

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

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

Au Québec

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

Toutes les provinces sauf le Québec

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

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

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

3 Autorisations, conventions et signatures

Dans la présente déclaration, les termes *vous*, *votre* et *vos* renvoient au titulaire de contrat ou à la personne titulaire des droits attachés au contrat, à l'assuré et au parent ou au tuteur de tout enfant désigné comme assuré mais n'ayant pas atteint l'âge de 18 ans (16 ans hors du Québec). Les termes *nous*, *notre*, *nos* et *la Compagnie* renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie), ses sociétés affiliées et ses filiales.

Les mises à jour concernant la présente déclaration et d'autres renseignements sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels sont publiés à l'adresse manuvie.ca.

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

Nous recueillons, utilisons, vérifions et communiquons vos renseignements personnels à des fins déterminées, et seulement avec votre consentement, ou dans la mesure où la loi l'exige ou l'autorise. En signant la demande, vous consentez à ce que nous recueillions, utilisions et communiquions vos renseignements personnels, tel qu'il est indiqué dans la présente Déclaration relative aux renseignements personnels. Toute modification au consentement doit faire l'objet d'une entente écrite avec la Compagnie.

Quels renseignements personnels recueillons-nous?

Selon le produit que vous avez demandé, nous recueillons des renseignements personnels précis à votre sujet, notamment :

- Des renseignements permettant d'établir votre identité, comme votre nom, votre adresse, vos numéros de téléphone, votre adresse courriel, votre date de naissance, votre numéro de permis de conduire, votre numéro de passeport ou votre numéro d'assurance sociale (NAS);
- Des renseignements médicaux que toute organisation ou personne possède à votre sujet;
- Tout test qui pourrait être nécessaire pour que nous décidions si nous vous assurons, et à quelles conditions, notamment un examen médical ou une analyse sanguine;
- Vos renseignements personnels auprès de MIB, LLC, comme l'explique la section Information concernant le MIB, LLC;
- Une copie de tout dossier de conduite automobile du bureau des véhicules automobiles de la province ou du territoire visé;
- Un rapport d'enquête, d'évaluation du crédit ou de solvabilité ou un rapport contenant des renseignements financiers provenant d'autres organisations ou d'une autre personne ou source possédant des renseignements ou des dossiers à votre sujet;
- 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;
- D'autres renseignements personnels dont nous pourrions avoir besoin pour administrer notre relation d'affaires avec vous.

Nous utilisons des moyens honnêtes et licites pour recueillir des renseignements personnels à votre sujet.

Où recueillons-nous des renseignements personnels à votre sujet?

- Les demandes et formulaires que vous avez remplis ainsi que les enregistrements des entretiens téléphoniques;
- D'autres interactions entre vous et la Compagnie;
- D'autres sources, notamment :
 - votre conseiller ou vos représentants autorisés,
 - des tiers avec lesquels nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de votre contrat maintenant et dans l'avenir,
 - des sources publiques, comme les organismes gouvernementaux, et les sites Internet.

À quelles fins utilisons-nous vos données?

Nous utilisons vos renseignements personnels aux fins suivantes :

- Administrer adéquatement 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, et établir le contrat et administrer les droits qui y sont attachés;
- Respecter les exigences légales et réglementaires;
- En apprendre davantage sur vous et sur la manière dont vous préférez faire affaire avec nous;
- Analyser les données qui nous aident à mieux comprendre nos clients afin que nous puissions améliorer les produits et services que nous fournissons;
- 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.

suite...

3 Autorisations, conventions et signatures (suite)

À qui communiquons-nous vos renseignements?

- Aux personnes, institutions financières et autres parties avec lesquelles nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de votre contrat 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 dispose du droit de superviser, directement ou indirectement, votre conseiller et ses employés;
- 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 et d'enquête et des services paramédicaux);
- À votre médecin;
- Aux organismes de santé publique concernés, si les tests de laboratoire effectués sur vous à notre demande donnent des résultats positifs relativement à des maladies infectieuses.

Les personnes, organisations et fournisseurs de services identifiés dans ce formulaire se trouvent au Canada et dans des territoires à l'étranger, 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.

Les renseignements personnels que vous fournissez dans la présente demande :

- Feront partie de tous les contrats à la suite de la présente demande, même si vous n'êtes ni le titulaire ni l'une des personnes à assurer au titre de ce contrat imprimé;
- Seront communiqués à tous les titulaires de ces contrats et à tout titulaire ultérieur ainsi qu'à toutes les personnes à assurer.

Pendant combien de temps conservons-nous vos renseignements personnels?

La plus longue des périodes suivantes :

- La période prescrite par la loi et les lignes directrices établies pour le secteur des services financiers, et
- La période requise pour administrer les produits et services que nous vous fournissons.

Retrait de votre consentement

Vous pouvez nous retirer votre consentement à l'utilisation de votre NAS ou de votre numéro d'entreprise, s'il y a lieu, à d'autres fins que celles de l'administration de l'impôt. Vous pouvez également nous retirer votre consentement à l'utilisation de vos renseignements personnels pour nous fournir des renseignements sur d'autres produits et services, sauf dans le cas des envois qui accompagnent vos relevés.

À moins que les lois fédérales ou provinciales ne vous en donnent le droit, vous ne pouvez pas nous retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation, à la conservation ou à la communication des renseignements personnels dont nous avons besoin pour établir ou administrer le contrat. Si vous nous retirez effectivement votre consentement, un contrat ne pourra être établi et les sommes dues ne pourront être versées aux termes du contrat, ou nous pourrions traiter le retrait de votre consentement comme une demande de résiliation du contrat.

Si vous souhaitez retirer votre consentement, téléphonez à notre Service à la clientèle au 1 888 MANUVIE (626-8843) au Québec, ou au 1 888 MANULIFE (626-8543) à l'extérieur du Québec, ou écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels.

Exactitude et accès

Vous nous informerez de tout changement apporté à vos coordonnées. 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. Si vous avez des questions, si vous voulez recevoir des renseignements supplémentaires au sujet des personnes qui ont accès à vos renseignements personnels ou en ce qui concerne nos politiques et procédures en matière de protection des renseignements personnels, ou si vous voulez consulter ou corriger les renseignements personnels vous concernant que nous avons en dossier, veuillez vous adresser par écrit au :

Responsable de la protection des renseignements personnels

Manuvie
500 King Street N
Waterloo (Ontario) N2J 4C6
Canada_Privacy@manulife.ca

Veillez noter qu'il est impossible de garantir la protection des communications par courriel. Ne nous envoyez pas de renseignements de nature confidentielle par courriel. En communiquant avec nous par courriel, vous nous autorisez à communiquer avec vous par courriel.

suite...

3 Autorisations, conventions et signatures (suite)

Refus du marketing direct

Vous avez le droit de refuser que nous vous offrions des produits supplémentaires. Si vous révoquez votre consentement à ce que nous utilisions vos renseignements personnels à des fins de marketing, vous savez que cela n'altérera pas notre capacité de continuer à vous fournir les produits et services que vous avez demandés, mais que cela ne vous permettra plus, en conséquence, de recevoir directement des offres spéciales ou personnalisées concernant d'autres produits et services.

Résolution des plaintes

Pour tout complément d'information, communiquez avec votre conseiller ou avec notre siège social aux numéros suivants :

1 888 626-8843 au Québec **ou** 1 888 626-8543 pour toutes les provinces sauf le Québec

Vous trouverez de plus amples renseignements sur notre processus de résolution des plaintes dans Internet à l'adresse manuvie.ca sous *Communiquez avec nous > Résolution des plaintes*.

Conditions relatives à la remise en vigueur d'un contrat

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

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

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

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

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

suite...

3 Autorisations, conventions et signatures (suite)

Communication de vos renseignements personnels à votre conseiller

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

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

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

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

Signatures

Veillez revoir la présente demande, y compris les autorisations et conventions, et signer ci-dessous. En signant ci-dessous, vous confirmez ce qui suit :

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

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

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

- La signature et le titre de deux signataires autorisés; **ou**
- La signature et le titre d'un signataire autorisé et le sceau de la société.

Si la société par actions n'a pas de sceau et que vous êtes la seule personne autorisée à signer en son nom, en plus de signer, vous devez apposer vos initiales dans la case prévue à cet effet.

Autorisation relative aux prélèvements mensuels (dans le cas de titulaires de compte qui ne sont ni titulaires de contrat ni assurés), si le contrat est tombé en déchéance dans les trois derniers mois.

Nom du titulaire de compte n° 1 (prénom et nom de famille) (si cette personne n'a pas signé ci-dessus)		Nom du titulaire de compte n° 2 (prénom et nom de famille) (si cette personne n'a pas signé ci-dessus)	
Signature du titulaire de compte n° 1*		Signature du titulaire de compte n° 2*	
X		X	
Titre (s'il y a lieu)		Titre (s'il y a lieu)	
Dans le cas d'une société par actions : dénomination sociale complète (y compris les mentions « Cie », « limitée », « inc. », etc.)			
Initiales	Apposez vos initiales ci-contre pour confirmer que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société par actions et que celle-ci ne possède pas de sceau. Vous devez également signer ci-dessus.		

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

Autorisation de communiquer des renseignements – Assuré « A »

Vous, votre et vos renvoient aux personnes à assurer et au père, à la mère ou au tuteur des enfants à assurer âgés de moins de 18 ans. Nous, notre et nos renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie). En signant ci-dessous, vous donnez l'autorisation et demandez aux médecins, praticiens, professionnels de la santé, hôpitaux, cliniques et autres établissements paramédicaux, aux sociétés d'assurance, au Bureau de renseignements médicaux et à tout autre organisme, institution, association ou personne possédant des renseignements ou des dossiers sur vous ou votre état de santé, ou sur vos enfants ou leur état de santé, le cas échéant, de les partager avec nous ou avec les réassureurs concernés. Vous nous autorisez également, nous ou nos réassureurs, à faire au MIB, LLC un bref rapport sur vos renseignements médicaux.

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

Si l'assuré a moins de 18 ans :
Lien avec l'assuré :

Mère Père Tuteur

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

Autorisation de communiquer des renseignements – Assuré « B »

Vous, votre et vos renvoient aux personnes à assurer et au père, à la mère ou au tuteur des enfants à assurer âgés de moins de 18 ans. Nous, notre et nos renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie). En signant ci-dessous, vous donnez l'autorisation et demandez aux médecins, praticiens, professionnels de la santé, hôpitaux, cliniques et autres établissements paramédicaux, aux sociétés d'assurance, au Bureau de renseignements médicaux et à tout autre organisme, institution, association ou personne possédant des renseignements ou des dossiers sur vous ou votre état de santé, ou sur vos enfants ou leur état de santé, le cas échéant, de les partager avec nous ou avec les réassureurs concernés. Vous nous autorisez également, nous ou nos réassureurs, à faire au MIB, LLC un bref rapport sur vos renseignements médicaux.

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

Si l'assuré a moins de 18 ans :
Lien avec l'assuré :

Mère Père Tuteur

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

Manuvie

Note de couverture

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

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

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

Détacher et remettre au titulaire du contrat

Manuvie

MIB, LLC

Nous estimons que les renseignements contenus dans votre demande sont confidentiels. Cependant, Manuvie ou ses réassureurs chargés de votre contrat peuvent faire un rapport au MIB, LLC (anciennement connu sous le nom de Bureau de renseignements médicaux) en se basant sur votre demande, ou à d'autres sociétés d'assurance auxquelles vous soumettez une proposition d'assurance vie, maladies graves, invalidité ou soins de longue durée ou auxquelles une demande de règlement a été présentée.

Le MIB, LLC est un organisme à but non lucratif mis sur pied par les sociétés d'assurance vie pour communiquer des renseignements à ses membres. Si vous soumettez une proposition d'assurance ou une demande de règlement à une société membre, le MIB, LLC communiquera tout renseignement qu'il possède à votre sujet dans ses dossiers.

Vous pouvez vérifier les renseignements contenus dans votre dossier, et exiger une rectification s'il y a lieu, en communiquant avec le bureau à l'adresse suivante :

MIB, LLC
330 University Avenue, Suite 501
Toronto (Ontario) M5G 1R7
Téléphone : 416 597-0590
Télécopieur : 416 597-1193
Courriel : canada_disclosure@mib.com

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

Votre droit de consulter vos renseignements personnels

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

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

Résolution des plaintes

Nous sommes heureux que vous ayez demandé à souscrire un contrat d'assurance de Manuvie. Soyez assuré que nous mettrons tout en oeuvre pour continuer de mériter votre confiance dans les années à venir. Si vous avez des questions sur le produit lui-même ou sur le service que vous recevez, nous y répondrons de façon juste et efficace.

Pour tout complément d'information, communiquez avec votre conseiller ou avec notre siège social à l'un des numéros suivants :

1 888 626-8843 au Québec

1 888 626-8543 dans toutes les autres provinces.

Pour de plus amples renseignements sur notre processus de résolution des plaintes, visitez le site manuvie.ca et effectuez une recherche au moyen de l'expression « résolution des plaintes ».

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

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