

Envoyer le formulaire dûment rempli par la poste ou
par télécopieur à Manuvie, Assurance individuelle :

Au Québec

Siège du Québec
2000, rue Mansfield, bur. 1310
Montréal (Québec) H3A 3A1
Télec. : 1 877 271-5494

Toutes les provinces sauf le Québec

500 King Street North
P.O. Box 1669
Waterloo (Ontario) N2J 4Z6
Télec. : 1 877 763-8834

Demande de remise en vigueur d'un contrat d'assurance vie tombé en déchéance dans les six derniers mois

- *Vous, votre, et vos* renvoient au titulaire du contrat, sauf indication contraire. *Nous, notre, et nos* renvoient à l'assureur qui a établi le contrat indiqué à la section 1.
- Utilisez le présent formulaire pour demander la remise en vigueur d'un contrat d'assurance vie qui est tombé en déchéance au cours des six derniers mois. Utilisez le formulaire *Demande de modification*, NN7001F (ou *Temporaire Manuvie à émission rapide*^{MD} *Demande de modification*, NN7011F, s'il y a lieu) pour demander la remise en vigueur d'un contrat qui est tombé en déchéance il y a plus de six mois.
- Nous pouvons exiger une preuve d'assurabilité supplémentaire pour remettre votre contrat en vigueur.
- Si vous avez des questions sur la marche à suivre pour remplir le présent formulaire, veuillez communiquer avec votre conseiller ou avec notre Centre de service à la clientèle, au 1 888 626-8843 au Québec, ou au 1 888 626-8543 dans les autres provinces. À l'extérieur de l'Amérique du Nord, appelez-nous à frais virés au 1 416 687-4300. Rendez-vous à l'adresse manuvie.ca pour obtenir des précisions.

1 Renseignements sur le contrat	Nom du titulaire du contrat (prénom et nom de famille)			Numéro du contrat		
	Nom du conseiller (prénom et nom de famille)			Code du conseiller		Code de la succursale
	Nom de l'assuré « A » (prénom et nom de famille)			Date de naissance (jj/mmmm/aaaa par exemple, 23/JUIL/1948)		
	Adresse		Ville	Province	Code postal	
	Nom de l'assuré « B » (prénom et nom de famille)			Date de naissance (jj/mmmm/aaaa par exemple, 23/JUIL/1948)		
	Adresse		Ville	Province	Code postal	
2 Preuve d'assurabilité	Dans la présente section, <i>vous, votre</i> et <i>vos</i> renvoient à l'assuré au titre du contrat, y compris tout assuré au titre d'une garantie Protection des enfants ou d'une autre garantie.			Personne à assurer « A »	Personne à assurer « B »	Enfants à assurer au titre d'une garantie d'enfants
	1. Au cours de l'année qui vient de s'écouler, avez-vous été hospitalisé ou admis dans un autre établissement médical, subi une intervention chirurgicale ou reçu une recommandation à ces fins?			☐ Non ☐ Oui	☐ Non ☐ Oui	☐ Non ☐ Oui
	2. Au cours de l'année qui vient de s'écouler, avez-vous été traité pour une maladie du cœur, le diabète, un accident vasculaire cérébral ou un cancer, ou un professionnel de la santé vous a-t-il recommandé de vous faire traiter pour l'une de ces affections?			☐ Non ☐ Oui	☐ Non ☐ Oui	☐ Non ☐ Oui
	3. Au cours de l'année qui vient de s'écouler, vous êtes-vous absenté du travail pendant plus de 10 jours consécutifs en raison d'un accident ou d'une maladie, quels qu'ils soient?			☐ Non ☐ Oui	☐ Non ☐ Oui	☐ Non ☐ Oui
	4. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de trouble du système immunitaire, y compris de sida ou de para-sida, ou d'hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques, ou avez-vous déjà subi des tests dont les résultats ont révélé que vous pourriez avoir été exposé au virus du sida (c.-à-d. VIH, HTLV-III, LAV)?			☐ Non ☐ Oui	☐ Non ☐ Oui	☐ Non ☐ Oui
	5. Une assurance vie, invalidité, maladies graves ou soins de longue durée vous a-t-elle déjà été refusée ou offerte avec une couverture restreinte ou moyennant une surprime?			☐ Non ☐ Oui	☐ Non ☐ Oui	☐ Non ☐ Oui
Précisions	Si vous avez répondu <i>Oui</i> à l'une des questions de la section 2, veuillez fournir des précisions ci-dessous en indiquant le numéro de la question visée, les dates ainsi que le nom et l'adresse de tout médecin que vous avez consulté, le cas échéant. Si vous avez besoin de plus d'espace, vous pouvez joindre une feuille distincte que vous aurez pris soin de dater et de signer en présence d'un témoin.					

3 Autorisations, conventions et signatures

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.

Veuillez lire la présente section attentivement et en entier. On y explique comment vos renseignements personnels servent à établir et à administrer le contrat d'assurance que vous avez demandé.

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.

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.

suite...

3 Autorisations, conventions et signatures (suite)

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)** ou au **1 888 MANULIFE (626-8543)** 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 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.

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.

suite...

3 Autorisations, conventions et signatures (suite)

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 *Communiquez avec nous*.

Conditions relatives à la remise en vigueur d'un contrat

Si nous acceptons de remettre votre contrat en vigueur, le présent formulaire fera partie intégrante de ce document.

Le présent formulaire de demande de remise en vigueur comprend les pages 1 à 5, toutes les réponses que vous avez fournies, ainsi que toutes les déclarations écrites soumises à l'égard de votre demande.

En signant à la page suivante, vous convenez de ce qui suit :

- Vous nous demandez de remettre en vigueur le contrat indiqué à la page 1 du présent formulaire.
- La remise en vigueur d'un contrat prend effet lorsque la somme qui nous est due à la suite de celle-ci est payée et que la demande de remise en vigueur est approuvée par nous à notre siège social, pourvu qu'il n'y ait eu aucun changement dans l'assurabilité des assurés depuis que la présente demande de remise en vigueur a été remplie.
- Nous avons le droit de contester la validité d'une remise en vigueur si un assuré ou un titulaire de contrat a fait une fausse déclaration, dans un but frauduleux ou non, soit en omettant de nous informer d'un fait déterminant, soit en présentant de façon inexacte un fait déterminant dans une demande, lors d'un examen médical ou dans tout autre élément d'information nous ayant été soumis comme preuve d'assurabilité.
- La période de contestabilité de toute couverture d'assurance correspond aux deux premières années qui courent à partir des dates suivantes :
 - Date d'effet d'une modification que vous avez demandée et qui nécessite l'actualisation de la preuve d'assurabilité touchant à la couverture visée;
 - Date de la dernière remise en vigueur du contrat;
 - Date d'établissement de la couverture.
- En cas de déclaration inexacte de l'âge ou du sexe d'un assuré, toute prestation payable au titre d'une couverture d'assurance ou de garantie complémentaire établie sur la tête de cet assuré est portée ou ramenée au montant d'assurance que nous aurions payé selon la dernière prime payée pour cette couverture et selon le montant d'assurance que cette prime aurait permis de souscrire selon l'âge ou le sexe véritables de l'assuré. Dans le cas où nous n'aurions pas établi la couverture, nous avons le droit de déclarer la couverture invalide au cours de la période prévue par la loi.
- En cas de fraude, nous pouvons contester en tout temps.
- Les autorisations que vous accordez demeureront en vigueur après le décès du titulaire du contrat et des assurés, afin que nous puissions étudier toute demande de règlement au titre du contrat et nous conformer aux exigences des lois.
- Si le contrat est tombé en déchéance dans les trois derniers mois et si les primes étaient acquittées ou les paiements étaient effectués au moyen d'un plan de prélèvement mensuel automatique sur le compte, nous rétablirons le plan, auquel cas les titulaires du compte bancaire sur lequel seront effectués les prélèvements :
 - Conviennent que nous pouvons porter le montant des prélèvements au montant nécessaire pour maintenir le contrat en vigueur par suite de la remise en vigueur;
 - **Renoncent au droit de recevoir un avis de 10 jours indiquant le montant du prélèvement mensuel.**

Si le contrat est tombé en déchéance il y a plus de trois mois et si les primes du contrat étaient acquittées par prélèvement mensuel automatique sur le compte, le payeur doit remplir le formulaire *Demande d'établissement d'un nouveau plan de prélèvement mensuel automatique ou de modification d'un plan existant* (NN0312F), pour confirmer les renseignements nécessaires à l'établissement du plan de prélèvement automatique relatif au contrat remis en vigueur.

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

- 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 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.

Communication de vos renseignements personnels à votre conseiller

- Si nos constatations concernant votre tension artérielle, votre taux de cholestérol ou votre rapport taille-poids influent sur l'étude de votre demande de modification ou de remise en vigueur, nous pouvons communiquer ces renseignements à votre conseiller.
- Si les renseignements que vous fournissez dans la demande ou au cours d'un entretien téléphonique ou d'un examen paramédical influent sur l'étude de votre demande de modification ou de remise en vigueur, nous pouvons indiquer à votre conseiller à quoi les renseignements visés ont trait (à vos antécédents familiaux, à votre dossier médical ou à votre style de vie).

☐ Vous consentez à ce que nous communiquions ces renseignements à votre conseiller, comme décrit ci-dessus, et à ce que celui-ci les utilise pour discuter avec vous de vos diverses options d'assurance. Sinon, cochez la case appropriée ci-dessous.

L'assuré « A » ne donne pas son consentement. ☐

L'assuré « B » ne donne pas son consentement. ☐

Signatures

Veuillez revoir la présente demande, y compris les autorisations et conventions, et signer ci-dessous.

En signant ci-dessous, vous confirmez ce qui suit :

- Vous comprenez que la remise en vigueur n'est approuvée que sous réserve des dispositions du contrat et de nos règles administratives en vigueur;
- Vous avez lu la présente demande et vous confirmez que les déclarations qu'elle contient sont complètes, à jour et exactes; vous nous aviserez sans délai de toute erreur ou omission;
- Vous acceptez les conditions énoncées dans la présente demande;
- Une copie du présent document est aussi valide que l'original.

Fait à (ville et province)		Date (jj/mmmm/aaaa par ex. 23/JUIL/2023)	
Signature de l'assuré « A » X		Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature de l'assuré « B » X		Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature du titulaire du contrat (s'il ne s'agit ni de l'assuré « A » ni de l'assuré « B »)* X Titre (s'il y a lieu)		Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature du titulaire du contrat (s'il ne s'agit ni de l'assuré « A » ni de l'assuré « B »)* X Titre (s'il y a lieu)		Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)
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.		

Nom du titulaire de compte n° 1 (prénom et nom de famille) (si cette personne n'a pas signé ci-dessus)		Nom du titulaire de compte n° 2 (prénom et nom de famille) (si cette personne n'a pas signé ci-dessus)	
Signature du titulaire de compte n° 1* ✕		Signature du titulaire de compte n° 2* ✕	
Titre (s'il y a lieu)		Titre (s'il y a lieu)	
Dans le cas d'une société par actions : dénomination sociale complète (y compris les mentions « Cie », « limitée », « inc. », etc.)			
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.		

**Cette page a été
laissée en blanc
intentionnellement.**

Autorisation de communiquer des renseignements – Assuré « A »

Vous, votre et vos renvoient aux personnes à assurer et au père, à la mère ou au tuteur des enfants à assurer âgés de moins de 18 ans. 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 de la santé, hôpitaux, cliniques et autres établissements paramédicaux, aux sociétés d'assurance, au Bureau de renseignements médicaux et à tout autre organisme, institution, association ou personne possédant des renseignements ou des dossiers sur vous ou votre état de santé, ou sur vos enfants ou leur état de santé, le cas échéant, de les partager avec nous ou avec les réassureurs concernés. Vous nous autorisez également, nous ou nos réassureurs, à faire au MIB, LLC un bref rapport sur vos renseignements médicaux.

Fait à (ville)	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature de l'assuré « A » X	
Signature du témoin X	

Si l'assuré a moins de 18 ans :

Lien avec l'assuré :

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur

Signature de la mère, du père ou du tuteur X
Signature du témoin X

Autorisation de communiquer des renseignements – Assuré « B »

Vous, votre et vos renvoient aux personnes à assurer et au père, à la mère ou au tuteur des enfants à assurer âgés de moins de 18 ans. 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 de la santé, hôpitaux, cliniques et autres établissements paramédicaux, aux sociétés d'assurance, au Bureau de renseignements médicaux et à tout autre organisme, institution, association ou personne possédant des renseignements ou des dossiers sur vous ou votre état de santé, ou sur vos enfants ou leur état de santé, le cas échéant, de les partager avec nous ou avec les réassureurs concernés. Vous nous autorisez également, nous ou nos réassureurs, à faire au MIB, LLC un bref rapport sur vos renseignements médicaux.

Fait à (ville)	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature de l'assuré « B » X	
Signature du témoin X	

Si l'assuré a moins de 18 ans :

Lien avec l'assuré :

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur

Signature de la mère, du père ou du tuteur X
Signature du témoin X



Note de couverture

Somme reçue \$

La prime doit être payée par chèque; le chèque doit être libellé à l'ordre de la Financière Manuvie et tiré sur un compte en dollars canadiens ouvert auprès d'une institution financière canadienne.

En signant ci-dessous, le conseiller confirme que ce paiement s'applique à toute assurance vie demandée dans le présent document et couvrant les personnes nommées ci-dessous.

Nom de l'assuré « A » (prénom et nom de famille)		Nom de l'assuré « B » (prénom et nom de famille)	
Montant total de la couverture d'assurance demandée \$	Date (jj/mmmm/aaaa)	Signature du conseiller X	



Détacher et remettre au titulaire du contrat



MIB, LLC

Nous estimons que les renseignements contenus dans votre proposition sont confidentiels. Cependant, Manuvie ou ses réassureurs chargés de votre contrat peuvent faire un rapport à MIB LLC en se basant sur votre demande, ou à d'autres sociétés d'assurance auxquelles vous soumettez une proposition d'assurance vie, invalidité ou maladies graves ou auxquelles une demande de règlement a été présentée.

MIB LLC exploite un système d'échange de renseignements pour le compte des compagnies d'assurance membres de MIB Group Inc. Si vous présentez une proposition d'assurance vie, invalidité, maladies graves ou une demande de règlement à une société membre, MIB LLC lui fournira, sur demande, tout renseignement qu'il possède à votre sujet dans ses dossiers.

Les renseignements personnels divulgués à MIB LLC peuvent inclure votre nom, votre lieu de naissance, votre date de naissance, votre profession et des renseignements médicaux utilisés pour vous identifier et déterminer votre assurabilité.

Si un bref rapport est fait à MIB par Manuvie, il sera stocké et protégé pendant la période prévue par la loi. MIB reçoit des renseignements personnels sur les consommateurs canadiens et la collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont régies par la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) et les lois provinciales. MIB a accepté de protéger ces renseignements d'une manière essentiellement semblable aux pratiques en matière de sécurité et de protection des renseignements personnels des sociétés canadiennes membres du MIB, et conformément aux lois en vigueur. En tant que société basée aux États-Unis, MIB est tenu de se conformer aux lois américaines applicables et les renseignements personnels peuvent être divulgués conformément à ces lois. Les personnes souhaitant obtenir des renseignements sur MIB LLC peuvent consulter le site Web de cet organisme, à l'adresse : www.mib.com.

Sur réception d'une demande de votre part, MIB vous communiquera les renseignements qui figurent dans votre dossier. Pour ce faire, veuillez communiquer avec MIB au 1 866 692-6901 ou visiter son site Web à l'adresse www.mib.com. Si vous êtes en désaccord avec l'exactitude des renseignements qui figurent dans votre dossier, vous pouvez communiquer avec MIB et demander qu'ils soient corrigés. Le service de renseignements de MIB est situé au 50 Braintree Hill Park, Suite 400 Braintree, MA 02184-8734.

**Cette partie de la
page a été laissée en
blanc intentionnellement.**

Votre droit de consulter vos renseignements personnels

Vous pouvez demander à vérifier vos renseignements personnels figurant dans nos dossiers et faire corriger toute donnée inexacte en envoyant une demande écrite à l'adresse suivante :

Bureau de la protection des renseignements personnels –
Assurance individuelle, 500 King St. N., P.O. Box 1669,
Waterloo (Ontario) N2J 4C6

**Où obtenir de plus amples renseignements sur notre politique
de confidentialité?**

Vous pouvez obtenir une copie de nos politiques et pratiques concernant le traitement des renseignements personnels en communiquant avec notre Bureau de la protection des renseignements personnels à l'adresse ci-contre ou en visitant le site [manuvie.ca](https://www.manuvie.ca) et en y effectuant une recherche au moyen du mot « confidentialité ».

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](https://www.manuvie.ca) sous la rubrique Communiquez avec nous.



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.