

Dans le présent formulaire, *vous, votre* et *vos* renvoient au demandeur; *nous, notre* et *nos* renvoient à l'assureur qui a établi le ou les contrats indiqués ci-dessous. S'il s'agit d'une demande de règlement vie au titre d'un régime d'assurance collective offert par l'employeur, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime pour obtenir un formulaire de demande de règlement d'assurance vie collective. Vous pouvez aussi obtenir ce formulaire en vous adressant au service des Règlements Vie, Assurance collective, d'Halifax, par téléphone au 1 866 447-4517, ou de Montréal, au 1 866 236-6313, ou en envoyant un courriel à l'adresse Group\_Life\_Claims@Manuvie.com.

**Écrire lisiblement, en caractères d'imprimerie.**

**Retourner le présent formulaire à l'une des adresses figurant à la page 4.**

<b>1 Renseignements sur le défunt</b>	Numéro du ou des contrats				
	Nom du défunt (prénom et nom de famille)			État matrimonial (sans objet dans le cas des contrats d'Investissements Manuvie)	
	Province de résidence	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Date du décès (jj/mmmm/aaaa)		
<b>1.1 Renseignements sur le demandeur</b>	Nom du demandeur (prénom et nom de famille) ou celui de l'entreprise (si le bénéficiaire est une société)				
	Adresse du demandeur (numéro et rue)				
	Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone ( )	
	<b>Si le nom indiqué ci-dessus diffère de celui figurant dans nos dossiers, veuillez fournir les documents attestant du changement de nom.</b>				
	Le numéro d'assurance sociale ou le numéro d'entreprise est exigé pour la déclaration des intérêts et à d'autres fins d'ordre fiscal. Si le demandeur n'a pas de numéro d'assurance sociale ou de numéro d'entreprise, veuillez inscrire « Pas de numéro ».	OU OU OU ET SI	Si vous faites la présente demande de règlement à titre de bénéficiaire, indiquez votre numéro d'assurance sociale (NAS).		
			Si vous faites la présente demande de règlement à titre de représentant des ayants droit, indiquez le NAS du défunt.		
			Si le bénéficiaire dont vous êtes le représentant est une société, indiquez le numéro d'entreprise utilisé aux fins fiscales.		
			Si vous faites la demande à titre de fiduciaire d'un bénéficiaire, indiquez le NAS du bénéficiaire.		
			Votre entreprise est située au Québec, indiquez aussi le numéro d'entreprise du Québec.		
	Avez-vous 18 ans ou plus? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Si <i>non</i> , veuillez indiquer votre date de naissance. (jj/mmmm/aaaa)		
En quelle qualité ou à quel titre demandez-vous le versement des sommes assurées? (p. ex., bénéficiaire désigné, exécuteur testamentaire ou liquidateur, cessionnaire)			Votre lien avec le défunt		
<b>Le défunt a-t-il laissé un testament? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</b>					
<b>2 Paiement des sommes assurées</b>	<b>Choisissez l'une des options suivantes :</b>				
	<input type="radio"/> <b>Virement des sommes assurées à un compte Avantage</b> Compte bancaire personnel de la Banque Manuvie, offrant un taux d'intérêt élevé et un accès facile à votre argent. (Veuillez remplir la section 5 pour ouvrir un compte.)				
	<input type="radio"/> <b>Paiement par chèque</b>				
	<input type="radio"/> <b>Paiement par virement automatique (veuillez joindre un chèque portant la mention « NUL » à la présente page) Sans objet pour les Marchés des groupes à affinités</b>				
	<input type="radio"/> <b>Autre (Veuillez remplir la section 3.)</b>				
<b>3 Autres options de paiement</b>	<b>Choisissez l'une des options suivantes :</b>				
Sans objet pour les Marchés des groupes à affinités	<input type="radio"/> <b>Transfert au titre d'une option de règlement souscrite auprès de nous</b> Exemple : rente certaine ou rente viagère – veuillez remplir le formulaire <i>Demande de souscription de rente</i> (NN0486F).				
	<input type="radio"/> <b>Affectation à un contrat, nouveau ou existant, souscrit auprès de nous</b> Veuillez joindre le formulaire de demande ou de dépôt pertinent.				
	Numéro du contrat		Au besoin, inscrire les données sur le paiement et le placement.		
	<input type="radio"/> <b>Transfert des fonds du REER dans un REER souscrit auprès de nous ou d'une autre institution</b> (Veuillez remplir la section 4.)				
	<input type="radio"/> <b>Continuation du service de la rente, s'il y a lieu</b> Virement automatique des versements à votre compte (veuillez joindre un chèque portant la mention « NUL » à la présente page). En choisissant cette option, vous et vos héritiers, exécuteurs testamentaires, administrateurs et ayants droit convenez que toute somme versée à votre compte bancaire après votre décès nous sera remboursée pour que nous la versions à la personne ou aux personnes qui y auront droit au titre de la rente, s'il y a lieu.				

**4 Transfert des fonds du REER et extinction de l'obligation**

Sans objet pour les Marchés des groupes à affinités

Vous demandez que la somme approximative de \_\_\_\_\_ \$ soit transférée à titre de prestation de décès du ou des contrats enregistrés n<sup>os</sup> \_\_\_\_\_ à :

Nom de l'entreprise	Numéro du contrat ou du compte
---------------------	--------------------------------

Adresse de l'entreprise (s'il ne s'agit pas de la Financière Manuvie)

Ces fonds sont transférés à titre de prestation de décès, tel qu'il est permis en vertu de la clause applicable de la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada. Ce transfert nous libérera de toutes nos obligations à l'égard du ou des contrats susmentionnés.

**Assurance individuelle et Marchés des groupes à affinités seulement**

**5 Renseignements sur le défunt**

Sans objet dans le cas des contrats d'Investissements Manuvie

Lieu du décès

**Cause du décès (Le règlement ne peut pas être effectué sans indication de la cause du décès.)**

Nom du médecin de famille du défunt et de tout autre médecin qu'il a consulté au cours des cinq dernières années. Si vous avez besoin de plus d'espace, utilisez un deuxième formulaire ou une feuille de papier distincte (doivent aussi être datés et signés).

Médecin de famille	<b>Nom (en caractères d'imprimerie)</b>	<b>Adresse</b>	<b>Numéro de téléphone</b>
	<b>Date (jj/mmmm/aaaa)</b>	<b>Raison de la consultation</b>	

Autre médecin	<b>Nom (en caractères d'imprimerie)</b>	<b>Adresse</b>	<b>Numéro de téléphone</b>
	<b>Date (jj/mmmm/aaaa)</b>	<b>Raison de la consultation</b>	

Autre médecin	<b>Nom (en caractères d'imprimerie)</b>	<b>Adresse</b>	<b>Numéro de téléphone</b>
	<b>Date (jj/mmmm/aaaa)</b>	<b>Raison de la consultation</b>	

Nom et adresse des hôpitaux ou établissements où le défunt a été traité au cours des cinq dernières années.

Hôpital ou institution (en caractères d'imprimerie)	Adresse	Raison	Date (jj/mmmm/aaaa)

Date approximative à laquelle l'état de santé du défunt a commencé à se détériorer. (jj/mmmm/aaaa)

À votre connaissance, le défunt a-t-il déjà fumé ou fait usage de tabac, de produits de désaccoutumance au tabac ou de marijuana?  
 Oui  Non  Ne sais pas

Si oui, veuillez indiquer la quantité par jour : Cigarettes \_\_\_\_\_ Pipe \_\_\_\_\_ Autre produits \_\_\_\_\_

Pendant combien de temps le défunt a-t-il fait usage de tabac, de produits de désaccoutumance au tabac ou de marijuana?

Le défunt a-t-il déjà cessé de fumer?  Oui  Non  Ne sais pas

Si oui, quand?

Si oui, pendant combien de temps?

## 6 Autorisation et consentement

Avant de signer, il importe de lire l'information ci-contre concernant la collecte et l'utilisation de tout renseignement personnel afférent à la présente Déclaration du demandeur.

Dans la présente section, par *renseignements personnels* on entend soit les renseignements personnels sur le défunt, soit les renseignements personnels sur vous.

### Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

En signant ci-dessous, vous consentez à ce que nous utilisions aux fins suivantes les renseignements personnels que nous recueillons :

- confirmer votre identité et celle du défunt et vous identifier, vous et le défunt, d'une manière distinctive;
- évaluer et administrer les demandes de règlement présentées au titre du ou des contrats.

En signant ci-dessous, vous autorisez les médecins, praticiens, professionnels de la santé, hôpitaux, cliniques, autres établissements médicaux ou paramédicaux, sociétés d'assurance, organismes, institutions, associations ou personnes possédant des renseignements ou des dossiers sur le défunt, à partager avec nous ou avec les réassureurs concernés, tout renseignement sur le défunt dont nous avons besoin pour administrer la demande de règlement et verser le capital-décès.

Dans le cas d'un contrat d'Investissements Manuvie, si vous devenez titulaire du contrat, vous comprenez et acceptez que la Financière Manuvie puisse recueillir, utiliser et conserver les renseignements personnels qui ont été fournis. Nos politiques et pratiques en matière de confidentialité peuvent être consultées dans nos brochures explicatives (pour les contrats à fonds distincts) ou dans nos contrats (pour les comptes à intérêt garanti et les rentes immédiates), ou encore sur notre site Web à l'adresse <http://www.manuvie.ca/investissements>.

### Conservation des renseignements personnels

En signant ci-dessous, vous convenez que nous conserverons les renseignements personnels que nous recueillons pendant la plus longue des périodes suivantes :

- période prescrite par la loi et par les directives établies pour l'industrie des services financiers ou jusqu'à l'expiration du délai de prescription ou
- période nécessaire pour administrer la demande de règlement.

### Communication des renseignements personnels

Nous protégeons les renseignements personnels que nous recueillons et nous les mettons en sûreté en les stockant dans un dossier individuel. Seuls les personnes et fournisseurs de services suivants ont accès aux renseignements personnels :

- nos employés et mandataires qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches;
- les réassureurs concernés;
- les fournisseurs de services externes qui en ont besoin pour nous fournir leurs services, notamment :
  - les enquêteurs en sinistres et les organismes d'enquête;
  - le conseiller en assurance du défunt et toute agence d'assurance qui emploie le conseiller ou l'a nommé son agent, directement ou indirectement, ainsi que leurs employés;
- les personnes à qui vous ou le défunt avez accordé l'accès; et
- les personnes autorisées par la loi à examiner ces renseignements personnels.

Ces personnes, organismes et fournisseurs de services peuvent se trouver dans d'autres provinces ou dans des territoires de compétence à l'extérieur du Canada. Vos renseignements personnels peuvent être communiqués conformément aux lois de ces territoires de compétence.

## 7 Révocation de consentement

Vous pouvez révoquer votre consentement à ce que nous recueillions, utilisions, communiquions et conservions les renseignements personnels dont nous avons besoin pour évaluer et administrer la demande de règlement.

Si vous révoquez votre consentement ou si nous n'avons pas un consentement valide, tel que décrit dans la présente Déclaration du demandeur, vous convenez que cela peut entraîner les conséquences suivantes jusqu'à ce qu'un consentement valide soit donné :

- le capital-décès ne sera pas versé si vous révoquez votre consentement avant que la demande de règlement ne soit évaluée et traitée;
- ni vous ni les ayants droit du défunt ne pourrez exercer des droits au titre du contrat sans notre consentement.

**Pour révoquer votre consentement** à ce que nous recueillions, utilisions ou communiquions les renseignements personnels, appelez notre Centre de service à la clientèle ou écrivez au Responsable de la protection des renseignements personnels concerné à l'adresse ci-dessous.

### Droit d'accès aux renseignements personnels et demandes de renseignements

Vous pouvez demander un exemplaire de nos politiques et pratiques sur le traitement des renseignements personnels. Si vous êtes le bénéficiaire, vous pouvez demander à vérifier les renseignements personnels à votre sujet qui figurent dans nos dossiers. Si vous êtes un représentant des ayants droits, vous pouvez demander à vérifier les renseignements personnels du défunt qui figurent dans nos dossiers. Vous pouvez demander de faire corriger toute donnée inexacte en nous écrivant à l'une des adresses suivantes :

**Assurance individuelle** OU  
Responsable de la protection des renseignements personnels - Assurance individuelle  
Financière Manuvie  
25 Water Street S.  
P.O. Box 800, Stn. C  
Kitchener (Ontario) N2G 4Y5

**Investissements** OU  
Responsable de la protection des renseignements personnels - Investissements Manuvie  
Del. Stn. 500-2-B  
500 King Street N.  
P.O. Box 1602, Stn. Waterloo  
Waterloo (Ontario) N2J 4C6

**Marchés des groupes à affinités**  
Responsable de la protection des renseignements personnels - Marchés des groupes à affinités  
Financière Manuvie  
P.O. Box 4213, Stn. A  
Toronto (Ontario) M5W 5M3

Vos renseignements personnels seront utilisés et stockés conformément à la politique et aux procédures de la Financière Manuvie. (Vous pouvez vous procurer ce document auprès du Responsable de la protection des renseignements personnels ou sur notre site Web à [www.manuvie.ca](http://www.manuvie.ca) sous POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ.)

**Signature exigée** →

## 8 Signatures

En signant ci-dessous, vous confirmez ce qui suit :

- à votre connaissance, tous les renseignements contenus dans la présente Déclaration du demandeur sont à jour, exacts et complets;
- vous acceptez les conditions de la présente Déclaration du demandeur;
- vous faites toutes les déclarations et attestations, et donnez toutes les autorisations contenues dans la présente Déclaration du demandeur;
- vous convenez qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Êtes-vous un représentant des ayants droit du défunt (p. ex., liquidateur ou exécuteur testamentaire)?  Oui  Non  
Si vous, le demandeur, êtes aussi un représentant des ayants droit ou un membre de la famille immédiate, vous consentez à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels sur le défunt, tel qu'il est mentionné plus haut.

Nota :

- Si le bénéficiaire est une succession ou une fiducie, tous les exécuteurs testamentaires, liquidateurs, administrateurs et fiduciaires doivent signer le présent formulaire.
- Dans le cas de contrats d'assurance individuelle et des Marchés des groupes à affinités, si le bénéficiaire 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.
- Dans le cas de contrats d'Investissements Manuvie, si le bénéficiaire est une société par actions, les signatures doivent être fournies conformément à la résolution du conseil d'administration, dont une copie doit être jointe au formulaire.
- Dans le cas d'une entité sans personnalité morale, veuillez fournir les documents indiquant les personnes autorisées à signer au nom de l'entité.

**Avis afférent à la fraude : Quiconque produit sciemment une demande de règlement contenant des renseignements faux ou trompeurs est passible de sanctions civiles et criminelles. De plus, l'assureur peut refuser de verser des prestations si le proposant ou le demandeur a fourni de faux renseignements dans le cadre de la proposition ou de la demande de règlement.**

Nom du défunt (prénom et nom de famille)	Numéro du ou des contrats
Fait à (ville et province)	Date (jj/mmmm/aaaa)

### Si le demandeur est un particulier, une fiducie ou une succession

Signature du demandeur X	Numéro de téléphone au domicile ( )	Numéro de téléphone au travail ( )
Signature du demandeur X	Numéro de téléphone au domicile ( )	Numéro de téléphone au travail ( )

### Si le demandeur est une société par actions ou une entité sans personnalité morale

Signature du signataire autorisé X	Titre	Numéro de téléphone au travail ( )
Signature du signataire autorisé X	Titre	Numéro de téléphone au travail ( )

## 9 Directives pour l'envoi postal

Envoyer le formulaire Déclaration du demandeur dûment rempli à l'adresse appropriée :

**Assurance individuelle ou Investissements Manuvie  
Financière Manuvie  
500 King Street N.  
P.O. Box 1602, Stn. Waterloo  
Waterloo (Ontario) N2J 4C6**

**Marché des groupes  
à affinités  
Financière Manuvie  
P.O. Box 4213, Stn. A  
Toronto (Ontario) M5W 5M3**

Remplissez le reste du présent  
formulaire pour demander l'ouverture  
d'un compte Avantage.

**Pour vous donner le temps de prendre la bonne décision :** Le compte Avantage est une solution simple et pratique qui vous donne le temps dont vous avez besoin pour examiner attentivement vos options financières. Si vous voulez plus d'information sur le compte Avantage, contactez la Banque Manuvie au 1 877 765-2265.

<b>1 Renseignements sur le conseiller (s'il y a lieu)</b>	Nom du conseiller (prénom et nom de famille)				Numéro de téléphone ( )	
	Code du conseiller	Code du courtier	Succursale	Société ou courtier	Numéro de télécopieur ( )	
	Adresse postale					
	Ville			Province	Code postal	
<b>2 Renseignements sur le titulaire principal du compte</b>  <i>La Banque Manuvie utilisera l'adresse ci-contre pour toute correspondance.</i>	<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> M <sup>me</sup> <input type="radio"/> Autre ►					
	Nom et prénom du titulaire du compte					
	Adresse (numéro, rue, appartement)					
	Ville			Province	Code postal	
	Adresse électronique			Pays de résidence		
	Numéro de téléphone au domicile ( )			Numéro de téléphone au travail ( )		
	<b>Identification et renseignements obligatoires</b>					
	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)			Numéro d'assurance sociale		
	Profession		Nom de l'employeur		Numéro de téléphone de l'employeur ( )	
	Adresse de l'employeur		Ville	Province	Code postal	
Demandeurs qui ont un conseiller	<b>Veillez indiquer les deux types de documents ayant servi à vérifier l'identité du client (au moins un document doit être délivré par l'État) :</b>					
	<input type="radio"/> Permis de conduire canadien <input type="radio"/> Passeport canadien <input type="radio"/> Carte de citoyenneté canadienne <input type="radio"/> Autre ►					
	Numéro du document			Document délivré par		
	<input type="radio"/> Permis de conduire canadien <input type="radio"/> Passeport canadien <input type="radio"/> Carte de citoyenneté canadienne <input type="radio"/> Autre ►					
Demandeurs qui n'ont pas de conseiller	Numéro du document			Document délivré par		
	Pour vérifier votre identité, la Banque Manuvie exige que vous joigniez un chèque personnel d'un montant symbolique (tel 5 \$), payable à vous-même et tiré sur une institution financière canadienne. Ce chèque sera déposé à votre compte Avantage avec le capital-décès.					
<b>3 Renseignements sur le cotitulaire du compte (s'il y a lieu)</b>	<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> M <sup>me</sup> <input type="radio"/> Autre ►					
	Nom et prénom du cotitulaire du compte					
	<b>Identification et renseignements obligatoires</b>					
	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)			Numéro d'assurance sociale		
	Profession		Nom de l'employeur		Numéro de téléphone de l'employeur ( )	
	Adresse de l'employeur		Ville	Province	Code postal	

<b>3 Renseignements sur le cotitulaire du compte (suite)</b>  Demandeurs qui ont un conseiller	<i>Veuillez indiquer les deux types de documents ayant servi à vérifier l'identité du client (au moins un document doit être délivré par l'État) :</i>				
	<input type="radio"/> Permis de conduire canadien <input type="radio"/> Passeport canadien <input type="radio"/> Carte de citoyenneté canadienne <input type="radio"/> Autre ►				
Demandeurs qui n'ont pas de conseiller	Numéro du document		Document délivré par		
	<input type="radio"/> Permis de conduire canadien <input type="radio"/> Passeport canadien <input type="radio"/> Carte de citoyenneté canadienne <input type="radio"/> Autre ►				
<b>Instructions relatives aux signatures</b>	Numéro du document		Document délivré par		
	Comptes conjoints : L'un ou l'autre des titulaires signe. Remarque : Si tous les demandeurs doivent signer, la carte Si tous les titulaires doivent signer, cochez ici. <input type="radio"/> Accès ne pourra être émise.				
	<input type="radio"/> Cochez si l'adresse du cotitulaire est la même que celle du titulaire.				
	Adresse (numéro, rue, appartement)		Ville	Province	Code postal
	Adresse électronique		Pays de résidence		Numéro de téléphone au domicile (    )
<b>4 Services supplémentaires</b>  Commande de chèques et de bordereaux de dépôt SNDD	<input type="radio"/> Chèques personnalisés <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 150 (Communiquez avec nous pour connaître les frais applicables.) <input type="radio"/> Bordereaux de dépôt SNDD Cochez ici pour commander des bordereaux pour la succursale bancaire locale (prévoir un délai de livraison de 4 à 6 semaines). Une carte Accès vous sera envoyée une fois votre compte activé. La carte Accès ne pourra être émise si le titulaire est âgé de moins de 16 ans, sauf si le père, la mère ou le tuteur joint son consentement à la demande.				
<b>5 Renseignements sur les tiers</b>  Cette section doit être remplie.	Ce compte sera-t-il utilisé par un tiers ou au nom d'un tiers? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si vous avez répondu <i>oui</i> , veuillez remplir le formulaire <i>Données relatives à un tiers</i> (AB0321F) et le joindre à la présente demande.				
<b>6 Conditions</b>	J'ai demandé / Nous avons demandé à bénéficier des services indiqués dans la présente et je reconnais que je suis / nous reconnaissons que nous sommes lié(s) par les conditions régissant ces services. En signant la présente demande, je confirme / nous confirmons que les renseignements fournis sont véridiques et complets. Je reconnais / Nous reconnaissons que la Banque Manuvie me / nous remettra avant d'ouvrir le compte la <i>Convention Tenue de compte</i> , document dans lequel sont stipulées les conditions relatives à la tenue du compte. Je reconnais / nous reconnaissons qu'un exemplaire de la brochure « La Banque Manuvie vous souhaite la bienvenue », dans laquelle sont énoncés les frais applicables à mon / notre compte, me / nous sera remise. Je reconnais / nous reconnaissons que la Banque Manuvie émettra une carte Accès à mon / notre intention. La Banque Manuvie peut modifier ses taux d'intérêt à l'occasion; elle communiquera toute modification de ses taux d'intérêt au moyen de ses services bancaires par téléphone et par Internet. Il est entendu que je peux / nous pouvons visiter le site Internet de la Banque Manuvie à l'adresse <a href="http://banquemanuvie.ca">banquemanuvie.ca</a> ou téléphoner au 1 877 765-2265.				
<b>7 Virements de fonds</b>  Autre(s) compte(s)	La Banque Manuvie peut débiter ou créditer le compte ouvert par suite de la présente demande, ainsi que mes / nos autres comptes (les « autres comptes ») désignés ci-après, ouverts auprès d'autres institutions financières (les « autres institutions financières ») nommées ci-dessous, lorsqu'elle transfère des fonds entre eux, sous réserve des limites et des conditions imposées par la Banque et les autres institutions financières.				
	Autre institution financière		Numéro de succursale	Numéro de domiciliation	Numéro de compte
Instructions de virement	Autre institution financière		Numéro de succursale	Numéro de domiciliation	Numéro de compte
	Autre institution financière		Numéro de succursale	Numéro de domiciliation	Numéro de compte
	Pour chacun des autres comptes, je joins / nous joignons à la présente un chèque personnalisé, préimprimé, portant mon /notre nom complet et la mention « NUL » (obligatoire pour procéder à un virement de fonds). Je m'engage / nous nous engageons à aviser la Banque par écrit de toute modification des renseignements sur le compte fournis dans la présente demande au moins cinq (5) jours ouvrables avant la date du prochain virement de fonds.				
	Les renseignements ci-dessous sont nécessaires pour autoriser la Banque Manuvie à effectuer un transfert de fonds ponctuel ou des transferts de fonds périodiques.				
Montant \$		Date du début (jj/mmmm/aaaa)	Date de fin (jj/mmmm/aaaa)	<input type="radio"/> Unique <input type="radio"/> Bimensuel <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Toutes les deux semaines <input type="radio"/> Hebdomadaire	
Du compte			Au compte		

<b>7 Virements de fonds (suite)</b>	Montant \$	Date du début (jj/mmmm/aaaa)	Date de fin (jj/mmmm/aaaa)	<input type="radio"/> Unique <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Hebdomadaire	<input type="radio"/> Bimensuel <input type="radio"/> Toutes les deux semaines
	Du compte		Au compte		
	Montant \$	Date du début (jj/mmmm/aaaa)	Date de fin (jj/mmmm/aaaa)	<input type="radio"/> Unique <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Hebdomadaire	<input type="radio"/> Bimensuel <input type="radio"/> Toutes les deux semaines
	Du compte		Au compte		
Je certifie / nous certifions que toutes les personnes dont la signature est requise relativement au compte ou aux autres comptes ont signé la présente demande. Je reconnais / nous reconnaissons avoir lu les conditions relatives aux virements de fonds pour le compte désigné dans la <i>Convention Tenue de compte</i> et les avoir acceptées.					
<b>8 Renseignements personnels</b>	<p><b>J'atteste / nous attestons avoir lu et compris la <i>Déclaration relative aux renseignements personnels</i> comprise dans la <i>Convention Tenue de compte</i> et je consens / nous consentons à la collecte, à l'utilisation et à la communication de mes / nos renseignements personnels, conformément aux dispositions de la <i>Déclaration relative aux renseignements personnels</i>, énoncées sous les rubriques suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collecte, utilisation et communication de mes renseignements personnels</li> <li>• Personnes pouvant avoir accès à mes renseignements personnels</li> <li>• Fournisseurs de services</li> <li>• Autres produits offerts</li> <li>• Retrait de mon consentement</li> <li>• Accès à mes renseignements personnels et demandes de renseignements</li> </ul> <p>Il est entendu que je peux / nous pouvons communiquer avec le Service à la clientèle de la Banque Manuvie, au 1 877 765-2265, pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des politiques de la Banque en matière de confidentialité ou sur les modalités de retrait de mon / notre consentement.</p> <p>Conformément à la <i>Déclaration relative aux renseignements personnels</i>, j'autorise / nous autorisons la Banque à obtenir, à vérifier, à communiquer, à partager et à échanger des renseignements personnels à mon / notre sujet, ce jour et dans l'avenir, avec les personnes, institutions financières, sociétés par actions ou autre tiers avec qui j'ai ou j'envisage / nous avons ou envisageons d'avoir des relations financières ou personnelles, ou qui détiennent des informations au sujet de telles relations, comme les agences d'évaluation du crédit. Mes / nos renseignements personnels serviront à vérifier mon / notre identité et l'exactitude des renseignements que je fournis / nous fournissons ou que la Banque recueille en vertu du présent consentement ou en d'autres occasions permises ou stipulées par la loi, à évaluer mes / nos antécédents financiers afin d'établir mon / notre admissibilité aux produits et services que je demande / nous demandons ou que la Banque m'offre ou nous offre, maintenant ou plus tard, à administrer et à gérer mes / nos dossiers financiers et à assurer l'exactitude et l'intégrité du système d'enregistrement des crédits. J'autorise / nous autorisons également toute personne avec qui la Banque communique en vertu de cette autorisation à fournir de tels renseignements. J'autorise / nous autorisons la Banque Manuvie à enregistrer mes / nos conversations téléphoniques avec elle à des fins d'administration de mon / notre compte et de contrôle de la qualité du service à la clientèle. Si je ne veux pas / nous ne voulons pas que mes / nos conversations téléphoniques soient enregistrées, je conviens / nous convenons de communiquer avec la Banque uniquement par écrit et je demande / nous demandons à la Banque de communiquer avec moi / nous uniquement par écrit. Il est entendu qu'aucune tentative de ma / notre part de modifier le présent formulaire n'aura pour effet d'en modifier les dispositions ou de lier la Banque, ses mandataires ou ses fournisseurs de quelque façon que ce soit.</p>				
<b>9 Signatures</b>	Je conviens / nous convenons que mon / notre représentant pourra, s'il y a lieu, recevoir une rémunération de suivi fondée sur le solde mensuel minimum de mon / notre compte.				
	Signature du titulaire principal du compte <b>X</b>			Date (jj/mmmm/aaaa)	
	Signature du cotitulaire du compte <b>X</b>			Date (jj/mmmm/aaaa)	
<b>10 Déclaration du conseiller (s'il y a lieu)</b>	Je confirme avoir examiné l'original des pièces d'identité produites par le demandeur. Je m'engage à fournir le formulaire « Données relatives à un tiers » dûment rempli, au besoin. Si je découvre que le compte est utilisé au bénéfice d'un tiers, je m'engage également à en informer la Banque.				
	Signature du conseiller <b>X</b>			Date (jj/mmmm/aaaa)	