

Envoyez le formulaire dûment rempli à l'adresse appropriée :

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

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

## Demande d'une garantie Protection des enfants

- Vous, votre et vos renvoient au titulaire du contrat, sauf indication contraire.
- Nous, notre et nos renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).
- Utilisez le présent formulaire pour demander l'ajout d'une couverture de garantie Protection des enfants à votre contrat d'assurance vie. Pour demander l'ajout d'une garantie Chèque-vie des enfants au titre d'un contrat Chèque-vie ou d'une garantie Protection des enfants – Maladies graves au titre d'une solution Synergie, ou pour demander l'augmentation de la couverture de l'une ou l'autre de ces garanties, utilisez le formulaire NN7001F, *Demande de modification*.
- Ajoutez une page supplémentaire si vous avez besoin de plus d'espace pour inscrire vos réponses.
- 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](http://manuvie.ca) pour obtenir des précisions.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                              |                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>1 Renseignements généraux</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Numéro du contrat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Nom de l'assuré                                                              |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nom du titulaire n° 1 (prénom et nom de famille)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Nom du titulaire n° 2 (prénom et nom de famille)                             |                                |
| <b>2 Renseignements sur l'enfant à assurer</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | L'enfant à assurer au titre de cette garantie vit-il avec tout titulaire du contrat ou toute personne assurée? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                              |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nom (prénom et nom de famille)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Sexe<br><input type="radio"/> Masculin<br><input type="radio"/> Féminin      | Date de naissance (jj/mm/aaaa) |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Lien avec l'assuré<br><input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Beau-fils ou belle-fille <input type="radio"/> Enfant adopté légalement                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Quel est le lieu de naissance de l'enfant? (Indiquer la province et le pays) |                                |
| <b>Taille et poids</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Taille <input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Poids <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg                      |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Au cours des 12 derniers mois, l'enfant a-t-il perdu plus de 5 lb (2,3 kg)?<br><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui ► Si <i>Oui</i> , veuillez répondre aux questions suivantes.                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                              |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Combien a-t-il perdu? <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Pourquoi l'enfant a-t-il perdu du poids?                                     |                                |
| <b>Renseignements médicaux</b><br><b>REMARQUE IMPORTANTE :</b><br><b>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.</b> | L'enfant a-t-il déjà souffert (ou l'a-t-on déjà informé ou a-t-on déjà dit à l'assuré que l'enfant souffrait) de troubles liés à ce qui suit, ou a-t-il déjà subi des examens ou des traitements pour ce qui suit : cancer, maladie du cœur ou anomalie cardiaque, maladie rénale, diabète, troubles du développement ou troubles d'ordre psychologique?<br><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui ► Si <i>Oui</i> , veuillez répondre aux questions suivantes. |  |                                                                              |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Quel diagnostic a été posé ou quel était le trouble?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                              |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Quel est l'état de santé actuel de l'enfant?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                              |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | L'enfant a-t-il déjà été hospitalisé pendant plus de cinq jours consécutifs?<br><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui ► Si <i>Oui</i> , veuillez répondre aux questions suivantes.                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                              |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | À quelles dates a-t-il été hospitalisé? (jj/mm/aaaa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                              |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Pour quelle raison a-t-il été hospitalisé?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                              |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Quel a été le diagnostic posé?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                              |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Quel est l'état de santé actuel de l'enfant?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                              |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Au cours des cinq dernières années, l'enfant a-t-il fait un usage quotidien d'un médicament prescrit pendant plus de trois semaines? Sont exclus les vitamines et les médicaments pour les traitements de la peau, l'asthme et les allergies.<br><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui ► Si <i>Oui</i> , veuillez répondre aux questions suivantes.                                                                                                            |  |                                                                              |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Quel est le type de médicament?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                              |                                |
| Pour quelle raison le médicament a-t-il été prescrit?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                              |                                |
| L'enfant prend-il encore ce médicament?<br><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui ► Si <i>Oui</i> , veuillez donner des précisions.                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                              |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                              |                                |

### 3 Autorisation et consentement

À Manuvie<sup>†</sup>, 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;
  - Votre employeur ou votre promoteur de régime et ses agents autorisés, conseillers et fournisseurs de services de régime;
  - 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.

#### 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.

### 3 Autorisation et consentement (suite)

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](mailto: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.

<sup>†</sup>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.

### 4 Signatures et autorisations

#### 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 par actions.

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.

La *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) prévoit de nouvelles règles fiscales applicables aux contrats d'assurance vie à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Si votre contrat a été établi avant cette date, il pourrait être assujéti aux nouvelles règles fiscales si vous apportez une modification qui prendra effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 et si cette modification nécessite une tarification médicale ou entraîne l'établissement d'un nouveau contrat ou d'une nouvelle couverture après 2016. Si votre contrat existant devient assujéti aux nouvelles règles fiscales, vous pourriez devoir effectuer un retrait afin de conserver votre statut d'exonération fiscale, et ce retrait pourrait entraîner l'augmentation de votre revenu imposable. Si nous sommes dans l'impossibilité de rajuster votre contrat afin qu'il demeure exonéré, votre contrat pourrait perdre ce statut. Discutez avec votre conseiller afin de vous assurer de comprendre les incidences fiscales de toute modification envisagée à votre contrat.

Dans la présente section, vous, votre et vos renvoient au titulaire du contrat, et à l'assuré au titre du contrat. En signant ci-dessous, vous confirmez ce qui suit :

- Vous avez lu la présente demande et vous confirmez que les déclarations qu'elle contient sont, au mieux de vos connaissances, complètes, à jour et exactes;
- Vous nous autorisez à communiquer les renseignements figurant dans la présente demande au MIB, LLC et à échanger des renseignements avec lui;
- Vous nous aviserez sans délai de toute erreur ou omission dans la présente demande;
- Une copie des présentes autorisations et conventions est aussi valide que l'original;
- Si les primes au titre de ce contrat sont payées au moyen de prélèvements mensuels automatiques sur le compte, ces prélèvements seront traités comme des débits autorisés personnels, tel qu'il est défini par la Règle H1 de Paiements Canada à l'adresse [paiements.ca](#). Tout titulaire de ce compte bancaire convient de ce qui suit :
  - Toute somme remboursée par suite de la modification apportée sera déposée dans le même compte à moins d'indications contraires;
  - Nous pouvons porter le montant des prélèvements mensuels au montant nécessaire pour maintenir le contrat en vigueur par suite de la modification apportée. **Tout titulaire renonce au droit de recevoir un avis de 10 jours indiquant le montant des prélèvements automatiques sur le compte.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                    |                                         |                       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|--|
| <b>4 Signatures et autorisations (suite)</b><br><b>Si le titulaire n'est pas l'assuré, nous exigeons également la signature de l'assuré.</b><br><br><b>Si l'une des personnes à assurer est âgée de moins de 18 ans (moins de 16 ans hors du Québec), sa mère, son père ou son tuteur (si cette personne n'est pas aussi un titulaire du contrat) doit signer ci-dessous pour signifier qu'il ou qu'elle consent à la présente proposition d'assurance.</b><br><b>Si l'un des titulaires du compte n'est pas titulaire du contrat ni l'une des personnes à assurer au titre du contrat, ce titulaire du compte doit autoriser les prélèvements en signant ci-contre.</b> | Fait à (ville, province)                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                    | Date (jj/mmmm/aaaa)                     |                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Signature de l'enfant à assurer s'il est âgé de 18 ans ou plus (16 ans ou plus hors du Québec)<br><b>X</b>                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                    | Signature du témoin<br><b>X</b>         |                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Si une personne à assurer est âgée de moins de 18 ans (de moins de 16 ans hors du Québec)<br>Lien avec la personne à assurer : <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Gardien (tuteur au Québec) |                                                                                                                                                                                                                    |                                         |                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Signature du père, de la mère ou du gardien (tuteur au Québec)<br><b>X</b>                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                    | Signature du témoin<br><b>X</b>         |                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Signature du titulaire du contrat n° 1<br><b>X</b>                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                    | Titre (si le titulaire est une société) |                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 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. |                                         |                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Signature du titulaire de contrat n° 2<br><b>X</b>                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                    | Titre (si le titulaire est une société) |                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nom du titulaire de compte n° 1 ou du signataire autorisé n° 1 (prénom et nom de famille)                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                    |                                         | Date (jj/mmmm/aaaa)   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Signature du titulaire de compte n° 1 ou du signataire autorisé n° 1<br><b>X</b>                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                    |                                         | 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 par actions 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 (prénom et nom de famille)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                    | Date (jj/mmmm/aaaa)                     |                       |  |
| Signature du titulaire de compte n° 2 ou du signataire autorisé n° 2<br><b>X</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                    | Titre (s'il y a lieu)                   |                       |  |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                         |                                                           |                       |                         |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| <b>5 Déclaration du conseiller</b> | Dans la présente section, <i>vous</i> , <i>votre</i> et <i>vos</i> renvoient au conseiller.<br><br>Veuillez nommer les conseillers qui ont joué un rôle dans la demande de modification. Si le conseiller gestionnaire indiqué ci-dessous n'est pas le conseiller gestionnaire actuel, nous mettrons nos dossiers à jour de façon à ce que le nom du conseiller gestionnaire indiqué ci-dessous y figure.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                         |                                                           |                       |                         |
|                                    | 1 Nom du conseiller <b>gestionnaire</b> (prénom et nom de famille)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                         | 2 Nom du conseiller (prénom et nom de famille)            |                       |                         |
|                                    | Code du conseiller                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Code de la succursale | Part de la commission % | Code du conseiller                                        | Code de la succursale | Part de la commission % |
|                                    | En signant ci-dessous, vous confirmez ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> <li>Vous êtes titulaire de tous les permis et certificats nécessaires pour faire remplir la présente demande de modification dans votre province ou territoire et dans la province ou le territoire de résidence du titulaire du contrat;</li> <li>Si la modification demandée vise à remplacer un autre contrat, vous avez communiqué tous les renseignements appropriés à votre client, vous avez rempli les formulaires de remplacement applicables et vous nous avez fourni ces documents, s'il y a lieu;</li> <li>Vous avez communiqué les renseignements suivants au titulaire du contrat :             <ul style="list-style-type: none"> <li>Le nom de la compagnie ou des compagnies que vous représentez;</li> <li>Le fait que vous recevez des commissions pour la vente de produits d'assurance vie et à prestations du vivant, et que vous pouvez toucher une rémunération supplémentaire sous forme de bonis, d'invitations à des congrès ou d'autres incitatifs; et</li> <li>Tout conflit d'intérêts que vous pourriez avoir relativement à cette opération.</li> </ul> </li> </ul> |                       |                         |                                                           |                       |                         |
|                                    | Nom du conseiller (prénom et nom de famille)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                         |                                                           | Code du conseiller    |                         |
|                                    | Signature du conseiller<br><b>X</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                         | Adresse électronique ou numéro de téléphone du conseiller |                       |                         |



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.