

Envoyer par la poste ou par télécopieur à :

Au Québec

Manuvie, Assurance individuelle
2000, rue Mansfield, bureau 1310
Montréal (Québec) H3A 3A1
Téléc. : 1 877 271-5494
manuvie.ca

Toutes les provinces sauf le Québec

Manulife, Individual Insurance
500 King Street North
P.O. Box 1669
Waterloo (Ontario) N2J 4Z6
Téléc. : 1 877 763-8834

Centre de service à la clientèle :

Au Québec 1-888-626-8843

Ailleurs au Canada 1-888-626-8543

À l'extérieur de l'Amérique du Nord : 1 416 687-4300 (à frais virés)

Demande de modification AUCUNE preuve d'assurabilité exigée

- *Nous, notre et nos* renvoient à l'assureur qui a établi le contrat indiqué ci-dessous.
- *Vous, votre et vos* renvoient au titulaire du contrat.
- Dans le cas d'un contrat Performax ou Performax Or, veuillez utiliser le formulaire *Demande de modification pour contrats Performax et Performax Or* (NN0739F PMAX).
- Dans le cas de Synergie, le mot *contrat* renvoie également à *solution*.
- Il est important de tenir à jour vos renseignements personnels. Non seulement cela nous aide-t-il à vous offrir le meilleur service possible, mais la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* l'exige. Veuillez nous informer si, par exemple, votre adresse, votre numéro de téléphone, votre courriel, votre profession ou la nature de vos activités principales, le propriétaire véritable, le conseil d'administration, le ou les signataires autorisés ou l'utilisation prévue du contrat ont changé.

				Date d'effet de la modification (le cas échéant) (jj/mmmm/aaaa)	
1 Renseignements généraux <i>Assuré renvoie à une personne assurée au titre du contrat ou d'une garantie complémentaire.</i>	Numéro du contrat	Code de la succursale	Nom du conseiller		Code du conseiller
	Nom de l'assuré (prénom et nom de famille)			Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
2a Modifications s'appliquant à tous les types de contrats * Si la modification concerne un contrat VU Manuvie avec capital-décès uniforme (date d'effet postérieure au 19 novembre 2021), nous devons remplacer ce dernier par un capital-décès de type capital assuré majoré et nous pourrions être tenus de demander une preuve d'assurabilité pour ce changement. ** Pour changer l'option du capital-décès pour l'option coût croissant, remplissez le formulaire <i>Demande de modification</i> (NN7001F). *** Pour remplacer l'option d'affectation des participations « En espèces » par « Assurance libérée », remplissez le formulaire <i>Demande de modification</i> (NN7001F). Important : Si vous changez l'option temporaire ou le supplément de protection pour une autre option de participations, votre couverture d'assurance temporaire annuelle sera résiliée. † Pour ajouter un beau-fils, une belle-fille ou un enfant adopté légalement à une garantie existante, ou si le contrat nécessite une preuve d'assurabilité pour chaque enfant, remplissez le formulaire <i>Demande de modification</i> (NN7001F).	☐ Corriger une date de naissance _____ remplacer _____ par _____ (soumettez une preuve de la date de naissance) (jj/mmmm/aaaa) (jj/mmmm/aaaa)				
	☐ Changer la couverture Coût 10 ans pour une couverture ☐ Coût uniforme ☐ Coût 20 ans ☐ Pour toutes les couvertures d'assurance ou ☐ Pour la ou les couvertures d'assurance numéro(s) _____ ☐ Faire passer le type de coût de « 10 ans renouvelable jusqu'à 65 ans » à « uniforme jusqu'à 65 ans » (Synergie seulement).				
	☐ Changer le type de couverture ou l'option de couverture (dans le cas de contrats Chèque-vie seulement) ☐ Pour 20 ans renouvelable ☐ De base ☐ Uniforme ☐ Permanent (paiement jusqu'à l'âge de 100 ans)				
	☐ Changer l'option de couverture (Temporaire Famille, Temporaire Famille avec <i>Vitalité</i> ^{MC} , Temporaire Famille avec <i>Vitalité Plus</i> ^{MC} , et Temporaire Entreprise seulement) ☐ Pour Temporaire 20 ans ou ☐ Temporaire jusqu'à 65 ans ou ☐ Temporaire viagère				
	☐ Durée du paiement des primes modifiée (offerte avec Vie Manuvie avec participation ou Vie Manuvie avec participation – <i>Vitalité Plus</i> ^{MC} seulement) ☐ Passage d'une durée du paiement des primes de 10 ans à 20 ans ☐ Passage d'une durée du paiement des primes de 10 ans à 20 ans ou jusqu'à l'âge de 90 ans				
	☐ Changer le coût de l'assurance annuel renouvelable (croissant) pour le coût de l'assurance uniforme* ☐ Pour toutes les couvertures d'assurance ou ☐ Pour la ou les couvertures d'assurance numéro(s) _____				
	☐ Changer l'option du capital-décès pour l'option coût uniforme**				
	☐ Changer la couverture conjointe premier décès pour une couverture conjointe dernier décès, coûts jusqu'au premier décès (contrats InnoVision portant la date du 21 avril 2007 ou une date ultérieure, seulement). ☐ Changer une couverture conjointe premier décès pour une couverture conjointe dernier décès, coûts jusqu'au dernier décès (InnoVision et VU Sécurité, seulement). Vous devez soumettre un projet informatisé signé et choisir l'une des options suivantes : ☐ Changer toutes les couvertures conjointes premier décès ou ☐ Changer _____ \$ de la couverture numéro _____				
	☐ Changer l'option de participations*** remplacer _____ par _____ Dans le cas d'un contrat Vie Manuvie avec participation et Vie Manuvie avec participation – <i>Vitalité Plus</i> , si vous choisissez l'option d'affectation des participations « En espèces », aucun paiement au titre de l'option Dépôts ne peut être affecté au contrat.				
	☐ Ajouter un enfant né d'un assuré à une garantie Protection des enfants existante† Nom de l'enfant _____ Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) _____ Sexe _____ ☐ Masculin ☐ Féminin				

2a Modifications s'appliquant à tous les types de contrats (suite)

^{††} Si la modification concerne un contrat VU Sécurité (portant une date antérieure au 25 septembre 2004) ou un contrat VU à prime temporaire, toute somme produite (remboursement partiel du coût ou valeur de rachat garantie libérée) par suite d'une modification apportée au contrat sera affectée aux comptes de placement de votre contrat. Pour retirer cette somme de votre contrat (sous réserve des règles fiscales et de nos règles administratives), cochez la case « Autre modification » et donnez des instructions de retrait.

☐	Résilier une couverture d'assurance ou de garantie complémentaire (veuillez préciser le numéro de couverture ou, s'il y a lieu, le nom de la garantie). _____
☐	Diminuer le montant d'une garantie complémentaire (veuillez préciser le nom de la garantie) _____ en le faisant passer de _____ \$ à _____ \$
☐	Retirer un assuré ^{††} (veuillez préciser le nom de l'assuré) _____
☐	Ramener le capital assuré [†] de _____ \$ à _____ \$, pour la couverture n° _____ Nouvelle prime (VU seulement) : _____ (indiquez le montant de la prime ou inscrivez « minimum ».)
☐	Diminuer le montant d'assurance d'une solution Synergie en le faisant passer de _____ \$ à _____ \$ Nota : Dans le cas d'une solution Synergie, seul le montant d'assurance Synergie peut être diminué.
☐	Changer le fonds (Placement-Plus seulement) remplacer _____ par _____ (nom du fonds) (nom du fonds)
☐	Transformer en assurance libérée réduite
☐	Autre modification (précisez; p. ex. modifier l'ordre des retraits.) _____
►► Pour les modifications s'appliquant uniquement aux contrats d'assurance invalidité, passez à la section 2b.	

2b Modifications additionnelles aux contrats d'assurance invalidité seulement

Ne pas remplir si les changements sont apportés à une solution Synergie.

☐	Renouveler la couverture d'assurance invalidité après l'âge de 65 ans (soumettez une lettre de l'employeur rédigée sur du papier à en-tête de l'entreprise, indiquant que l'assuré exerce un emploi rémunéré et travaille au moins 30 heures par semaine)
☐	Réduire la période d'indemnisation en la faisant passer de _____ à _____
☐	Prolonger la période d'attente en la faisant passer de _____ à _____

3 Signatures

Assuré(s) (ou père, mère ou tuteur, le cas échéant).

Titulaire(s) du contrat (autres que l'assuré)

Si le titulaire est une société par actions, nous exigeons :

- 2 signatures des signataires autorisés et titres ou
- 1 signature du signataire autorisé, titre et sceau de la société.

Si la société par actions n'a pas de sceau et que vous êtes la seule personne autorisée à signer en son nom, en plus de signer, vous devez apposer vos initiales dans la case prévue à cet effet.

Nous recueillons, utilisons et divulguons les renseignements personnels fournis dans le but de traiter votre demande, d'établir et de gérer notre relation avec vous, de vous fournir des produits et des services, d'administrer notre entreprise et de nous conformer aux exigences légales et réglementaires.

Nous recueillons des renseignements personnels auprès de vous, de votre conseiller ou de vos représentants autorisés, des tiers que vous autorisez à partager des renseignements avec nous ou qui fournissent, entretiennent et administrent vos produits et services maintenant ou à l'avenir, ainsi que des sources publiques.

Nous divulguons vos renseignements personnels à nos employés, agents, représentants, institutions financières, réassureurs et autres parties avec lesquelles nous faisons affaire dans le cadre de l'émission et de l'administration de vos produits et services, maintenant et à l'avenir. En outre, nos employés ou fournisseurs de services qui ont besoin de ces informations pour exécuter leurs services pour nous (par exemple, traitement de données, programmation, stockage de données, études de marché, services d'impression et de distribution, agences paramédicales et d'enquête).

À moins qu'il n'y ait des restrictions contractuelles, vos renseignements personnels peuvent être consultés ou transférés au Canada ou à l'étranger et peuvent être assujettis aux lois de ces juridictions. Vous pouvez retirer votre consentement, sous réserve des restrictions légales et contractuelles. Vous avez également le droit d'accéder à vos renseignements personnels conservés dans nos dossiers et de les corriger. Pour de plus amples renseignements, vous pouvez consulter notre **Politique de confidentialité canadienne** à l'adresse manulife.ca ou nous envoyer un courriel à l'adresse Canada_Privacy@Manulife.ca.

Des questions ? Veuillez téléphoner à notre centre de service à la clientèle:

Au Québec 1-888-626-8843

Ailleurs au Canada 1-888-626-8543

À l'extérieur de l'Amérique du Nord : 1 416 687-4300 (à frais virés)

En signant ci-dessous :

- Vous nous demandez d'apporter les modifications ou suppressions indiquées ci-dessus au contrat mentionné à la section 1; vous nous autorisez, au besoin, à modifier le contrat;
- Vous, tout bénéficiaire irrévocable et tout cessionnaire en garantie ou créancier hypothécaire convenez que les modifications peuvent influencer sur la date d'expiration de la couverture, sur le montant des prestations ainsi que sur le moment et les conditions auxquels elles deviendront payables au titre de votre contrat;
- Vous, l'assuré, tout bénéficiaire irrévocable et tout cessionnaire en garantie ou créancier hypothécaire convenez qu'une télécopie du présent formulaire constitue un consentement valide au traitement des modifications demandées;
- Si les primes du contrat sont acquittées par prélèvement mensuel automatique sur le compte, les titulaires du compte bancaire sur lequel seront effectués les prélèvements conviennent que :
 - toute somme remboursée par suite de la modification apportée sera déposée dans le même compte à moins d'indications contraires; et
 - nous pouvons porter le montant des prélèvements au montant nécessaire pour maintenir votre contrat en vigueur par suite de la modification apportée; **ils renoncent au droit de recevoir un avis de 10 jours indiquant le montant du prélèvement mensuel.**

Signature de l'assuré		Signature du témoin		Date (jj/mmmm/aaaa)
X		X		
Signature du titulaire du contrat	Titre	Signature du témoin		Date (jj/mmmm/aaaa)
X		X		
Signature du titulaire du contrat	Titre	Signature du témoin		Date (jj/mmmm/aaaa)
X		X		
Signature du bénéficiaire irrévocable		Signature du témoin		Date (jj/mmmm/aaaa)
X		X		
Signature du cessionnaire en garantie/ créancier hypothécaire	Titre	Signature du témoin		Date (jj/mmmm/aaaa)
X		X		
Signature du cessionnaire en garantie/ créancier hypothécaire	Titre	Signature du témoin		Date (jj/mmmm/aaaa)
X		X		
Nom du titulaire de compte n° 1 (prénom et nom de famille) ou dénomination sociale complète dans le cas d'une personne morale, (y compris les mentions « Cie », etc.) (si cette personne n'a pas déjà signé ci-dessus)		Nom du titulaire de compte n° 2 (prénom et nom de famille) (si cette personne n'a pas déjà signé ci-dessus)		
Signature du titulaire de compte n° 1		Signature du titulaire de compte n° 2		
X		X		
Initiales	Apposez vos initiales ci-contre pour confirmer que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société par actions et que celle-ci ne possède pas de sceau. Vous devez également signer ci-dessus.			

