

Demande de modification
AUCUNE preuve d'assurabilité exigée

- *Nous, notre* et *nos* renvoient à l'assureur qui a établi le contrat indiqué ci-dessous.
- *Vous, votre* et *vos* renvoient au titulaire du contrat.
- Dans le cas de Synergie, le mot *contrat* renvoie également à *solution*.

Envoyer par la poste ou par télécopieur à :

Au Québec

 Financière Manuvie, Assurance individuelle
 2000, rue Mansfield, bureau 1310
 Montréal (Québec) H3A 3A1
 Téléc. : 1 877 271-5494

Toutes les provinces sauf le Québec

 Manulife Financial, Individual Insurance
 500 King Street North
 P.O. Box 1669
 Waterloo (Ontario) N2J 4Z6
 Téléc. : 1 877 763-8834

1 Renseignements généraux <i>Assuré</i> renvoie à une personne assurée au titre du contrat ou d'une garantie complémentaire.	Numéro du contrat	Code de la succursale	Nom du conseiller	Code du conseiller
2a Modifications s'appliquant à tous les types de contrats * Pour changer l'option de participations « capitalisation » pour celle de « bonifications d'assurance libérée », remplissez le formulaire <i>Demande de modification</i> (NN7001F). ** Pour changer l'option du capital-décès pour l'option coût croissant, remplissez le formulaire <i>Demande de modification</i> (NN7001F). *** Pour ajouter un beau-fils, une belle-fille ou un enfant adopté légalement à une garantie existante, ou si le contrat nécessite une preuve d'assurabilité pour chaque enfant, remplissez le formulaire <i>Demande de modification</i> (NN7001F). † La résiliation d'une couverture d'assurance Performax Or entraîne la résiliation de toute couverture Performax enrichi et de toute couverture de garantie Accroissement accéléré de la valeur de rachat connexes. †† Si la modification concerne un contrat VU Sécurité (portant une date antérieure au 25 septembre 2004) ou un contrat VU à prime temporaire, toute somme produite (remboursement partiel du coût ou valeur de rachat garantie libérée) par suite d'une modification apportée au contrat sera affectée aux comptes de placement de votre contrat. Pour retirer cette somme de votre contrat (sous réserve des règles fiscales et de nos règles administratives), cochez la case « Autre modification » et donnez des instructions de retrait.	Nom de l'assuré (prénom et nom de famille)		Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
	<input type="radio"/> Corriger la date de naissance remplacer _____ par _____ (<i>soumettez une preuve de la date de naissance</i>) (jj/mmmm/aaaa) (jj/mmmm/aaaa)			
	<input type="radio"/> Changer l'option de participations* remplacer _____ par _____ Important : si vous changez l'option Temporaire ou le supplément de protection pour une autre option de participations, votre couverture d'assurance temporaire annuelle sera résiliée.			
	<input type="radio"/> Changer la couverture Coût 10 ans pour une couverture <input type="radio"/> Coût uniforme <input type="radio"/> Coût 20 ans (<i>contrats Chèque-vie seulement</i>) <input type="radio"/> pour toutes les couvertures d'assurance ou <input type="radio"/> pour la ou les couvertures d'assurance numéro(s) _____			
	<input type="radio"/> Faire passer le type de coût de « 10 ans renouvelable jusqu'à 65 ans » à « uniforme jusqu'à 65 ans » (<i>Synergie seulement</i>).			
	<input type="radio"/> Changer l'option de couverture (<i>Temporaire Famille et Temporaire Entreprise seulement</i>) <input type="radio"/> pour Temporaire 20 ans ou <input type="radio"/> Temporaire viagère			
	<input type="radio"/> Changer le coût de l'assurance annuel renouvelable (croissant) pour le coût de l'assurance uniforme <input type="radio"/> pour toutes les couvertures d'assurance ou <input type="radio"/> pour la ou les couvertures d'assurance numéro(s) _____			
	<input type="radio"/> Changer l'option du capital-décès pour l'option coût uniforme**			
	<input type="radio"/> Changer la couverture conjointe premier décès pour une couverture conjointe dernier décès, coûts jusqu'au premier décès (<i>contrats InnoVision portant la date du 21 avril 2007 ou une date ultérieure, seulement</i>). <input type="radio"/> Changer une couverture conjointe premier décès pour une couverture conjointe dernier décès, coûts jusqu'au dernier décès (<i>InnoVision et VU Sécurité, seulement</i>). Vous devez soumettre un projet informatisé signé et choisir l'une des options suivantes : <input type="radio"/> Changer toutes les couvertures conjointes premier décès ou <input type="radio"/> Changer _____ \$ de la couverture numéro _____			
	<input type="radio"/> Ajouter un enfant né d'un assuré à une garantie Protection des enfants existante*** Nom de l'enfant _____ Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) _____ Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin			
	<input type="radio"/> Résilier une couverture d'assurance ou de garantie complémentaire† (<i>veuillez préciser le numéro de couverture ou, s'il y a lieu, le nom de la garantie</i>). _____ Nota : Si vous résiliez une garantie Accroissement accéléré de la valeur de rachat au titre de Performax Or sans résilier la couverture connexe, la valeur de rachat au titre de la garantie Accroissement accéléré de la valeur de rachat ne sera pas versée.			
	<input type="radio"/> Diminuer le montant d'une garantie complémentaire (<i>veuillez préciser le nom de la garantie</i>) _____ en le faisant passer de _____ \$ à _____ \$			
	<input type="radio"/> Retirer un assuré†† (<i>veuillez préciser le nom de l'assuré</i>) _____			
	<input type="radio"/> Ramener le capital assuré†† de _____ \$ à _____ \$, pour la couverture n° _____. Nouvelle prime (<i>VU seulement</i>) : _____ (<i>indiquez le montant de la prime ou inscrivez « minimum ».</i>) Nota : Toute garantie Accroissement accéléré de la valeur de rachat au titre de Performax Or sera diminuée du même montant.			
	<input type="radio"/> Diminuer le montant d'assurance d'une solution Synergie en le faisant passer de _____ \$ à _____ \$. Nota : Dans le cas d'une solution Synergie, seul le montant d'assurance Synergie peut être diminué.			
	<input type="radio"/> Changer le fonds (<i>Placement-Plus seulement</i>) remplacer _____ par _____ (nom du fonds) (nom du fonds)			
	<input type="radio"/> Transformer en assurance libérée réduite (<i>soumettez le contrat ou la Déclaration concernant la perte d'un contrat – NN0528F.</i>)			
	<input type="radio"/> Autre modification (<i>précisez; p. ex. modifier l'ordre des retraits.</i>) _____			

►► Pour les modifications s'appliquant uniquement aux contrats Performax Or, passez à la section 2b.

►► Pour les modifications s'appliquant uniquement aux contrats d'assurance invalidité, passez à la section 2c.

2b Modifications additionnelles aux contrats Performax Or seulement

+++ Pour changer l'option de crédit de rendement Compte de capitalisation pour l'option Temporaire ou l'option d'assurance libérée, ou changer l'option d'assurance libérée pour l'option Temporaire, remplissez le formulaire *Demande de modification* (NN7001F).

Dans le cas d'un contrat Performax Or : Toute valeur de rachat et/ou coûts non courus libérés à la suite de la modification d'un contrat seront placés dans votre Compte de capitalisation. Pour retirer cette somme (sous réserve des règles fiscales et de nos règles administratives), cocher la case *Autre modification* et donner des instructions de retrait.

Changer l'option de crédit de rendement+++ de la couverture d'assurance _____
 pour Compte de capitalisation
 option Temporaire pour option d'assurance libérée
Nota : Si vous changez l'option de crédit de rendement option Temporaire pour une autre option, votre couverture d'assurance temporaire un an sera résiliée.

Diminuer la couverture Performax enrichi
 Diminuer le montant de la couverture d'assurance libérée n° _____ en le faisant passer de _____ \$ à _____ \$
 Diminuer le montant de la couverture d'assurance de l'option Dépôts n° _____ en le faisant passer de _____ \$ à _____ \$
Nota : Si vous avez l'option Temporaire comme option de crédit de rendement, une diminution de votre assurance libérée ou de l'assurance de l'option Dépôts entraînera une diminution du même montant de l'option Temporaire. De plus, si vous diminuez votre assurance libérée, vous perdrez toute garantie au titre de l'option Temporaire. Si vous avez une assurance de l'option Dépôts, nous vous recommandons de diminuer cette couverture au lieu de votre couverture l'assurance libérée afin de minimiser les répercussions de la diminution sur le montant de l'option Temporaire.

Diminuer le montant de l'option Temporaire pour la couverture d'assurance n° _____ en le faisant passer de _____ \$ à _____ \$

2c Modifications additionnelles aux contrats d'assurance invalidité seulement

Ne pas remplir si les changements sont apportés à une solution Synergie.

Renouveler la couverture d'assurance invalidité après l'âge de 65 ans (*soumettez une lettre de l'employeur rédigée sur du papier à en-tête de l'entreprise, indiquant que l'assuré exerce un emploi rémunéré et travaille au moins 30 heures par semaine*)

Réduire la période d'indemnisation en la faisant passer de _____ à _____

Prolonger la période d'attente en la faisant passer de _____ à _____

Ajouter avenant de remboursement des primes 4 fois ou 5 fois

3 Signatures

Assuré(s) (ou père, mère ou tuteur, le cas échéant).

Titulaire(s) du contrat (autres que l'assuré)

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 par actions.

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.

En signant ci-dessous :

- vous nous demandez d'apporter les modifications ou suppressions indiquées ci-dessus au contrat mentionné à la section 1; vous nous autorisez, au besoin, à modifier le contrat;
- vous, tout bénéficiaire irrévocable et tout créancier gagiste ou hypothécaire convenez que les modifications peuvent influencer sur le montant des prestations ainsi que sur le moment et les conditions auxquels elles deviendront payables au titre de votre contrat;
- vous, l'assuré, tout bénéficiaire irrévocable et tout créancier gagiste ou hypothécaire convenez qu'une télécopie du présent formulaire constitue un consentement valide au traitement des modifications demandées;
- si les primes du contrat sont acquittées par prélèvement mensuel automatique sur le compte, 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 modification apportée; **ils renoncent au droit de recevoir un avis de 10 jours indiquant le montant du prélèvement mensuel.**

Signature de l'assuré		Signature du témoin		Date (jj/mmmm/aaaa)
X		X		
Signature du titulaire du contrat	Titre	Signature du témoin	Date (jj/mmmm/aaaa)	
X		X		
Signature du titulaire du contrat	Titre	Signature du témoin	Date (jj/mmmm/aaaa)	
X		X		
Signature du bénéficiaire irrévocable		Signature du témoin	Date (jj/mmmm/aaaa)	
X		X		
Signature du créancier gagiste ou hypothécaire	Titre	Signature du témoin	Date (jj/mmmm/aaaa)	
X		X		
Signature du créancier gagiste ou hypothécaire	Titre	Signature du témoin	Date (jj/mmmm/aaaa)	
X		X		
Nom du titulaire de compte n° 1 (prénom et nom de famille) ou dénomination sociale complète dans le cas d'une personne morale ou d'une société, (y compris les mentions « Cie », etc.) (si cette personne n'a pas déjà signé ci-dessus)		Nom du titulaire de compte n° 2 (prénom et nom de famille) (si cette personne n'a pas déjà signé ci-dessus)		
Signature du titulaire de compte n° 1		Signature du titulaire de compte n° 2		
X		X		

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.