

Veuillez envoyer le présent formulaire dûment rempli à :

Prestations du vivant – Services de gestion des documents
P.O. Box 1602 STN Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4C6

manuvie.ca

Maladie grave
Déclaration du demandeur

- Vous, votre et vos renvoient à l'assuré.
- Nous, notre et nos renvoient à l'assureur qui a établi le contrat indiqué à la section 1.
- Répondre à toutes les questions. L'omission de renseignements pourrait retarder le traitement de la demande de règlement.
- Pour toute question, composer le 1 866 575-0684.
- Écrire lisiblement, en caractères d'imprimerie.

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 personnels	Numéro du contrat		Nom de l'assuré (prénom et nom de famille)		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
	Adresse (numéro et rue)					App.
	Ville		Province	Code postal	Numéro de téléphone au domicile	
	Nom de l'employeur					
	Adresse (numéro et rue)					
	Ville		Province	Code postal	Numéro de téléphone de l'employeur	
	Titre du poste			Nature de l'emploi		
	Êtes-vous travailleur autonome? ☐ Oui ☐ Non			Votre revenu mensuel avant la maladie, après déduction des frais d'entreprise mais avant déduction de l'impôt sur le revenu. \$		
2 Renseignements sur le sinistre	1. Décrivez en détail la nature et la gravité de l'affection.					
	2. À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus?				Date (jj/mmmm/aaaa – par exemple, 01/OCT/2025)	
	Décrivez ces symptômes.					
	3. À quelle date un médecin a-t-il été consulté pour la première fois en raison de l'affection?				Date (jj/mmmm/aaaa)	
	Nom du médecin consulté			Numéro de téléphone		
Adresse du médecin						
4. Était-il le médecin habituel de l'assuré? ☐ Oui ☐ Non						
5. A-t-on procédé à des tests ou à des investigations? ☐ Oui ☐ Non						
Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions et les dates.						
6. À quelle date l'affection a-t-elle été diagnostiquée?				Date (jj/mmmm/aaaa)		
7. Si une chirurgie a été nécessaire, à quelle date a-t-elle été pratiquée?				Date (jj/mmmm/aaaa)		

2 Renseignements sur le sinistre (suite)

8. L'assuré a-t-il précédemment souffert d'une affection similaire ou connexe ou été traité à cet égard? ☐ Oui ☐ Non
Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions et les dates.
9. Si le sinistre résulte d'un accident, veuillez décrire celui-ci et joindre une copie du rapport de police.

3 Renseignements sur les consultations médicales

1. Médecin que vous consultez régulièrement ou clinique où vous vous rendez régulièrement :

Nom	Adresse

2. Médecins ou spécialistes consultés en raison de l'affection :

Nom	Adresse	Date de consultation (jj/mmmm/aaaa)

3. Si l'assuré a été traité dans un hôpital ou un autre établissement similaire, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'hôpital	Ville	Date d'admission (jj/mmmm/aaaa)	Date de sortie (jj/mmmm/aaaa)

4. Quel autre traitement l'assuré a-t-il reçu ou reçoit-il actuellement en raison de son affection? (p. ex. médicaments, thérapie, etc.)

Type de traitement	Établissement/Médecin prescripteur	Date (jj/mmmm/aaaa)

4 Renseignements généraux

1. Un membre de la famille immédiate de l'assuré (père, mère, frère ou soeur) a-t-il déjà souffert d'une affection similaire ou connexe? Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Lien de parenté	Nom de l'affection	Date à laquelle l'affection a été diagnostiquée pour la première fois (jj/mmmm/aaaa)

2. L'assuré est-il couvert par un contrat d'une autre société prévoyant le versement d'une prestation pour l'affection faisant l'objet de la présente demande de règlement? Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'assureur	Numéro du contrat	Type de garantie	Montant de la couverture	Une demande de règlement a-t-elle été soumise?	Date d'établissement (jj/mmmm/aaaa)
			\$	☐ Oui ☐ Non	
			\$	☐ Oui ☐ Non	
			\$	☐ Oui ☐ Non	

4 Renseignements généraux (suite)	3. L'assuré fait-il usage d'une forme quelconque de tabac, de marijuana, de produits de nicotine ou de succédanés de nicotine? ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, indiquez la quantité par jour. _____ Depuis combien de temps en fait-il usage? _____ Dans la négative, l'assuré en a-t-il déjà fait usage? ☐ Oui ☐ Non À quelle date l'assuré a-t-il cessé d'en faire usage? Date (jj/mmmm/aaaa) 4. Veuillez fournir ci-dessous tout renseignement supplémentaire à l'appui de votre demande. _____ _____
5 Autorisation, consentement et signatures La présente section porte sur l'usage que nous faisons de vos renseignements personnels; veuillez la lire attentivement. En apposant votre signature à la page 5, vous nous autorisez à recueillir, à utiliser, à communiquer et à conserver vos enseignements personnels et vous acceptez les méthodes par lesquelles nous le faisons.	À Manuvie[†], 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 que vous avez demandé, 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? • Les demandes et formulaires que vous avez remplis ainsi que les enregistrements des entretiens téléphoniques; • D'autres interactions entre vous et la Compagnie; • 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. <i>(Suite à la page suivante)</i>

5 Autorisation, consentement et signatures (suite)

Vous pouvez demander un exemplaire de nos politiques et pratiques concernant le traitement des renseignements personnels en communiquant avec notre Bureau de la protection des renseignements personnels ou en visitant le manuvie.ca (sous « Politique de confidentialité »).

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 traitons 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.

(Suite à la page suivante)

5 Autorisation, consentement et signatures (suite) Vous pouvez demander un exemplaire de nos politiques et pratiques concernant le traitement des renseignements personnels en communiquant avec notre Bureau de la protection des renseignements personnels ou en visitant le manuvie.ca (sous « Politique de confidentialité »).	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 Stn 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. Si vous avez une préoccupation ou une plainte Vous confirmez avoir été informé de votre droit de poser toute question ou d'exposer toute préoccupation que vous pourriez avoir à votre conseiller ou au personnel de notre siège social; de plus amples renseignements sur notre processus de règlement des plaintes figurent dans notre site manuvie.ca sous la rubrique <i>Communiquez avec nous</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.
Signatures	Veuillez revoir la présente demande, y compris les autorisations et conventions des pages 3, 4 et 5, et signer ci-dessous. En signant ci-dessous, vous confirmez que : • Vous avez lu la présente demande et que les déclarations qu'elle contient sont complètes, à jour et exactes; • Vous acceptez les conditions de la présente déclaration du demandeur; • Vous donnez toutes les autorisations et tous les consentements décrits dans la présente déclaration du demandeur; • Vous convenez qu'une copie de la présente autorisation est aussi valide que l'original. Conformément à la législation en vigueur dans certaines provinces, nous sommes tenus de vous informer que le délai à respecter pour entamer une poursuite en justice est indiqué dans la Loi sur les assurances de votre province ou dans toute autre loi à laquelle est soumise votre demande de règlement. Nom de l'assuré (en caractères d'imprimerie) Signature de l'assuré X Date (jj/mmmm/aaaa) Signature du bénéficiaire (dans les territoires de compétence applicables) ou d'un représentant légal si l'assuré est mineur ou inapte (joindre les documents pertinents) X Date (jj/mmmm/aaaa)
6 Autorisation de communiquer des renseignements Une copie de la présente partie dûment remplie et signée sera remise aux hôpitaux ou autres organismes et tiendra lieu d'autorisation à nous communiquer des renseignements pour les besoins de la présente demande de règlement.	<i>Vous, votre et vos</i> renvoient à l'assuré. Nous, notre et nos renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie). En signant ci-dessous, vous donnez l'autorisation et demandez aux médecins, praticiens, professionnels des soins de santé, hôpitaux, cliniques et autres établissements médicaux et paramédicaux, aux sociétés d'assurance, au Bureau de renseignements médicaux et à tout autre organisme ou toute autre institution, association ou personne possédant des renseignements ou des dossiers sur vous ou votre état de santé, de nous les communiquer ou de les communiquer aux réassureurs concernés. ATTENTION : Toute référence aux mises à l'essai, tests, résultats de test ou examens dans la présente section exclut les tests génétiques. Un test génétique est défini comme l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de la maladie ou des risques verticaux de transmission des risques, la surveillance, le diagnostic et le pronostic. Fait à (ville) Date (jj/mmmm/aaaa) Signature de l'assuré X Signature du témoin X