprès de votre nouvel employeur dans les 31 jours suivant la cessation de votre couverture? ◯ Oui ◯ Non

Quel sera le montant de votre assurance vie collective au titre de votre nouveau régime? $

Type d'assurance vie individuelle demandé :

◯ Permanente
◯ Temporaire uniforme jusqu'à 65 ans non transformable
◯ Temporaire un an transformable et non renouvelable

Montant d'assurance à transformer : (Maximum de 200 000 $ – 400 000 $ pour les résidents du Québec – ou celui indiqué dans le contrat)

$

Fréquence de paiement des primes :

◯ Annuelle
◯ Mensuelle (PAC requis – voir pages 8 et 9)

Suite à la page suivante.

Renseignements sur les personnes à charge (Personnes à assurer) (suite)

*Sélectionnez homme, femme ou non-binaire, selon votre sexe biologique actuel.

Aux fins de la présente proposition, le terme « non-binaire » ne fait pas référence à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à l'expression de genre ou à la perception de genre d'une personne.

**Nota : Au Québec, la désignation du conjoint en droit comme bénéficiaire est considérée comme irrévocable et toute autre désignation est considérée comme révocable, à moins d'avis contraire. Une désignation irrévocable ne peut être modifiée sans le consentement écrit du bénéficiaire.

Les pourcentages doivent totaliser 100 % pour être valides.

Prénom et nom de famille :

Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : | Numéro de certificat du participant : | Sexe* : ◯ Homme ◯ Femme ◯ Non-binaire | Numéro d'assurance sociale (NAS) :

Prénom et nom du bénéficiaire** : ◯ Révocable ◯ Irrévocable | Lien avec le participant : | Pourcentage du capital : %

Prénom et nom du bénéficiaire** : ◯ Révocable ◯ Irrévocable | Lien avec le participant : | Pourcentage du capital : %

Prénom et nom du bénéficiaire** : ◯ Révocable ◯ Irrévocable | Lien avec le participant : | Pourcentage du capital : %

Nota : Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable. Veuillez joindre le consentement signé et daté au présent formulaire. **Il vous revient de vous assurer de la validité de votre désignation.**

Nouvel emploi :

Bénéficierez-vous d'une assurance vie collective auprès de votre nouvel employeur dans les 31 jours suivant la cessation de votre couverture? ◯ Oui ◯ Non

Quel sera le montant de votre assurance vie collective au titre de votre nouveau régime? $

Type d'assurance vie individuelle demandé :

◯ Permanente
◯ Temporaire uniforme jusqu'à 65 ans non transformable
◯ Temporaire un an transformable et non renouvelable

Montant d'assurance à transformer : (Maximum de 200 000 $ – 400 000 $ pour les résidents du Québec – ou celui indiqué dans le contrat)

$

Fréquence de paiement des primes :
◯ Annuelle
◯ Mensuelle (PAC requis – voir pages 8 et 9)

3. Déclaration, autorisation et consentement

Dans la présente section, **vous, votre** et **vos** renvoient au proposant.

À titre de proposant, je déclare que tous les renseignements présentés à l'appui de ma demande de transformation d'assurance vie sont à ma connaissance véridiques et complets. Je conviens également de ce qui suit :

1. Mon contrat individuel sera établi sur la foi de la présente demande et
2. Aucune déclaration de toute autre personne n'est opposable à Manuvie, à moins d'être ajoutée par écrit à la présente demande.

Veuillez lire attentivement la totalité de la présente section. On y explique comment vos renseignements personnels servent à établir et à administrer le ou les contrats que vous souhaitez souscrire. En signant ce formulaire, vous confirmez que vous autorisez et acceptez les façons dont nous recueillons, utilisons, communiquons et conservons vos renseignements personnels et que vous acceptez les conditions énoncées dans la présente demande. Vous ne pouvez modifier le libellé de la section 3 d'aucune façon. Toute tentative en ce sens sera sans effet. Si vous désirez révoquer votre consentement ou vous prévaloir de l'option de refus du marketing direct, consultez la section pertinente ci-dessous.

À Manuvie[i], la protection de vos renseignements personnels et le respect de votre vie privée nous tiennent à cœur.

« Nous », « notre », « nos » renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers aux sociétés affiliées et filiales.

Pourquoi recueillons-nous, utilisons-nous et divulguons-nous de vos renseignements personnels?
Dans le but d'établir et de gérer notre relation avec vous, de vous fournir des produits et des services, d'administrer nos activités et de respecter les exigences légales et réglementaires.

Quels renseignements personnels recueillons-nous?
Selon le produit ou le service, nous recueillons des renseignements personnels précis à votre sujet, notamment :

- Des renseignements permettant d'établir votre identité, comme votre nom, votre adresse, vos numéros de téléphone, votre adresse de courriel, votre date de naissance, votre numéro de permis de conduire, votre numéro de passeport ou votre numéro d'assurance sociale (NAS);
- Des renseignements financiers, des rapports d'enquête, des rapports d'évaluation du crédit ou des rapports de solvabilité;
- Des renseignements sur la façon dont vous utilisez nos produits et services, ainsi que des renseignements sur vos préférences, caractéristiques démographiques et champs d'intérêt;
- Des renseignements sur les services bancaires et l'emploi;
- Des renseignements médicaux que toute organisation ou personne possède à votre sujet;
- Toute analyse qui peut être nécessaire aux fins de tarification;
- D'autres renseignements personnels dont nous pourrions avoir besoin pour administrer vos produits et services et gérer notre relation avec vous.

Nous utilisons des moyens honnêtes et licites pour recueillir des renseignements personnels à votre sujet.

Où recueillons-nous des renseignements personnels à votre sujet?
Selon le produit ou le service, nous recueillons des renseignements personnels auprès de ces sources :

- Les demandes et formulaires que vous avez remplis;
- D'autres interactions entre vous et nous;
- D'autres sources, notamment :
  - Votre conseiller ou vos représentants autorisés;
  - Des tiers avec lesquels nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de vos produits ou services maintenant et dans l'avenir;
  - Des sources publiques, comme les organismes gouvernementaux, les agences d'évaluation du crédit et les sites Internet;
  - Des institutions financières;
  - MIB, LLC (anciennement Medical Information Bureau);
  - Les professionnels de la santé, notamment les médecins praticiens, les établissements de soins de santé, les pharmacies et tout autre établissement médical.

Suite à la page suivante.

3. Déclaration, autorisation et consentement (suite)

À quelles fins utilisons-nous vos renseignements personnels?

Selon le produit ou le service, nous utiliserons vos renseignements personnels pour :

- Administrer les produits et services que nous vous fournissons et gérer notre relation avec vous;
- Confirmer votre identité et vérifier l'exactitude des renseignements que vous nous fournissez;
- Évaluer votre demande;
- Respecter les exigences légales et réglementaires;
- En apprendre davantage sur vous et sur la manière dont vous préférez faire affaire avec nous;
- Analyser des données pour prendre des décisions et mieux comprendre nos clients afin d'améliorer les produits et les services que nous fournissons;
- Mener des audits et des enquêtes, et vous protéger contre la fraude;
- Déterminer votre admissibilité à d'autres produits et services qui sont susceptibles de vous intéresser, et vous fournir des précisions sur ces produits et services;
- Automatiser le traitement pour nous aider à prendre des décisions concernant vos interactions avec nous, comme les demandes, les approbations ou les refus.

À qui communiquons-nous vos renseignements?

Selon le produit ou le service, nous communiquons vos renseignements personnels :

- Aux personnes, institutions financières, réassureurs et autres parties avec lesquelles nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de votre produit ou service maintenant et dans l'avenir;
- Aux employés, agents et représentants autorisés;
- À votre conseiller et à ses employés, et à toute agence qui a signé une entente avec nous et qui dispose du droit de superviser, directement ou indirectement, votre conseiller et ses employés;
- Votre employeur ou votre promoteur de régime et ses agents autorisés, conseillers et fournisseurs de services de régime;
- À toute personne ou à toute organisation à qui vous avez donné votre consentement;
- Aux personnes autorisées par la loi à consulter vos renseignements personnels;
- Aux fournisseurs de services qui ont besoin de ces renseignements pour nous fournir leurs services (par exemple des services de traitement des données, de programmation, de stockage des données, d'étude de marché, d'impression, de distribution, de soins paramédicaux et d'enquête);
- À votre médecin;
- Aux autorités de santé publique, au besoin.

Sauf lorsqu'il y a des restrictions contractuelles, les personnes, organisations et fournisseurs de services susmentionnés se trouvent au Canada et dans des territoires à l'étranger. Par conséquent, vos renseignements personnels peuvent faire l'objet de transferts interprovinciaux ou transfrontaliers afin de vous fournir des services et sont ainsi soumis aux lois de ces territoires.

Lorsque nous transmettons des renseignements personnels à nos fournisseurs de services, nous exigeons qu'ils les protègent de façon conforme à nos politiques et pratiques en matière de protection des renseignements personnels.

Retrait de votre consentement

Vous pouvez retirer votre consentement à notre utilisation de vos renseignements personnels à certaines fins, sous réserve des restrictions juridiques et contractuelles.

Vous ne pouvez pas retirer votre consentement à ce que nous recueillions, utilisions, communiquions ou divulguions les renseignements personnels qui nous sont nécessaires pour émettre ou administrer vos produits et services. Si vous le faites, il se peut que nous ne puissions pas vous fournir les produits ou services demandés ou que nous traitions le retrait de votre consentement comme une demande de résiliation ou refus du produit ou du service.

Si vous souhaitez retirer votre consentement, veuillez téléphoner à notre Centre de service à la clientèle au **1 888 Manuvie (626-8843)** au Québec, ou au **1 888 Manulife (626-8543)** à l'extérieur du Québec au Québec, ou écrire au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse indiquée ci-dessous.

Exactitude

Il est de votre responsabilité de nous informer de tout changement concernant vos coordonnées. Veuillez nous contacter si vos informations ont changé ou si vous devez corriger des inexactitudes.

Accès

Vous avez le droit de consulter les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet, d'en vérifier l'exactitude et au besoin d'y faire apporter les corrections appropriées. Vous pouvez envoyer vos demandes à : **Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, P.O. Box 1602, Del Station 500-4 - A,Waterloo, Ontario N2J 4C6** ou à **Canada_Privacy@manulife.ca**.

Pour en savoir plus, consultez notre **politique de protection des renseignements personnels de la Division canadienne de Manuvie**. Veuillez noter qu'il est impossible de garantir la protection des communications par courriel. Ne nous envoyez pas de renseignements de nature confidentielle par courriel.

[i]Les termes Manuvie, « nous », « notre », « nos » renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers – activités de la Division canadienne, à Placements Manuvie inc., à Placements Manuvie Services d'investissement inc., à Placements Manuvie Assurance inc., à Gestion d'actifs Manuvie limitée, à Compagnie d'assurance Manuvie du Canada, à La Nord-américaine, première compagnie d'assurance, à Banque Manuvie du Canada, et aux sociétés affiliées de ces entités.

Fait à (ville) : _____ Date (jj/mmmm/aaaa) : _____ Signature du témoin (autre que les assurés) : _____

Signature du participant : _____ Signature du conjoint (si une demande est présentée à son égard) : _____

Demande de prélèvement automatique sur le compte (PAC)

Dans la présente section, **vous, votre** et **vos** renvoient aux titulaires du compte bancaire sur lequel seront effectués les prélèvements mensuels automatiques. En nous demandant d'établir un plan de prélèvement automatique sur le compte (PAC) pour effectuer les paiements périodiques, vous convenez de ce qui suit :

- vous nous autorisez à effectuer des prélèvements mensuels sur votre compte bancaire pour effectuer les paiements afférents au contrat;
- à moins d'avis contraire dans la présente entente, les prélèvements seront effectués à la date que vous avez indiquée ci-dessous;
- le montant des prélèvements variera; il peut être plus élevé si nécessaire pour couvrir les frais du contrat (exemple : s'il est prévu que les primes de votre contrat changent);
- **vous renoncez au droit de recevoir un préavis de 10 jours indiquant le montant et la date de chaque prélèvement automatique mensuel effectué sur votre compte.**

Type de compte : ◯ Épargne ◯ Chèques ◯ Autre

Numéro du compte : _____

Numéro de l'institution : _____

Numéro de domiciliation : _____

Nom et adresse de la banque, de la société de fiducie ou de la caisse populaire :

_____

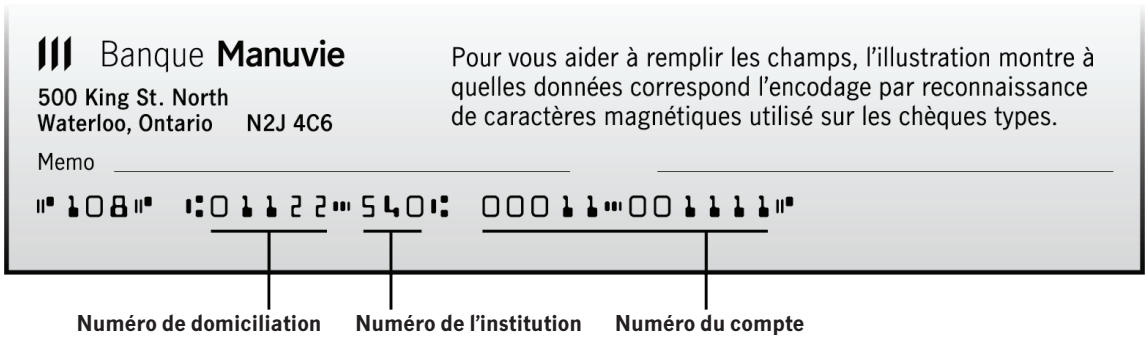
Veuillez vous assurer de joindre un chèque portant la mention « nul » et la prime du premier mois.

Nom du ou des titulaires du compte selon le registre de la banque (en caractères d'imprimerie, s.v.p.) :

_____

Jour du retrait (uniquement entre le 1er et le 28 du mois) (jj/mmmm/aaaa) : _____ _____ _____

◯ Veuillez prélever la prime initiale de _____ $ par prélèvement automatique sur le compte (PAC).



Conséquences si votre banque ou institution financière n'honore pas un prélèvement mensuel automatique

Si votre banque ou institution financière n'honore pas un prélèvement mensuel automatique, nous tenterons d'effectuer le prélèvement de nouveau dans les 30 jours. Si cette deuxième tentative échoue aussi, nous tenterons d'effectuer ce prélèvement en même temps que le prélèvement du mois suivant. Nous nous réservons le droit de mettre fin au plan sans délai si un prélèvement n'est pas honoré.

Modifications au plan de prélèvement automatique

Vous pouvez demander par téléphone ou par écrit que soit changé le montant du prélèvement mensuel automatique ou le compte bancaire sur lequel le retrait est effectué. Nous devons recevoir votre demande au moins trois jours avant la date du prochain prélèvement automatique. Le conseiller attitré au contrat peut également faire ces changements en votre nom.

Vie permanente

Dans le cas d'un contrat d'assurance vie permanente, nous avons le droit de changer la date du prélèvement mensuel pour que celle-ci précède d'au moins quatre jours le jour du traitement mensuel de votre contrat.

Renseignements concernant les prélèvements sur votre compte bancaire

Retraits personnels

Tous les prélèvements automatiques mensuels sur votre compte bancaire seront traités comme des retraits personnels selon la définition de Paiements Canada dans sa Règle H-1 (voir le site **www.paiements.ca**).

Fin de l'entente PAC

Vous pouvez et nous pouvons en tout temps mettre fin à l'entente PAC moyennant un préavis écrit de 10 jours, calculés à partir de la date à laquelle l'avis est posté. Pour obtenir un modèle de ce préavis ou pour tout complément d'information, veuillez communiquer avec votre banque ou institution financière ou visiter le site **www.paiements.ca**.

Prélèvements non autorisés

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 la présente entente. Pour de plus amples renseignements au sujet de vos droits de recours, communiquez avec votre banque ou institution financière ou visitez le site **www.paiements.ca**.

Vos renseignements personnels

Vous nous autorisez à recueillir, utiliser, communiquer et échanger tout renseignement personnel nécessaire pour remplir toute obligation relative aux prélèvements sur votre compte bancaire.

Suite à la page suivante.

Demande de prélèvement automatique sur le compte (PAC) (suite)

Pour obtenir de plus amples renseignements concernant les prélèvements sur votre compte bancaire

Si vous avez des questions ou des préoccupations à propos des prélèvements sur votre compte bancaire, n'hésitez pas à communiquer avec notre Centre de service à la clientèle au 1 888 626-8843, au Québec, ou au 1 888 626-8543, pour toutes les autres provinces. Pour obtenir de plus amples renseignements sur vos droits, communiquez avec votre banque, votre institution financière ou Paiements Canada, à l'adresse **www.paiements.ca**.

Confirmation

Vous confirmez que toutes les personnes dont la signature est exigée pour ce compte ont signé ci-dessous, y compris tous les cotitulaires du compte et tous les signataires autorisés d'une société. Le titulaire du compte sur lequel seront effectués les prélèvements doit signer ci-dessous pour autoriser les prélèvements. Si les prélèvements doivent être effectués sur un compte conjoint, les deux titulaires du compte doivent signer si votre banque ou institution financière exige les deux signatures. Si les prélèvements doivent être effectués sur un compte dont le titulaire est une société, fournissez des précisions sur le compte ainsi que la signature et le titre de deux signataires autorisés, ou la signature et le titre d'un signataire autorisé et le sceau de la société. Si la société n'a pas de sceau et que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société, veuillez signer dans la case où devrait signer le titulaire de compte n° 1 et apposer vos initiales dans la case prévue à cet effet.

Nom du titulaire de compte n° 1 ou du signataire autorisé n° 1 : _____ Date (jj/mmmm/aaaa) : _____

Signature du titulaire de compte n° 1 ou du signataire autorisé n° 1 : _____ Titre (s'il y a lieu) : _____

Initiales : _____ Apposez vos initiales ci-contre pour confirmer que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société et que celle-ci ne possède pas de sceau. Vous devez également signer ci-dessus.

Nom du titulaire de compte n° 2 ou du signataire autorisé n° 2 : _____ Date (jj/mmmm/aaaa) : _____

Signature du titulaire de compte n° 2 ou du signataire autorisé n° 2 : _____ Titre (s'il y a lieu) : _____

Renseignements sur l'agent (Ne remplir cette partie que si un agent est concerné.)

Nom de l'agent en titre : _____ Date (jj/mmmm/aaaa) : _____

Nom de la société : _____ Numéro de l'agent : _____

Adresse de la société : _____ Numéro de téléphone : ( ) _____ Poste : _____

Vous devez présenter un formulaire de demande dûment rempli et envoyer un paiement pour que le contrat puisse être établi.

Réinitialiser **Impression** **Enregistrer sous**

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