

Autorisation de communiquer des renseignements personnels

Vous, votre et vos renvoient à la personne à assurer. *Nous, notre et nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. *Proposition* renvoie au document que vous avez signé pour souscrire une assurance ou pour demander une modification de votre contrat d'assurance.

Si vous signez le présent formulaire, vous nous autorisez à communiquer vos renseignements personnels à votre conseiller.

Nous n'avons pas besoin de cette autorisation pour prendre une décision relativement à votre proposition.

Instructions

Joignez le présent formulaire à la proposition d'assurance (NN7000F, NN7009F) ou au livret signatures (NN7006F). Le libellé du présent formulaire ne peut être altéré de quelque façon que ce soit. Toute tentative de le faire sera sans effet.

1 Renseignements généraux	Numéro de la proposition	Nom du conseiller (prénom et nom de famille)	Code du conseiller
2 Autorisation	<p>Si vous signez le présent formulaire, vous nous autorisez à faire ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> communiquer à votre conseiller des renseignements sur votre proposition et sur notre évaluation de celle-ci; transmettre à votre conseiller des copies de toute la correspondance que nous vous envoyons à propos de votre proposition. <p>Nous pouvons envoyer à votre conseiller les renseignements suivants relatifs à votre proposition :</p> <ul style="list-style-type: none"> résultats des examens médicaux et des analyses de laboratoire; autres renseignements personnels confidentiels ayant trait aux maladies – y compris les maladies mentales, les maladies infectieuses et les autres affections médicales – à l'usage de médicaments, à l'usage de drogues ou d'alcool et à toute cure de désintoxication; autres données sur votre état de santé que nous découvrons lorsque nous évaluons votre proposition, mais que vous ne connaissez peut-être pas lorsque vous soumettez votre proposition; antécédents d'emploi et finances personnelles; tout dossier d'activités criminelles; et, autres faits touchant votre mode de vie et leur incidence sur notre décision de vous assurer. 		
3 Signatures	<p>En signant le présent formulaire, vous convenez de ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> Vous avez lu et compris les renseignements qui y figurent. Vous nous autorisez à communiquer à votre conseiller les renseignements énoncés à la section 2 ci-dessus. Même si vous signez le présent formulaire, nous pouvons nous abstenir de transmettre à votre conseiller des renseignements médicaux personnels très délicats. Il est entendu que la présente autorisation est valide pendant la période de quinze (15) jours qui suit la plus éloignée des dates suivantes : <ul style="list-style-type: none"> a) date à laquelle nous établissons un nouveau contrat d'assurance ou modifions un contrat d'assurance existant; et b) date à laquelle nous vous envoyons un avis de refus de votre proposition. Vous pouvez à tout moment révoquer ou annuler la présente autorisation en nous appelant au 1 888 626-8843 (au Québec), ou au 1 888 626-8543 (hors du Québec). 		
	Nom de la personne à assurer « A » <input checked="" type="checkbox"/>	Signature de la personne à assurer « A »	
	Date de signature (jj/mmmm/aaaa – par exemple 23/JUIL/2013)	Signature du témoin <input checked="" type="checkbox"/>	
	Nom de la personne à assurer « B »	Signature de la personne à assurer « B » <input checked="" type="checkbox"/>	
	Date de signature (jj/mmmm/aaaa – par exemple 23/JUIL/2013)	Signature du témoin <input checked="" type="checkbox"/>	
	Nom du titulaire n° 1 (s'il ne s'agit pas d'une personne à assurer)	Signature du titulaire n° 1 <input checked="" type="checkbox"/>	
	Date de signature (jj/mmmm/aaaa – par exemple 23/JUIL/2013)	Signature du témoin <input checked="" type="checkbox"/>	
	Nom du titulaire n° 2 (s'il ne s'agit pas d'une personne à assurer)	Signature du titulaire n° 2 <input checked="" type="checkbox"/>	
	Date de signature (jj/mmmm/aaaa – par exemple 23/JUIL/2013)	Signature du témoin <input checked="" type="checkbox"/>	