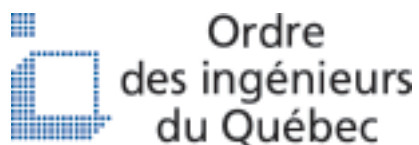


Demande d'adhésion au Régime du membre

Parrainé par



Recommandé par :



Administré par :



Établi par

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

Demande d'adhésion au régime du membre Ingénieurs Canada

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Prénom _____ Nom de famille (nom de jeune fille [entre parenthèses], s'il y a lieu) _____

- Homme
 Femme

Adresse – Rue, n° d'app. _____ Ville _____ Province ou territoire _____ Code postal _____
() ()

Envoyer la correspondance :

- Au domicile
 Au bureau

Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____ Lieu de naissance (Ville/Pays) _____ Téléphone au domicile _____ Téléphone au bureau _____

Langue du certificat :

- Français
 Anglais

Adresse électronique _____

Nom de l'employeur _____ Rue ou boîte postale _____

Ville _____ Province ou territoire _____ Code postal _____

*Pour être admissible à cette couverture, vous devez être un membre de l'Ordre des ingénieurs du Québec ou un employé à temps plein de l'Ordre des ingénieurs du Québec âgé de moins de 65 ans **et** vous devez résider au Canada.*

Dans le cadre de la présente demande d'adhésion, le terme « membre » englobe les membres et les employés.

Numéro de membre de l'Ordre des ingénieurs du Québec : _____

Qui détiendra cette couverture? Membre Autre partie (veuillez remplir les sections sur le titulaire)

Nom du titulaire _____ Lien avec le membre _____

Adresse du titulaire, y compris le code postal _____ N° de membre du titulaire (s'il y a lieu) _____

SECTION 2 – CHOIX DE COUVERTURES

La date d'effet de toutes les couvertures choisies sera le premier jour du mois suivant la date d'approbation, à moins d'indication contraire.

2.1 Régime de substitution du revenu en cas d'invalidité

Couverture minimum :

500 \$

Couverture maximum :

10 000 \$

Période d'indemnisation :

la vie durant en cas d'accident et jusqu'à 70 ans en cas de maladie

Périodes d'attente :

0/7 jours
14/14 jours
30/30 jours
90/90 jours
119/119 jours
180/180 jours
365/365 jours

Si vous êtes couvert par l'assurance-emploi, sélectionnez une période d'attente de 90 jours ou plus.

	Couverture demandée	Avantage imposable	Prime
a) Prestation mensuelle Période d'attente <input type="checkbox"/> Avenant de paiement rétroactif de prestations	_____ \$ _____ jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ \$
b) Prestation mensuelle Période d'attente <input type="checkbox"/> Avenant de paiement rétroactif de prestations	_____ \$ _____ jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ \$
c) Prestation mensuelle Période d'attente <input type="checkbox"/> Avenant de paiement rétroactif de prestations	_____ \$ _____ jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ \$
d) Prestation mensuelle Période d'attente <input type="checkbox"/> Avenant de paiement rétroactif de prestations	_____ \$ _____ jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ \$

Nota : Si vous réglez les primes d'assurance invalidité vous-même, les prestations seront non imposables. Si votre employeur paie toute partie de la prime, les prestations seront imposables.

2.2 Assurance frais généraux

Période d'indemnisation :

12 mois

Périodes d'attente :

14/14 jours
30/30 jours

	Couverture demandée	Prime
Prestation totale de remboursement	_____ \$	_____ \$
Période d'attente	_____ jours	

Nota : Offerte en unités de 100 \$ par mois jusqu'à concurrence de 8 000 \$ par mois pour chaque accident ou maladie.

2.3 Indiquez le nom complet des bénéficiaires désignés ci-après.

NOTA : Au Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, à moins de mentionner spécifiquement « révocable » ci-dessous.

Nom	Lien	Couverture applicable à la désignation

Si le bénéficiaire est âgé de moins de 18 ans, veuillez fournir le nom d'un fiduciaire (cette exigence ne s'applique pas aux résidents du Québec).

Il est entendu que, sauf indication contraire, je (le titulaire) suis automatiquement le bénéficiaire de tout capital-décès prévu au titre du ou des régimes.

Si plus d'un bénéficiaire est nommé, les sommes payables seront versées aux bénéficiaires survivants.

Si les bénéficiaires désignés ci-dessus ne me survivent pas, les sommes payables seront versées à mes ayants droit.

SECTION 3 – COUVERTURES EN VIGUEUR

3.1 Avez-vous une couverture en suspens ou en vigueur (assurance vie, maladies graves, invalidité, frais généraux) auprès de la Financière Manuvie ou d'une autre compagnie? Oui Non

Compagnie	Date d'établ. (mois/année)	Genre d'assur.	Montant	Période d'attente	Période d'indemn.	Avantage imposable	Pour remplacer une assurance?
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3.2 Êtes-vous admissible à l'assurance emploi? Oui Non

3.3 Êtes-vous admissible à une rémunération de la Commission de la santé et de la sécurité au travail? Oui Non

3.4 Une proposition d'assurance ou une demande de remise en vigueur d'assurance maladie, vie, invalidité ou maladies graves sur votre tête a-t-elle déjà été surprimée, modifiée, refusée, reportée, retirée ou résiliée? Oui Non
 Dans l'affirmative, fournissez des précisions. _____

SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Répondez à toutes les questions ci-après. Fournissez des précisions ci-après ou sur une feuille distincte dûment signée et datée.

Membre

4.1 Nom et adresse du médecin particulier ou du dernier médecin consulté

4.2 Date de la dernière consultation

4.3 Raison de la dernière consultation

4.4 Test, traitement, médicaments prescrits (S'il n'y en a aucun, inscrivez « aucun ».)

4.5 Résultats et état actuel

Membre

4.6 Taille _____ pi/po cm
 Poids _____ lb kg

4.7 Changement de poids au cours des 12 derniers mois
 Aucun
 Gain
 Perte

Raison du changement : _____

Veillez répondre à toutes les questions ci-après. Fournissez des précisions à la fin de la présente section ou sur une feuille distincte dûment signée et datée.

		OUI	NON
4.8	Êtes-vous présentement en observation médicale ou recevez-vous un traitement médical, de quelque type que ce soit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9	Avez-vous des symptômes ou des plaintes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10	Au cours des 5 dernières années :		
	a) avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé (notamment un chiropraticien, un psychologue, un psychiatre, un physiothérapeute, un ophtalmologiste, un naturopathe ou tout autre professionnel de la santé) pour quelque raison que ce soit, y compris des examens physiques de routine ou annuels et des examens médicaux complets?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) avez-vous subi un électrocardiogramme (ECG), des analyses sanguines, des radiographies ou tout autre test diagnostique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) avez-vous été en observation ou reçu un traitement dans un hôpital, une clinique, un sanatorium, ou toute autre institution ou tout autre établissement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) vous a-t-on conseillé d'avoir un test diagnostique, une consultation, une hospitalisation ou une chirurgie qui n'a pas encore eu lieu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11	Avez-vous déjà eu des symptômes ou été traité pour les troubles touchant les régions et organes suivants :		
	a) oreilles, yeux, nez, gorge ou poumons — y compris acouphène, vision trouble, essoufflements, bronchite, pleurésie, asthme, pneumonie, emphysème, tuberculose, apnée du sommeil ou trouble respiratoire chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) système nerveux — y compris migraines, maux de tête, crises, étourdissements, évanouissements, paralysie, engourdissement, picotements, coma, sclérose en plaques, maladie du motoneurone (SLA) ou perte de la parole?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) cœur ou vaisseaux sanguins — y compris douleurs thoraciques, palpitations, hypertension, fièvre rhumatismale, souffle cardiaque, crise cardiaque, ECG anormal, cholestérol élevé, angine, maladie cérébrovasculaire (ACV), accident ischémique transitoire (AIT), étourdissements, maladie vasculaire périphérique, phlébite ou tout autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) organes abdominaux — y compris ulcères, hernie, colite, calculs biliaires, jaunisse, hépatite (notamment porteur de l'hépatite B), maladie de Crohn ou tout autre trouble de l'estomac, du foie, du pancréas ou des intestins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e) reins, vessie et organes génitaux — y compris glucose, sang, pus ou albumine dans les urines, calculs, maladie vénérienne ou tout autre trouble des reins, de la vessie, de la prostate ou des organes reproducteurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f) sang, glandes ou ganglions lymphatiques — y compris diabète, anémie, goutte, allergies, affections cutanées, lésions, lupus, thyroïde, saignement inhabituel ou tout autre trouble endocrinien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g) fièvre rhumatismale, rhumatisme, arthrite, névrite, fibromyalgie, trouble de la colonne vertébrale, douleurs chroniques ou tout autre trouble ou toute autre maladie des os, des articulations et des muscles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	h) colonne vertébrale, dos ou cou — y compris entorse, distension, douleurs ou maladie discale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dans l'affirmative, veuillez remplir le questionnaire sur les maux de dos.		
	i) kystes, polypes, tumeurs ou cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	j) seins — y compris grosseurs, kystes, autres changements physiques, mammographie ou biopsie anormale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.12	Avez-vous déjà :		
	a) eu ou vous a-t-on déjà conseillé d'avoir un traitement ou des conseils pour anxiété, stress, épuisement professionnel, dépression, fatigue chronique ou tout trouble émotionnel, comportemental, mental ou nerveux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) tenté de vous suicider?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.13	Vous êtes-vous absenté du travail pendant une période de plus de deux semaines en raison d'invalidité au cours des deux dernières années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.14	Avez-vous déjà été testé (à des fins autres que l'assurance), traité ou conseillé ou avez-vous déjà reçu le diagnostic des troubles suivants :		
	a) Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou tout autre trouble du système immunitaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) tuméfaction ganglionnaire (glandes), diarrhée chronique, affections cutanées peu courantes ou infections inexplicables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.15	Au cours des cinq dernières années, avez-vous eu un trouble mental ou physique non mentionné plus haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.16	Êtes-vous actuellement incapable d'accomplir toute tâche courante de votre profession habituelle en raison d'une blessure ou d'une maladie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.17	Avez-vous déjà reçu ou demandé des prestations ou une rente de retraite en raison d'une maladie, d'une blessure ou d'une déficience?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.18	a) Avez-vous, au cours des douze derniers mois, fait usage de produits contenant de la nicotine (notamment la cigarette, le cigare, la pipe, le tabac sans fumée, la gomme à la nicotine, les timbres à la nicotine ou tout autre produit de désaccoutumance au tabac)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Vous a-t-on déjà conseillé de cesser de fumer pour des raisons de santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez répondre à toutes les questions ci-après. Fournissez des précisions à la fin de la présente section ou sur une feuille distincte dûment signée et datée.

4.19 Consommez-vous des boissons alcoolisées? Dans l'affirmative, remplissez le tableau ci-dessous.
 (Une consommation signifie 12 onces de bière, 4 onces de vin ou 1 1/2 once de spiritueux)

Membre

Genre	N ^{bre} de consom.	Fréquence
Bière		
Vin		
Spiritueux		

4.20 Vous a-t-on déjà conseillé de réduire votre consommation d'alcool?

4.21 Avez-vous déjà :
 a) consulté un médecin ou reçu un traitement en raison de consommation d'alcool et/ou de drogues?

b) utilisé des drogues autres que des médicaments de base délivrés sur ordonnance et/ou des médicaments en vente libre? Cela inclut notamment la marijuana, la cocaïne ou d'autres stupéfiants de même que les sédatifs, les hallucinogènes, les somnifères, les tranquillisants ou les stimulants. Dans l'affirmative, veuillez remplir le questionnaire sur l'usage de drogues.

4.22 Toutes les femmes qui demandent une couverture doivent répondre à cette question :

a) Êtes-vous actuellement enceinte?
 Dans l'affirmative, donnez la date prévue de l'accouchement : _____ (mm/aaaa)

b) Avez-vous déjà fait une fausse couche, souffert d'éclampsie, eu une césarienne ou d'autres complications reliées à la grossesse?

4.23 Est-ce que votre père, votre mère ou l'un de vos frères et sœurs a déjà souffert de diabète, d'hypertension, de maladie cardiaque, de maladie des reins, de cancer, d'accident cérébrovasculaire, de sclérose en plaques, de maladie du motoneurone (SLA), de troubles nerveux ou mentaux ou de tout trouble héréditaire? Dans l'affirmative, indiquez le lien de parenté, la maladie, l'âge au début de la maladie et, s'il y a lieu, l'âge au décès.
 Pour le cancer, veuillez indiquer le genre : _____

OUI NON

Pour toute réponse affirmative aux questions 4.8 à 4.23, veuillez fournir des précisions complètes. Si vous manquez d'espace, veuillez continuer vos réponses sur une feuille distincte dûment signée et datée.

N° de la question	Raison de la consultation	Date de la première visite ou du premier traitement	Date de la dernière visite ou du dernier traitement	État actuel	Nom et adresse des médecins ou hôpitaux

L'assureur se réserve le droit d'exiger un examen médical, une analyse d'urine ou des tests tel un profil sanguin général, y compris une analyse sanguine en vue d'un test VIH, sans frais pour le proposant. Les résultats de tout test indiquant une maladie infectieuse seront signalés au ministère de la Santé provincial ou territorial compétent, si la loi l'exige.

SECTION 5 – RENSEIGNEMENTS NON MÉDICAUX

Veillez répondre à toutes les questions ci-après. Fournissez des précisions à la fin de la présente section ou sur une feuille distincte dûment signée et datée.

		OUI	NON
5.1	a) Avez-vous déjà été accusé de conduite avec facultés affaiblies, vous a-t-on déjà retiré votre permis de conduire ou avez-vous déjà été reconnu coupable d'infraction aux règlements de la circulation ou d'infraction criminelle en rapport avec la consommation d'alcool au volant? Dans l'affirmative, fournissez des précisions, et indiquez votre numéro de permis de conduire et la province de délivrance du permis : _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Avez-vous été reconnu coupable d'une autre infraction criminelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Avez-vous déjà piloté un avion, un ultra-léger ou un planeur, ou avez-vous l'intention de le faire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Avez-vous déjà fait de la plongée autonome, du parachutisme, du deltaplane, volé dans un ultra-léger, participé à des courses de véhicules motorisés ou de bateaux à moteur ou à des activités de rodéo, fait de l'alpinisme ou pratiqué d'autres sports ou activités dangereux (y compris les sports extrêmes), ou avez-vous l'intention de le faire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	Au cours des douze prochains mois, avez-vous l'intention de voyager ou de résider à l'extérieur de l'Amérique du Nord pour une raison autre que les vacances? Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions (lieu, dates, motif, durée du séjour, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N° de la question	Précisions

SECTION 6 – RENSEIGNEMENTS FINANCIERS ET RELATIFS À L'EMPLOI

6.1 Veuillez fournir les renseignements suivants :

a) Emploi(s) _____

b) Titres professionnels ou diplômes _____

c) Tâches (décrivez vos tâches et indiquez le temps que vous consacrez à chacune d'elles en pourcentage ou en heures) _____

6.2 Depuis combien de temps exercez-vous cet emploi? _____
Si moins de 2 ans, donnez aussi des précisions sur votre ancien emploi : _____

6.3 Pour ce qui est de votre situation financière ou professionnelle :

a) Combien d'heures travaillez-vous par semaine? _____

b) Combien de temps en % travaillez-vous de la maison? _____ %

c) Vous attendez-vous à ce que votre revenu ou votre situation professionnelle diffère des deux dernières années? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions. _____

6.4 Est-ce que votre emploi est saisonnier? Oui Non
Dans l'affirmative, indiquez le nombre de semaines de travail par année. _____

6.5 Avez-vous un emploi à temps partiel ou tout autre emploi à temps plein? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions. _____

6.6 Indiquez votre situation professionnelle : Employé (aucun droit de propriété) Travailleur autonome

6.7 Si vous êtes travailleur autonome, quel est le statut de votre entreprise et votre pourcentage de droits de propriété?
 Propriétaire unique Société en nom collectif _____ (% de droits de propriété)
 Société constituée en personne morale _____ (% de droits de propriété)

6.8 a) Nombre d'années d'exploitation de votre entreprise actuelle : _____
b) Nombre d'années dans une entreprise similaire : _____

6.9 Quel est votre revenu annuel net, déduction faite des frais professionnels réguliers mais avant impôts comme déclaré à l'Agence du revenu du Canada?
Revenu prévu pour l'année en cours _____ \$ Année précédente _____ \$ 2 ans auparavant _____ \$

6.10 Autre revenu gagné? Oui Non
Dans l'affirmative, indiquez la source : _____
Revenu prévu pour l'année en cours _____ \$ Année précédente _____ \$ 2 ans auparavant _____ \$

Preuve de revenu

Employé : Pages 1, 2 et 3 des déclarations d'impôt sur le revenu des 2 dernières années.

Travailleur autonome – non constitué en personne morale : Pages 1, 2 et 3 des déclarations d'impôt sur le revenu des 2 dernières années, en plus de l'état des activités professionnelles ou commerciales.

Travailleur autonome – constitué en personne morale : Pages 1, 2 et 3 des déclarations d'impôt sur le revenu des 2 dernières années, en plus des derniers états financiers de la société.

S'il y a partage du revenu aux fins fiscales : T4 des 2 dernières années des membres de la famille qui participent à l'entreprise.

- 6.11 Vous a-t-on déjà retiré temporairement ou révoqué une licence ou un permis nécessaire à l'exploitation de votre entreprise ou est-ce qu'un organisme de réglementation a déjà porté plainte contre vous? Oui Non
- 6.12 Avez-vous déjà fait une déclaration de faillite à titre de particulier ou d'entreprise ou prévoyez-vous le faire? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous, y compris la date de libération de la faillite.
- 6.13 Est-ce que votre valeur nette (actif moins passif) excède 4 000 000 \$? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez en donner la répartition.
- 6.14 Est-ce que votre revenu non gagné (revenu que vous continuerez à toucher au cours d'une invalidité, par exemple, revenu de placements, revenu net de location, redevances ou revenu similaire) excède 15 % de votre revenu gagné total? Oui Non
Dans l'affirmative, précisez le montant et les sources.

Fournissez des précisions ci-dessous en cas de réponse affirmative aux questions 6.11 à 6.14.

SECTION 7 – FRAIS GÉNÉRAUX

- 7.1 Combien de personnes partagent les frais? _____ Quel est votre pourcentage? _____ %
- 7.2 Nombre d'employés _____ Indiquez le poste de chacun a. _____ b. _____
c. _____ d. _____ e. _____ f. _____

7.3 Donnez la liste des frais mensuels moyens engagés pour l'exploitation de votre entreprise :

Frais	Votre part
a) Loyer ou impôts fonciers et paiements d'intérêt hypothécaire (applicable à l'entreprise seulement)	_____
b) Entretien du bureau	_____
c) Services publics (chauffage, eau, électricité)	_____
d) Téléphone, frais de poste, téléavertisseur, télécopieur et service de réponse téléphonique	_____
e) Salaires et avantages sociaux des employés (sauf comme ci-après)	_____
f) Frais de société de gestion (à l'exclusion d'une société appartenant à un membre de la famille)	_____
g) Services de comptabilité	_____
h) Cotisations à des associations professionnelles	_____
i) Primes d'assurance des biens et d'assurance responsabilité	_____
(I) Location d'équipement, ou	_____
(II) Paiements prévus de principal, paiements d'intérêt plus amortissement pour équipement	_____
j) Intérêt plus paiements de principal de prêts commerciaux d'une institution financière pour l'achat de la société	_____
k) Indiquez tous autres frais mensuels fixes (normaux et habituels) :	
(I) _____	_____
(II) _____	_____
Total	_____

N'incluez pas les frais engagés :

- dans le but d'acquérir des biens pour la vente, des fournitures ou des ajouts au stock;
- pour les salaires, les honoraires, le compte de retraits ou la rémunération du membre, de tout membre de la profession du membre ou d'une profession connexe ou de toute personne qui partage les frais commerciaux du membre;
- pour les voyages et/ou les frais de représentation.

SECTION 8 – MODE DE PAIEMENT DES PRIMES :

PAIEMENT PAR CHÈQUE

- Annuel Semestriel

PAIEMENT MENSUEL PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE SUR LE COMPTE (PAC) - MENSUEL UNIQUEMENT.

Veillez joindre un chèque portant la mention « NUL ».

PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE SUR LE COMPTE (PAC)

Nom du titulaire du compte _____

Institution financière _____ Adresse _____ Ville _____

Numéro de compte bancaire _____ Numéro de domiciliation _____

Type de service : Personnel Affaires

Type de compte : Compte-chèques personnel Compte-chèques d'épargne Compte d'épargne Compte courant
 Compte de dépôt direct Autre

Comptes conjoints : S'agit-il d'un compte conjoint au titre duquel une seule signature est requise? Oui Non
Si plus d'une signature est requise pour les prélèvements sur le compte, les deux titulaires du compte doivent signer la présente autorisation.

Comptes d'épargne véritable : Comme l'approbation de mon/notre institution financière est requise pour les paiements préautorisés à partir des comptes sans privilège de chèques, j'ai/nous avons pris les dispositions nécessaires pour permettre les prélèvements sur mon/notre compte. J'ai/Nous avons joint à la présente un bordereau de retrait portant le timbre d'approbation de mon/notre institution financière et attestant que les montants exigibles peuvent être prélevés sur mon/notre compte d'épargne véritable.

Je soussigné le titulaire autorise Sogemec Assurances inc., le distributeur, à faire des prélèvements automatiques sur mon compte-chèques en règlement des primes exigibles. En cas de changement des primes du contrat établi à la suite de la présente demande d'adhésion, j'autorise Sogemec Assurances inc. à modifier le montant des prélèvements automatiques sur le compte-chèques. Ce mode de paiement peut être annulé moyennant l'envoi d'un préavis écrit de 10 jours à Sogemec Assurances inc. ou à l'institution financière indiquée dans la demande d'adhésion. Le montant prélevé sur mon/notre compte peut varier, conformément aux dispositions du contrat d'assurance ou tel qu'il est nécessaire pour la gestion du contrat.

Je renonce/Nous renonçons au droit de recevoir tout autre préavis relatif au montant et à la date de chaque prélèvement automatique sur mon/notre compte. Si la banque ou l'institution financière n'honore pas un prélèvement automatique à la date prévue, Sogemec Assurances inc. pourra tenter d'effectuer de nouveau ce prélèvement au cours des 30 jours suivants. Sogemec Assurances inc. se réserve le droit de demander qu'un autre mode de paiement soit utilisé si le prélèvement est refusé. Tous les prélèvements uniques ou automatiques sur mon/notre compte bancaire seront traités comme des débits préautorisés personnels tels qu'ils sont définis dans la Règle H-1 de l'Association canadienne des paiements. La présente entente peut être résiliée en tout temps moyennant l'envoi par Sogemec Assurances inc. ou par moi/nous d'un préavis écrit de 10 jours. Il est entendu qu'en cas de résiliation de la présente entente de prélèvement automatique, l'assurance peut prendre fin à moins que Sogemec Assurances inc. ne reçoive une autre forme de paiement. Toute prime devant être remboursée relativement à la présente autorisation le sera au titulaire du contrat.

Vous pouvez obtenir un formulaire de résiliation en communiquant avec votre institution financière ou en visitant le site de l'ACP, à l'adresse www.cdnpay.ca. Si vous avez des questions au sujet des prélèvements automatiques sur votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous au 1 800 361-5303, information@sogemec.qc.ca, ou nous envoyer un courriel à l'adresse Sogemec Assurances inc., 2, Complexe Desjardins, Tour de l'Est, 20^e étage, C.P. 217, Succursale Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1G9.

Vous disposez de certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente entente. Vous avez, par exemple, le droit d'être remboursé en cas de prélèvement non autorisé ou non conforme à cette entente. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou de plus amples renseignements au sujet de vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez le site de l'ACP, à l'adresse www.cdnpay.ca.

Nom du titulaire du compte _____ Signature du titulaire du compte _____

Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint _____ Date _____ (jj/mm/aaaa)

Adresse du titulaire du compte (s'il ne s'agit pas du proposant) _____

Sogemec Assurances inc. est un représentant sous contrat de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Remarque : Les résidents du Québec doivent ajouter la taxe de vente provinciale de 9 %.

Les résidents de l'Ontario doivent ajouter la taxe de vente de 8 %.

SECTION 9 – RENSEIGNEMENTS SUR LE REPRÉSENTANT OU L'AGENT

Montant soumis avec la demande _____ \$ Vérifié par _____

Nom du représentant ou de l'agent : _____ Numéro de l'agent : _____

Exigences de tarification demandées : Urine VIH Examen paramédical Examen médical Profil sanguin E.C.G.
 Rapport d'enquête Autre _____

Nom de la compagnie paramédicale
ou de l'examineur

Nom de la compagnie
d'enquête

Directives particulières

SECTION 10 – ENTENTES ET AUTORISATIONS

Toutes les personnes à assurer doivent lire cette section, la signer et la dater.

- Je suis membre ou employé à temps plein de l'association provinciale ou territoriale nommée dans la demande d'adhésion et je satisfais les conditions d'admissibilité applicables à l'assurance conformément au contrat principal.
- Le titulaire du contrat principal bénéficiera de tous résultats techniques obtenus aux termes du contrat principal.
- J'autorise La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers à transférer tout dossier en sa possession à tout nouvel assureur qu'Ingénieurs Canada pourra choisir ultérieurement.
- Par la présente, je soussigné présente une proposition d'assurance à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie) ou, (s'il y a lieu), consens à ce que l'assurance demandée soit souscrite sur ma tête.
- J'atteste que les déclarations contenues dans la présente demande d'adhésion, y compris les renseignements médicaux qui y étaient joints à l'origine, sont véridiques et complètes. Je sais que la présente proposition, avec tout autre formulaire signé par moi relativement à celle-ci, constitue la base de tout certificat émis en vertu de la présente.
- La personne à assurer convient que toute déclaration inexacte d'un fait important, y compris une déclaration erronée du statut de fumeur, rendra l'assurance résiliable à la demande de l'assureur. Je comprends que les exclusions et restrictions s'appliquent à la couverture demandée. En ce qui concerne l'assurance demandée, je soussigné – la personne à assurer ou le parent ou le tuteur si la personne à assurer est mineure – autorise par la présente les médecins agréés, praticiens, hôpitaux, pharmacies, cliniques ou autres établissements médicaux, compagnies d'assurance, le MIB, l'administrateur du contrat collectif, le promoteur du régime d'assurance, les organismes d'enquête et de sécurité, agents, courtiers ou intermédiaires commerciaux, organismes d'État ou autres organismes ou personnes possédant des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé au titre du présent régime à fournir les renseignements en question à la Financière Manuvie ou à ses réassureurs, aux fins de la présente demande d'adhésion, du contrat ou de toute demande de règlement y afférente. J'autorise la Financière Manuvie à consulter ses dossiers existants à cette fin.
- J'autorise également la Financière Manuvie, ses filiales, sociétés affiliées et agents à utiliser les renseignements fournis dans la présente demande d'adhésion et dans leurs dossiers existants pour m'offrir leurs produits ou services. Je sais que mon consentement à l'utilisation de ces renseignements pour m'offrir des produits et des services est facultatif, et que je peux y mettre fin en écrivant à la Financière Manuvie à l'adresse indiquée dans le présent document.
- Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.
- Je déclare avoir reçu l'AVIS SUR LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS ainsi que l'AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ, et je confirme que j'en accepte les termes.
- Je déclare avoir été informé des raisons pour lesquelles les données médicales sont exigées, ainsi que des risques et des avantages, pour l'intéressé, du consentement ou du refus. Le présent consentement prendra effet à la date de signature de la présente demande d'adhésion et prendra fin 7 ans après la date de résiliation de tout contrat ou certificat établi à la suite de la présente demande d'adhésion. Je sais que ce consentement peut être révoqué à tout moment et que si, à la suite de sa révocation, l'assureur est incapable d'obtenir une preuve de sinistre, il se peut que des demandes de règlement soient refusées.
- Je sais que, sous réserve de la réception par la Compagnie du formulaire de demande d'adhésion dûment rempli (y compris mes renseignements médicaux) et de la première prime, la couverture prendra effet le premier du mois qui suit l'approbation des tarificateurs de la Compagnie. Je conviens que les renseignements sur mon état de santé doivent être exacts à la date de la signature de la demande d'adhésion. Si ma demande est approuvée, je recevrai un certificat faisant état de la couverture offerte et des principales dispositions du contrat. Si je ne suis pas assurable, les primes acquittées me seront intégralement remboursées.

Fait dans la ville de _____, dans la province de _____

Signature du membre _____ Date _____ (jj/mm/aaaa)

Signature de l'agent ou du témoin _____ Date _____ (jj/mm/aaaa)

Signature du titulaire _____ Date _____ (jj/mm/aaaa)
(si le titulaire n'est pas le membre)

Les hôpitaux et les médecins exigent souvent une autorisation originale pour divulguer des renseignements. Veuillez signer et dater l'autorisation ci-après afin d'éviter tout retard pour recevoir les rapports médicaux nécessaires.

AUTORISATION À DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS : J'autorise tout médecin autorisé, tout professionnel de la santé, tout hôpital, toute clinique, tout autre établissement médical ou paramédical, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout administrateur de régime, le MIB, toute agence de renseignements sur la consommation ou tout autre organisme, tout autre établissement, toute autre institution ou toute autre personne qui a des dossiers sur mon état de santé à divulguer ces renseignements à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers ou à ses réassureurs aux fins de la présente demande d'adhésion, du contrat et de toute demande de règlement subséquente.

Signature du membre _____ Date _____ (jj/mm/aaaa)

Les hôpitaux et les médecins exigent souvent une autorisation originale pour divulguer des renseignements. Veuillez signer et dater l'autorisation ci-après afin d'éviter tout retard pour recevoir les rapports médicaux nécessaires.

AUTORISATION À DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS : J'autorise tout médecin autorisé, tout professionnel de la santé, tout hôpital, toute clinique, tout autre établissement médical ou paramédical, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout administrateur de régime, le MIB, toute agence de renseignements sur la consommation ou tout autre organisme, tout autre établissement, toute autre institution ou toute autre personne qui a des dossiers sur mon état de santé à divulguer ces renseignements à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers ou à ses réassureurs aux fins de la présente demande d'adhésion, du contrat et de toute demande de règlement subséquente.

Signature du membre _____ Date _____ (jj/mm/aaaa)

Les hôpitaux et les médecins exigent souvent une autorisation originale pour divulguer des renseignements. Veuillez signer et dater l'autorisation ci-après afin d'éviter tout retard pour recevoir les rapports médicaux nécessaires.

AUTORISATION À DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS : J'autorise tout médecin autorisé, tout professionnel de la santé, tout hôpital, toute clinique, tout autre établissement médical ou paramédical, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout administrateur de régime, le MIB, toute agence de renseignements sur la consommation ou tout autre organisme, tout autre établissement, toute autre institution ou toute autre personne qui a des dossiers sur mon état de santé à divulguer ces renseignements à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers ou à ses réassureurs aux fins de la présente demande d'adhésion, du contrat et de toute demande de règlement subséquente.

Signature du membre _____ Date _____ (jj/mm/aaaa)

SECTION 12 – ASSURANCE PROVISOIRE (INVALIDITÉ ET FRAIS GÉNÉRAUX)

Il est entendu que la somme de _____ \$ (montant équivalant à au moins une prime mensuelle) est versée à Sogemec Assurances inc. LES CHÈQUES POSTDATÉS NE SONT PAS ACCEPTÉS.

Montant de la couverture d'assurance invalidité : _____ \$

Nom de la personne à assurer _____

Fait dans la ville de _____

, dans la province de _____

Signature de l'agent ou du témoin _____

Date (jj/mm/aaaa) _____

Convention d'assurance invalidité provisoire

Aucun agent de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers n'est autorisé à modifier la présente convention.

Date d'effet

L'assurance provisoire aux termes de la présente convention prend effet lorsque la demande d'adhésion est dûment remplie et signée et qu'un montant correspondant à au moins une prime mensuelle est versé. La personne à assurer doit être admissible à la couverture demandée conformément aux règles et pratiques de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, sinon à la couverture réduite ou modifiée à laquelle on détermine que la personne à assurer est admissible à la date d'effet de la présente convention.

Montant et genre d'assurance provisoire

Le montant maximal d'assurance sur la tête de la personne à assurer aux termes de la présente convention et de toute autre convention d'assurance provisoire de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers est de 5 000 \$ par mois.

Restrictions spéciales

Il n'y a aucune couverture aux termes de la présente convention :

1. si la personne à assurer a 55 ans ou plus à son dernier anniversaire de naissance.
2. s'il y a une réponse affirmative ou aucune réponse aux questions 3.4; 4.8; 4.9; 4.10 d); 4.11 b), c), f), h), i); 4.12 a), b); 4.14 a), b); 4.16, et 5.4 de la demande.
3. en cas de fraude, de déclaration inexacte ou de non-divulgation de faits dans la présente convention, nos formulaires de demande d'adhésion ou les exigences initiales de tarification.
4. si l'invalidité de la personne à assurer est attribuable à une blessure auto-infligée.

Conditions de résiliation

La date de résiliation est le 90^e jour suivant la date de la signature de la présente demande.

1. La présente convention prend fin d'office lorsque les couvertures demandées prennent effet ou 90 jours après la date de la demande d'adhésion. Aucun avis écrit ne sera donné pour une telle résiliation.
2. La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers peut mettre fin à la présente convention à tout moment en postant un avis au titulaire accompagné du remboursement de toute somme payée à l'adresse indiquée pour les avis de primes sur le formulaire de demande. La date de résiliation est le jour qui suit la date d'expédition de l'avis par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

SECTION 13 – À DÉTACHER AVEC SOIN ET À CONSERVER POUR VOS DOSSIERS

AVIS SUR LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS. Les renseignements demandés ne seront utilisés que pour l'assurance et seront traités confidentiellement. L'assureur ou ses réassureurs peuvent toutefois en faire un bref rapport au MIB. Le MIB est un organisme à but non lucratif créé par les sociétés d'assurance vie pour communiquer des données d'assurance à ses membres. Avec votre autorisation, le MIB fournira les renseignements contenus dans ses dossiers à toute société d'assurance membre à laquelle vous avez présenté une proposition d'assurance vie ou maladie ou à laquelle une demande de règlement est soumise. À votre demande, le MIB vous fera connaître les renseignements qu'il possède dans votre dossier sur vous, votre conjoint et vos enfants assurés en vertu du présent régime. Si vous doutez de l'exactitude du dossier du MIB, vous pouvez communiquer avec le MIB et demander une correction. Le service de renseignements du MIB est situé au 330 University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 1R7 (tél. : (416) 597-0590).

AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ. Les renseignements spécifiques et détaillés demandés dans la proposition sont nécessaires à son traitement. Afin de préserver le caractère confidentiel de ces renseignements, la Financière Manuvie et Sogemec Assurances créeront un « dossier de services financiers » contenant les renseignements qui seront utilisés pour traiter la proposition, offrir et administrer les services, et traiter les demandes de règlement. L'accès à ce dossier est limité aux employés, mandataires, administrateurs et agents responsables de l'évaluation des risques (tarification), du marketing, de l'administration des services et de l'évaluation des sinistres de la Financière Manuvie ou de Sogemec Assurances, ainsi qu'à toute autre personne ayant reçu votre autorisation ou autorisée en vertu de la loi. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans des territoires de compétence situés à l'étranger et être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires. Votre consentement quant à l'utilisation des renseignements personnels pour vous offrir des produits et services est facultatif et vous pouvez y mettre fin, si vous le voulez, en écrivant à la Financière Manuvie à l'adresse indiquée ci-après. Votre dossier est gardé en lieu sûr dans nos bureaux. Vous pouvez demander à examiner les renseignements personnels qu'il contient et y faire apporter des corrections en écrivant à l'une des adresses suivantes : Responsable de la protection des renseignements personnels, Marchés des groupes à affinités, Financière Manuvie, P.O. Box 4213, Stn A, Toronto (Ontario) M5W 5M3 ou Sogemec Assurances, 2, Complexe Desjardins, Tour de l'Est, 20^e étage, C.P. 217, succ. Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1G9.

Parrainé par :

Établi par :



 **Financière Manuvie**

Pour votre avenir™

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

Distribué et administré par :



Sogemec Assurances inc.
2, Complexe Desjardins
Tour de l'Est, 20^e étage
C.P. 217, Succursale Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G9

1 800 361-5303
Téléphone : (514) 350-5070
Télécopieur : (514) 350-5071
information@sogemec.qc.ca

Sogemec Assurances
Place de la Cité, Tour de la Cité
2600, boulevard Laurier
Bureau 800, Québec QC G1V 4W2

1 800 361-5303
Téléphone : (418) 990-3946
Télécopieur : (418) 647-3754
www.sogemec.qc.ca