

1. RENSEIGNEMENTS SUR VOUS

Nom du membre (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom de famille _____ Prénom _____ Homme Femme

App. _____ N°/rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Courriel _____ Tél. : Rés. () _____ Travail () _____

Date de naissance du membre (JJ/MM/AAAA) _____ Lieu de naissance Pays _____ Non-fumeur* Fumeur

Le proposant est : Ingénieur Étudiant en génie Technicien/Technologue Détenteur d'un permis restreint
 Géologue/Géoscientifique Architecte Employé permanent à temps plein de l'association Membre en formation
 Détenteur d'un permis provisoire Nom de l'association provinciale ou territoriale _____ N° de membre _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE CONJOINT (si la protection de conjoint est demandée)

Nom du conjoint (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom de famille _____ Prénom _____ Homme Femme

Date de naissance du conjoint (JJ/MM/AAAA) _____ Lieu de naissance Pays _____ Non-fumeur* Fumeur

Profession du conjoint (si votre conjoint est travailleur autonome, décrivez la nature de son entreprise et ses fonctions) _____ Tél. (travail) : () _____

*Les taux non-fumeurs s'appliquent aux personnes qui n'ont pas fumé de cigarettes au cours des 12 derniers mois et qui répondent aux normes de santé de Manuvie.

3. COUVERTURES DEMANDÉES une nouvelle couverture une couverture additionnelle Si vous êtes déjà assuré au titre du régime, votre numéro de certificat : _____

Assurance vie temporaire (Ne pas inclure les unités déjà en vigueur.)

MEMBRE : veuillez indiquer le montant de couverture demandé en tranches de 25 000 \$: \$
MONTANT DE COUVERTURE

Voulez-vous ajouter l'option Prolongation de l'assurance? Oui Non

Uniquement offerte au moment de la souscription initiale de l'assurance vie temporaire.

CONJOINT : veuillez indiquer le montant de couverture demandé en tranches de 25 000 \$: \$
MONTANT DE COUVERTURE

Voulez-vous ajouter l'option Prolongation de l'assurance? Oui Non

Uniquement offerte au moment de la souscription initiale de l'assurance vie temporaire.

Protection Accidents graves (Veuillez indiquer le montant de couverture demandé.)

Membre :

Handicap grave	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 200 000 \$	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 400 000 \$	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 600 000 \$	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 800 000 \$	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 1 000 000 \$
Décès accidentel	<input type="checkbox"/> 25 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 75 000 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$	<input type="checkbox"/> 125 000 \$
Votre prime mensuelle	<input type="checkbox"/> 1,50 \$	<input type="checkbox"/> 3,00 \$	<input type="checkbox"/> 4,50 \$	<input type="checkbox"/> 6,00 \$	<input type="checkbox"/> 7,50 \$

Conjoint :

Handicap grave	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 200 000 \$	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 400 000 \$	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 600 000 \$	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 800 000 \$	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 1 000 000 \$
Décès accidentel	<input type="checkbox"/> 25 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 75 000 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$	<input type="checkbox"/> 125 000 \$
Votre prime mensuelle	<input type="checkbox"/> 1,50 \$	<input type="checkbox"/> 3,00 \$	<input type="checkbox"/> 4,50 \$	<input type="checkbox"/> 6,00 \$	<input type="checkbox"/> 7,50 \$

Assurance vie et accidents des enfants (La prime mensuelle couvre tous vos enfants admissibles.)

Handicap grave	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 100 000 \$	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 200 000 \$	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 300 000 \$	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 400 000 \$	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 500 000 \$
Assurance vie temporaire	<input type="checkbox"/> 5 000 \$	<input type="checkbox"/> 10 000 \$	<input type="checkbox"/> 15 000 \$	<input type="checkbox"/> 20 000 \$	<input type="checkbox"/> 25 000 \$
La prime mensuelle	<input type="checkbox"/> 1,17 \$	<input type="checkbox"/> 2,34 \$	<input type="checkbox"/> 3,51 \$	<input type="checkbox"/> 4,68 \$	<input type="checkbox"/> 5,85 \$

5. DÉCLARATION DE SANTÉ

Nom du membre : _____ Tél. : () _____

Nom du médecin du membre : _____ Tél. : () _____ Date de la dernière visite : (JJ/MM/AAAA)

Raison de la dernière visite : _____

Tests, traitement, médicaments prescrits (si vous n'en avez aucun, inscrivez « aucun ») : _____

Résultat et état actuel : _____

Nom du médecin du conjoint : _____ Tél. : () _____ Date de la dernière visite : (JJ/MM/AAAA)

Raison de la dernière visite : _____

Tests, traitement, médicaments prescrits (si vous n'en avez aucun, inscrivez « aucun ») : _____

Résultat et état actuel : _____

Taille du membre : pi/po m/cm Poids : lb kg Taille du conjoint : pi/po m/cm Poids : lb kg

Membre :
 Changement de poids au cours des douze derniers mois? Oui Non
 Dans l'affirmative : Gain _____ lb/kg Perte _____ lb/kg
 Raison du changement : _____

Conjoint :
 Changement de poids au cours des douze derniers mois? Oui Non
 Dans l'affirmative : Gain _____ lb/kg Perte _____ lb/kg
 Raison du changement : _____

Veillez répondre à toutes les questions et fournir des précisions au nom de toutes les personnes à assurer (membre, conjoint et enfants). S'il n'y a pas assez d'espace, veuillez utiliser une feuille distincte dûment signée et datée.

Les résidents du Québec peuvent détacher la présente section et la faire parvenir directement à Manuvie à l'adresse indiquée dans le présent document.

L'une des personnes à assurer (membre, conjoint ou enfants) :

	Membre		Conjoint		Enfant(s)	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1. a-t-elle déjà présenté une demande d'assurance qui a été refusée ou acceptée moyennant une modification ou l'imposition d'une surprime? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris le nom du proposant, la date, le nom de la compagnie et la raison : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. au cours des cinq dernières années, s'est-elle fait suspendre son permis de conduire ou a-t-elle été déclarée coupable de conduite avec facultés affaiblies ou de plus de trois infractions au code de la route? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris le nom du proposant, la nature de l'infraction, la ou les dates, le numéro du permis de conduire et la province de délivrance du permis : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. prévoit-elle piloter un aéronef, faire de la plongée autonome, du parachutisme, du deltaplane, de la course automobile ou de l'alpinisme, ou pratiquer toute autre activité dangereuse? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris le nom du proposant, le type d'activité et la ou les dates : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. prévoit-elle voyager ou résider à l'extérieur de l'Amérique du Nord au cours des douze prochains mois? Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions, y compris le nom du proposant, le lieu, la date, la raison et la durée : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. a-t-elle, au cours des sept dernières années, pris des médicaments pour des fins autres que médicales, fait usage de marijuana, été traitée pour consommation d'alcool ou de drogues, ou reçu la recommandation d'en réduire la consommation? Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris le nom du proposant, le(s) type(s) de drogue(s) ou d'alcool, et la ou les dates de la dernière consommation : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. a-t-elle déjà eu des symptômes ou été traitée pour l'une des affections suivantes : trouble mental ou nerveux (dépression, anxiété, stress, etc.), trouble touchant le système cérébral ou nerveux, troubles cardiaques ou circulatoires, douleurs thoraciques, souffle cardiaque, hypertension, taux élevé de cholestérol, diabète, cancer, tumeur, trouble pulmonaire ou du foie, hépatite (y compris l'état de porteur), affection rénale, anomalie urinaire, affection de la prostate, affection sanguine, trouble lymphatique ou glandulaire, infection rare, affection mammaire, troubles thyroïdiens, affection cutanée, trouble gastro-intestinal, ou toute autre maladie non mentionnée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. a-t-elle déjà eu des problèmes articulaires ou musculo-squelettiques (dos, cou, hanche, genoux, etc.), souffert d'arthrite, de paralysie, de faiblesse, de fibromyalgie ou de douleurs chroniques, subi des radiographies de la colonne vertébrale ou des articulations, ou été hospitalisée ou invalidée (d'un point de vue médical) pendant plus de deux semaines consécutives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. a-t-elle déjà subi un test de dépistage du VIH ou du sida dont le résultat a été positif, été traitée pour le VIH ou le sida ou été exposée au VIH ou au sida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. au cours des deux dernières années, a-t-elle eu un résultat anormal de mammographie, de test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique ou de tout autre test ou toute autre investigation, a-t-elle consulté un spécialiste, s'est-elle fait prescrire des médicaments, un autre traitement ou du counseling pour un trouble autre qu'une affection bénigne (rhume, grippe, etc.), ou a-t-elle reçu la recommandation d'effectuer une investigation plus approfondie, de voir un autre médecin ou de subir une chirurgie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DÉCLARATION DE SANTÉ (suite)

L'une des personnes à assurer (membre, conjoint ou enfants) :

Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre des questions 6 à 9 ci-dessus, veuillez donner des précisions ci-après.
S'il n'y a pas assez d'espace, veuillez utiliser une feuille distincte dûment signée et datée.

N° de la question	Nom du proposant	Nature du trouble	Date et durée	Résultat et état actuel (s'il n'y en a aucun, inscrivez « aucun »)	Médecin traitant ou hôpital

Nota : L'assureur peut exiger un examen médical, une analyse d'urine ou des tests, notamment un profil sanguin (incluant un test de dépistage du VIH), qui seront effectués sans frais pour le proposant. Tout test dont le résultat révèle une maladie infectieuse sera signalé aux autorités médicales compétentes, si la loi l'exige. Selon les renseignements médicaux fournis, Manuvie peut offrir une couverture d'assurance différente de celle qui a été demandée ou refuser votre demande de couverture.

10. a) A-t-on diagnostiqué chez votre père, votre mère, l'un de vos frères ou l'une de vos soeurs l'une des affections suivantes avant l'âge de 60 ans : maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral ou cancer?

Membre		Conjoint		Enfant(s)	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

b) A-t-on déjà diagnostiqué chez votre père, votre mère, l'un de vos frères ou l'une de vos soeurs l'une des affections suivantes : chorée de Huntington, polykystose rénale ou autre affection rénale (sauf les calculs rénaux), maladie de Parkinson, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig) ou autre maladie du motoneurone, diabète, hépatite, rétinite pigmentaire ou quelque maladie héréditaire que ce soit?

Si vous avez répondu « oui » à la question a) ou b) ci-dessus, veuillez fournir les précisions ci-dessous :

Nom du proposant	Membre de la famille	Affection (s'il s'agit d'un cancer, en précisez le type)	Âge au début de l'affection	Âge au décès et cause, s'il y a lieu

Renseignements sur les enfants (À remplir seulement si vous demandez l'assurance vie et accidents des enfants)

Nom de l'enfant	Sexe	Date de naissance	Taille	Poids	Nom et adresse du médecin de famille
	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	JJ / MM / AAAA	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> m/cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	JJ / MM / AAAA	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> m/cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	JJ / MM / AAAA	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> m/cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	JJ / MM / AAAA	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> m/cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	

S'il n'y a pas assez d'espace, veuillez utiliser une feuille distincte dûment signée et datée.

Membre		Conjoint	
OUI	NON	OUI	NON

11. Renseignements sur vos autres couvertures d'assurance

Est-ce que vous (le membre) ou votre conjoint avez une autre couverture d'assurance vie auprès de Manuvie ou d'une autre compagnie? Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom du proposant	Nom de la compagnie	Assurance individuelle ou d'entreprise	Montant	Prévoyez-vous remplacer cette couverture?
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez l'intention de remplacer une couverture (autre que celle dont vous bénéficiez peut-être au titre d'un régime d'assurance collective offert par un employeur), veuillez ne pas résilier votre couverture maintenant. Une déclaration ou un formulaire de remplacement peut être exigé. Il se pourrait que nous ne soyons pas en mesure d'établir un contrat d'assurance dans le cas d'un remplacement.

12. Renseignements financiers (À remplir seulement si la couverture totale d'assurance vie temporaire par personne [demandée et existante, auprès de toutes les compagnies] excède 250 000 \$)

Membre	Conjoint
Revenu annuel gagné net, après frais mais avant impôts _____ \$	Revenu annuel gagné net, après frais mais avant impôts _____ \$

6. RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Bénéficiaire de la couverture du membre

Par la présente, je (le membre) désigne la ou les personnes nommées ci-après pour recevoir tout capital-décès payable au titre de la couverture souscrite. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les prestations seront versées aux ayants droit.

Nom de famille _____ Prénom _____

Lien avec le membre _____ % de la prestation _____

Si vous désignez un bénéficiaire qui est mineur lorsque les prestations deviennent exigibles, ces prestations seront consignées au tribunal ou au curateur public, à moins qu'un fiduciaire n'ait été nommé. En désignant un fiduciaire ci-dessous, vous reconnaissez que si le bénéficiaire est mineur à la date de versement des prestations, celles-ci seront versées au fiduciaire, lequel les gardera en fiducie jusqu'à la majorité du bénéficiaire.

Fiduciaire :

Nom de famille _____ Prénom _____ Lien avec le bénéficiaire _____

Réserve aux résidents du Québec : Au Québec, si vous désignez un bénéficiaire qui a moins de 18 ans au moment où les prestations deviennent exigibles, ces prestations seront versées au tuteur ou à l'administrateur du bénéficiaire, et aucun fiduciaire ne peut être nommé. La désignation d'un conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, sauf indication contraire. (Cochez la case ci-dessous si la désignation est révocable.)

Je déclare que la présente désignation de bénéficiaire est révocable.

Bénéficiaire de la couverture du conjoint

Par la présente, je (le membre) désigne la ou les personnes nommées ci-après pour recevoir tout capital-décès payable au titre de la couverture souscrite. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les prestations seront versées aux ayants droit.

Nom de famille _____ Prénom _____

Lien avec le conjoint _____ % de la prestation _____

Si vous désignez un bénéficiaire qui est mineur lorsque les prestations deviennent exigibles, ces prestations seront consignées au tribunal ou au curateur public, à moins qu'un fiduciaire n'ait été nommé. En désignant un fiduciaire ci-dessous, vous reconnaissez que si le bénéficiaire est mineur à la date de versement des prestations, celles-ci seront versées au fiduciaire, lequel les gardera en fiducie jusqu'à la majorité du bénéficiaire.

Fiduciaire :

Nom de famille _____ Prénom _____ Lien avec le bénéficiaire _____

Réserve aux résidents du Québec : Au Québec, si vous désignez un bénéficiaire qui a moins de 18 ans au moment où les prestations deviennent exigibles, ces prestations seront versées au tuteur ou à l'administrateur du bénéficiaire, et aucun fiduciaire ne peut être nommé. La désignation d'un conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, sauf indication contraire. (Cochez la case ci-dessous si la désignation est révocable.)

Je déclare que la présente désignation de bénéficiaire est révocable.

7. DÉCLARATION ET AUTORISATION (Veuillez lire attentivement avant de signer)

Par la présente, je soussigné (le membre) présente une proposition d'assurance à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

J'atteste que les déclarations contenues dans la présente proposition, y compris la Déclaration de santé qui y était jointe 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 fausse déclaration, 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. Le suicide commis dans les deux (2) ans suivant la date d'effet n'est pas couvert. 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, Inc., 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 de dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé ou sur l'un des membres de ma famille à assurer au titre du présent régime ou sur son état de santé, à fournir les renseignements en question à Manuvie ou à ses réassureurs, aux fins de la présente proposition, du contrat ou de toute demande de règlement y afférente. J'autorise Manuvie à consulter ses dossiers existants à cette fin.

J'autorise également Manuvie, ses filiales, sociétés affiliées et agents à utiliser les renseignements fournis dans la présente proposition 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 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 PERSONNELS ainsi que l'AVIS SUR LA VIE PRIVÉE ET LA CONFIDENTIALITÉ et j'en accepte les conditions (voir la brochure).

Je soussigné (le membre) désigne par la présente la ou les personnes nommées comme bénéficiaires pour recevoir les sommes assurées payables à mon décès ou à celui de mon conjoint.

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 proposition et prendra fin 7 ans après la date de résiliation de tout contrat ou certificat établi à la suite de la présente proposition. 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.

L'assurance prendra effet à la date à laquelle Manuvie recevra la proposition dûment remplie (y compris ma Déclaration de santé dûment remplie), et la première prime, sous réserve de l'approbation des tarificateurs de la Compagnie. Je sais que toutes les données médicales doivent être exactes à la date à laquelle la proposition est signée. Si ma proposition est approuvée, je recevrai un certificat indiquant la couverture accordée et donnant un aperçu des principales dispositions du contrat. Il est entendu que si je ne suis pas assurable, le total des primes payées me sera remboursé.

Signature du membre

Date (jj/mm/aaaa)

Fait à (ville et province)

Signature du conjoint (si vous demandez la couverture du conjoint)

Date (jj/mm/aaaa)

Fait à (ville et province)

RAPPORT DU CONSEILLER

Vous confirmez que vous avez communiqué au demandeur les renseignements suivants :

- le nom de la ou des sociétés que vous représentez;
- le fait que vous recevez des commissions pour la vente de produits d'assurance vie, accidents et maladie, et que vous pouvez toucher une rémunération supplémentaire sous forme de boni, d'invitation à des congrès ou d'autres incitatifs; et
- tout conflit d'intérêts que vous pourriez avoir relativement à l'opération en cause.

Votre nom (prénom et nom de famille)	Code du conseiller	Signature
De quelle façon préférez-vous être joint? <input type="checkbox"/> par courriel <input type="checkbox"/> par téléphone, à mon domicile <input type="checkbox"/> par téléphone, au travail		
Plage horaire souhaitée <input type="checkbox"/> 10 h – 15 h <input type="checkbox"/> 15 h – 18 h		

Pour de plus amples renseignements sur ces couvertures et sur les autres régimes d'Ingénieurs Canada, visitez le www.manuvie.com/IngenieursCanadaVIE.

Pour un service personnalisé, composez sans frais le **1 877 598-2273** ou envoyez-nous un courriel à am_info@manuvie.com

VEUILLEZ FAIRE PARVENIR VOTRE PROPOSITION DÛMENT REMPLIE AVEC VOTRE PAIEMENT À :

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8

Les régimes d'assurance sont établis par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

21250 001 WCF15
AF1298F

14.6016 (07/14)

Le nom Manuvie et le logo qui l'accompagne sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence.

 **Manuvie**