

Proposition d'assurance sous le régime Sun association



Contrat n° 17887

Écrire lisiblement
EN CARACTÈRES
D'IMPRIMERIE.

Dans la présente proposition, le mot *vous* s'entend, selon le contexte, de la personne qui demande l'assurance. Les mots *nous* ou *la Compagnie* s'entendent de l'assureur, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Sun Life.

1 Renseignements généraux

Renseignements personnels

Prénom	Initiale	Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom à la naissance (le cas échéant)	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lieu de naissance (province)	Lieu de naissance (pays)
Nom de l'association avec lequel vous êtes affilié	<input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur	Par non-fumeur, il faut entendre que vous n'avez pas fait usage de produits de tabac ni d'auxiliaires antibagiques au cours des 12 derniers mois.	
Adresse du domicile (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville		Province	Code postal
Téléphone (domicile)	Téléphone (bureau)	Télécopieur	Adresse électronique

Renseignements sur votre conjoint (s'il demande la couverture)

Prénom	Initiale	Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom à la naissance (le cas échéant)	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lieu de naissance (province)	Lieu de naissance (pays)
Profession	Revenu gagné annuel		\$
<input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur	Par non-fumeur, il faut entendre que vous n'avez pas fait usage de produits de tabac ni d'auxiliaires antibagiques au cours des 12 derniers mois.		

2 Couverture demandée

Minimum 50 000 \$ –
Maximum 1 000 000 \$
(unités de 25 000 \$).

Assurance-vie du membre

Couverture demandée à ce moment-ci	Prénom du bénéficiaire*	Nom de famille du bénéficiaire*
\$		
Lien avec la personne à assurer	Bénéficiaire **	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Minimum 50 000 \$ –
Maximum 1 000 000 \$
(unités de 25 000 \$).

Vous devez adhérer à l'assurance-vie du membre pour être admissible à l'assurance-vie du conjoint.

Assurance-vie du conjoint***

Couverture demandée à ce moment-ci
\$

Assurance-vie des personnes à charge***

10 000 \$ par enfant à charge
<input type="checkbox"/> Oui

* Si vous ne désignez pas un bénéficiaire, le produit de cette assurance sera payé à votre succession

** Vous devez cocher «Révocable» ou «Irrévocable» pour que cette proposition soit considérée comme dûment remplie. Dans les cas assujettis aux lois du Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable. Si vous voulez qu'elle soit révocable, veuillez cocher la case appropriée. Dans les cas où la désignation est révocable, le proposant peut à toute époque changer le bénéficiaire sans le consentement de ce dernier. Dans les cas où la désignation est irrévocable, le proposant ne peut modifier la désignation ou la couverture qu'avec le consentement écrit du bénéficiaire. Au Québec, tout montant à être payé à un bénéficiaire au moment où il/elle est mineur(e) sera payé au(x) parent(s) ou tuteur légal de ce bénéficiaire.

*** Le proposant est automatiquement le bénéficiaire de l'assurance-vie du conjoint et des enfants à charge.

DC-100



2 Couverture demandée (suite)

Membre:

Minimum 25 000 \$ –
Maximum 250 000 \$
(unités de 25 000 \$).
(ne peut être supérieur à
l'assurance-vie)

Minimum 25 000 \$ –
Maximum 250 000 \$
(unités de 25 000 \$).

Si vous n'êtes pas couvert par
votre régime d'assurance-
maladie provincial, ou si vous
n'êtes pas couvert par un autre
régime d'assurance-maladie
collective, vous n'êtes pas
admissible à l'assurance-maladie
complémentaire.

Minimum 1 000 \$ –
Maximum 5 000 \$
(unités de 100 \$).

Minimum 500 \$ –
Maximum 5 000 \$
(unités de 100 \$).

Vous devez adhérer à
l'assurance invalidité de longue
durée pour être admissible à
l'assurance frais généraux.

Assurance décès et mutilation accidentel (DMA)

Individuelle Familiale

Couverture demandée à ce moment-ci
\$

Vous devez avoir une assurance-vie
pour être admissible à l'assurance DMA.

Assurance contre les maladies graves (AMG)

Couverture demandée à ce moment-ci
\$

Vous devez adhérer à l'assurance du membre
contre les maladies graves pour être admissible à
l'assurance du conjoint contre les maladies graves.

Assurance du conjoint contre les maladies graves (AMG)

Couverture demandée à ce moment-ci
\$

Assurance maladie complémentaire (AMC) et assurance dentaire

Avez-vous adhéré au régime d'assurance maladie provincial?	Membre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Conjoint <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si vous résidez au Québec, bénéficiez-vous de l'assurance médicaments offerte par la RAMQ ou d'une assurance similaire offerte au titre d'un régime collectif ou d'association?	Membre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Conjoint <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Régime de base**

Individuelle
 Couple Familiale

Régime standard**

Individuelle
 Couple Familiale

Régime standard plus (avec soins dentaires)**

Individuelle
 Couple Familiale

Régime amélioré**

Individuelle
 Couple Familiale

Régime amélioré plus (avec soins dentaires)**

Individuelle
 Couple Familiale

** Pour plus de précisions, reportez-vous à la brochure

Assurance invalidité de longue durée (ILD)

Couverture demandée à ce moment-ci
\$ par mois

Délai de carence 30 jours 90 jours
 180 jours

Assurance frais généraux (AFG)

Couverture demandée à ce moment-ci
\$ par mois

Délai de carence 14 jours 30 jours

3 Renseignements sur les assurances

À l'heure actuelle, est-ce que vous ou votre conjoint possède une assurance de rente d'invalidité (notamment une assurance invalidité offerte par l'entremise de votre employeur), une assurance frais généraux, une assurance contre les maladies graves ou une assurance-vie prévue par des contrats individuels ou collectifs ou par des contrats de travail ou d'association, ou avez-vous présenté une demande en vue de souscrire à ce genre d'assurance?

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

	Type de couverture (ILD, AFG, vie, AMG)	Montant de l'assurance	Compagnie d'assurance	Date de souscription (mm-aaaa)	Période d'indemnisation	Prestations imposables	Si l'assurance faisant l'objet de la présente proposition est établie, mettez-vous fin à l'assurance déjà en vigueur?
Vous		\$		–		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
Votre conjoint		\$		–		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui

4 Renseignements sur les activités professionnelles

Profession/fonction			Travaillez-vous à votre compte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date d'embauche auprès de l'employeur actuel (jj-mm-aaaa)	Nombre d'années d'activité dans la profession	Nombre d'heures travaillées par semaine	Nombre de semaines travaillées par année

Exercez-vous d'autres activités professionnelles ou envisagez-vous de modifier vos fonctions ou le nombre de vos heures de travail?

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.

--

5 Renseignements financiers

Section à remplir si vous adhérez à l'assurance ILD.

Année courante

du _____ au _____
mm-aaaa mm-aaaa

Dernière année 20 _____

Revenu annuel net avant impôts	\$	\$
Est-ce qu'une part de votre revenu consiste en un salaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, indiquez-en le montant et le nom de l'employeur \$	
Sources des revenus autres que le revenu gagné <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, indiquez-en le montant \$	Sources des revenus autre que le revenu gagné

Avez-vous déjà déclaré faillite ou prévoyez-vous faire faillite?

Oui Dans l'affirmative,
 Non

Date de libération (mm-aaaa)

-

6 Déclaration d'assurabilité

6.1 Antécédents médicaux

Renseignements sur vous

Taille pi po m cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain _____ <input type="checkbox"/> Perte _____	Raison du changement de poids
Nom et adresse du médecin traitant. Si vous n'avez pas de médecin traitant, indiquez «aucun».			
Diagnostic, traitement suivi, résultats, médicaments prescrits			
Si le médecin nommé ci-dessus ne dispose pas de votre dossier médical le plus complet, indiquez le nom et l'adresse du médecin qui dispose de ce dossier.			

Renseignements sur votre conjoint – Veuillez remplir cette section si vous demandez l'assurance-conjoint

Taille pi po m cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain _____ <input type="checkbox"/> Perte _____	Raison du changement de poids
Nom et adresse du médecin traitant. Si vous n'avez pas de médecin traitant, indiquez «aucun».			
Diagnostic, traitement suivi, résultats, médicaments prescrits			
Si le médecin nommé ci-dessus ne dispose pas de votre dossier médical le plus complet, indiquez le nom et l'adresse du médecin qui dispose de ce dossier.			

6 Déclaration d'assurabilité (suite)

Renseignements sur les personnes à charge* – Veuillez remplir cette section si vous demandez l'assurance des personnes à charge

Prénom	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de naissance (jj-mm-aaaa) – –
Prénom	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de naissance (jj-mm-aaaa) – –

* Une personne à charge est un enfant de moins de 21 ans, ou âgé de 21 à 25 ans (26 au Québec) si étudiant à temps plein; ou n'importe quel âge si atteint d'une incapacité physique ou mentale.

Si l'espace ne suffit pas, veuillez utiliser une feuille distincte en prenant soin de signer et de dater celle-ci.

6.2 Antécédents familiaux

Est-ce que des membres de votre famille immédiate (parents, frères, sœurs) ont, déjà souffert de l'une ou l'autre des maladies suivantes : cancer (spécifier le type), maladie du cœur, accident vasculaire cérébral, diabète, maladie polykystique des reins ou autre maladie des reins, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, SLA (sclérose latérale amyotrophique) ou la maladie de Lou Gehrig, Dystrophie musculaire, Syndrome des polypes gastro-intestinaux héréditaires, chorée de Huntington, ou toute autre maladie héréditaire?

Vous

Votre conjoint

Oui Non

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir le ou les tableaux ci-dessous.

Antécédents familiaux du proposant

Affection ou diagnostic	Âge au début de la maladie	Âge actuel (si la personne est en vie)	Âge au décès (s'il y a lieu)
Père			
Mère			
Frère(s)			
Sœur(s)			

Antécédents familiaux du conjoint

Affection ou diagnostic	Âge au début de la maladie	Âge actuel (si la personne est en vie)	Âge au décès (s'il y a lieu)
Père			
Mère			
Frère(s)			
Sœur(s)			

6.3 Renseignements sur les médicaments et/ou les traitements

Au cours des 12 derniers mois, l'une des personnes à assurer a-t-elle pris des médicaments sur ordonnance ou utilisé du matériel ou des appareils médicaux, ou lui a-t-on conseillé de le faire?

Vous

Conjoint

Enfant(s)

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Nom de la personne à assurer	Affection, maladie ou trouble	Médicament ou traitement	Côût mensuel	Concentration	Posologie par 24 heures	Durée
			\$			
			\$			

Si l'espace ne suffit pas, veuillez répondre sur une feuille distincte signée et datée.

6.4 Renseignements médicaux

Avez-vous déjà souffert de l'une ou l'autre des affections suivantes :

- douleurs à la poitrine, crise cardiaque, anomalie décelée à un électrocardiogramme, hypertension artérielle, arythmie, maladie vasculaire périphérique, souffle cardiaque, taux élevé de cholestérol, ou toute maladie ou tout trouble du cœur ou de l'appareil circulatoire?
- accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, phlébite, paralysie, étourdissements, convulsions, épilepsie, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, troubles du cerveau ou du système nerveux?
- diabète, glycémie à jeun anormale, présence de sucre, sang ou protéines dans les urines, maladie des reins, des voies urinaires, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux, y compris présence d'une masse ou d'un kyste au sein ou tout changement aux seins, biopsie ou anomalie décelée à la mammographie ou test de pap anormal.
- tumeur, cancer, polypes, ou autre néoplasme, maladie de la peau ou troubles de ganglions lymphatiques, leucémie, troubles sanguins ou trouble immunitaire, ou toute autre forme de maladie maligne?
- troubles chroniques des poumons ou de l'appareil respiratoire, apnée du sommeil, maladie ou affection des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge, perte de la parole?
- colite ou toute autre affection du côlon, rectum, des intestins, (incluant la maladie de Crohn ou la colite), ulcère, vésicule biliaire, de l'estomac ou du foie ou du système digestif?
- fatigue chronique, douleurs dans le cou ou dans le dos, affection de la colonne vertébrale, des os, des muscles ou des articulations, amputation, fibromyalgie, rhumatisme, arthrite ou lupus?
- troubles mentaux ou nerveux, phobies, épuisement professionnel, dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires, stress, anxiété ou attaques de panique, troubles du comportement alimentaire ou autres troubles émotionnels ou psychiatriques, ou avez-vous consulté quelqu'un à ce sujet?
- Avez-vous subi des tests indiquant que vous êtes porteur du virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C?

Vous

Conjoint

Enfant(s)

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

6 Déclaration d'assurabilité (suite)

	Vous	Conjoint	Enfant(s)
j) Êtes-vous porteur du virus de l'hépatite B ou êtes-vous atteint de l'hépatite B chronique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
k) Avez-vous subi des tests indiquant que vous êtes porteur du VIH (virus d'immunodéficience humaine)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
l) Avez-vous déjà subi un test de dépistage du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) ou d'autres troubles immunologiques, avez-vous consulté quelqu'un à ce sujet ou a-t-on établi un diagnostic indiquant que vous étiez atteint du SIDA ou souffriez de troubles immunologiques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
m) Envisagez-vous de suivre un traitement médical ou de subir une intervention chirurgicale, souffrez-vous d'une incapacité actuellement ou complétez-vous actuellement un délai de carence?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Au cours des cinq dernières années :			
n) Avez-vous consulté un médecin, un chiropraticien, un psychologue, un physiothérapeute, un psychiatre ou tout autre professionnel de la santé ou avez-vous été admis dans un hôpital ou un établissement semblable?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
o) Avez-vous présenté des symptômes ou a-t-on constaté quelque anomalie que ce soit, ou vous a-t-on conseillé de subir d'autres examens ou des tests diagnostiques, de vous faire hospitaliser ou de vous faire opérer?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
p) Avez-vous subi un électrocardiogramme, des examens sanguins, des radiographies ou d'autres examens diagnostiques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
q) Avez-vous subi une intervention chirurgicale, suivi un traitement, souffert d'une maladie, d'un malaise, d'une anomalie ou d'une blessure?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
r) À votre connaissance, avez-vous été atteint d'une maladie ou d'une déficience physique, ou suivez-vous actuellement un traitement ou prenez-vous des médicaments?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
s) Vous a-t-on recommandé de subir des examens, des tests diagnostiques ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas encore été effectués ou de vous faire hospitaliser, ressentez-vous des symptômes ou des malaises pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Au cours des douze derniers mois :			
t) Avez-vous, votre conjoint, ou vos enfants à charge été incapable de travailler pendant plus de cinq jours consécutifs, ou présenté une demande de règlement ou touché des prestations, une rente ou des indemnités en raison d'une maladie ou d'un accident?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

6.5 Autres renseignements

Vous

- a) Consommez-vous des boissons alcoolisées? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la quantité et la fréquence de consommation

Votre conjoint

- Consommez-vous des boissons alcoolisées? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la quantité et la fréquence de consommation

Au cours des dix dernières années:

- b) Votre consommation d'alcool a-t-elle déjà été substantiellement supérieure à ce qui est indiqué ci-dessus?
- c) Avez-vous déjà été accusé de conduite avec facultés affaiblies ou été arrêté par suite de l'usage d'alcool ou de drogues?
- d) A-t-on déjà suspendu votre permis de conduire ou avez-vous commis trois infractions au code de la circulation ou plus au cours des trois dernières années?
- e) Avez-vous déjà fait usage de sédatifs, d'analgésiques, d'hypnotiques, de tranquillisants ou de stimulants?
- f) Avez-vous déjà fait usage de marijuana, de haschich, de cannabis, de cocaïne, de narcotiques, d'hallucinogènes, d'héroïne, de barbituriques, ou cherché à obtenir ou reçu des conseils ou des traitements pour usage de drogues ou de médicaments prescrits ou non prescrits ou offerts en vente libre?
- g) Vous êtes-vous déjà vu refuser, ajourner, offrir moyennant surprime, annuler, résilier ou modifier en quoi que ce soit une assurance-vie, une assurance contre les maladies graves ou une assurance-invalidité, ou vous a-t-on déjà refusé un renouvellement ou une remise en vigueur de ces assurances?

Au cours des deux dernières années :

- h) Avez-vous piloté un appareil de navigation aérienne, ou exercez-vous ou prévoyez-vous exercer des activités dangereuses, notamment le parachutisme, le vol libre, la plongée autonome, l'alpinisme, l'escalade ou la course d'automobiles ou de motos?

L'une des personnes à assurer :

- i) prévoit-elle un changement de pays de résidence ou un voyage à l'extérieur du Canada ou des États-Unis dans les 12 prochains mois?

	Vous	Conjoint	Enfant(s)
j) Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans l'affirmative, indiquez la date prévue de l'accouchement.	(mm-aaaa)	(mm-aaaa)	(mm-aaaa)
k) Avez-vous déjà souffert de complications de la grossesse (ex. : fausse couche, prééclampsie, césarienne)?	<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 répondu par l'affirmative à l'une des questions énoncées dans les sections 6.4 et 6.5, veuillez donner des précisions ci-dessous. Joindre les résultats de tous les examens médicaux et bilans de santé.

Si l'espace ne suffit pas, veuillez répondre sur une feuille distincte que vous devrez signer et dater.

Número de la question	Nom de la personne à assurer	Date (mm-aaaa)	Nom et adresse du médecin et de l'hôpital, s'il y a lieu	Donnez des précisions, s'il y a lieu, sur la nature de la maladie ou de la blessure, les symptômes, le nombre de crises, la durée, le traitement et les résultats
		—		
		—		

7 Paiement des primes

a) Débit préautorisé (DPA) mensuelle annuelle

Prénom du titulaire de compte		Nom de famille du titulaire de compte	
Nom et adresse de votre institution financière (no et nom de la rue)			
N° de la succursale	N° de l'établissement	N° de compte	

Veillez annexer à la présente demande une formule de chèque personnel portant la mention «NUL».

Pour utiliser le débit préautorisé (DPA), vous devez accepter toutes les conditions de l'autorisation. En signant ci-dessous à titre de payeur, vous acceptez les conditions suivantes :

Conditions

Vous autorisez la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la Sun Life) à prélever la prime mensuelle ou annuelle de cette assurance (y compris les taxes provinciales applicables) sur le compte indiqué ci-dessus, au moyen d'un débit préautorisé (DPA). Vous consentez à ce que votre institution financière traite tout retrait effectué en vertu de la présente autorisation comme un retrait à des fins de services personnels. Vous reconnaissez que le montant de la prime mensuelle ou annuelle (y compris les taxes provinciales applicables) prélevée en vertu de la présente entente peut varier. Vous acceptez de renoncer à l'exigence selon laquelle la Sun Life doit vous aviser de tout paiement effectué après le premier paiement, que le montant de la prime mensuelle ou annuelle change ou non. Vous comprenez que soit la prime mensuelle est exigible le premier de chaque mois, soit la prime annuelle est exigible le 1^{er} mars. La présente entente prend fin automatiquement lorsque la Sun Life ne peut effectuer un prélèvement sur votre compte.

La présente autorisation reste en vigueur jusqu'à ce que la Sun Life reçoive de votre part un avis écrit visant à la modifier ou à y mettre fin. L'avis doit être envoyé à l'adresse indiquée ci-dessous au moins 10 jours ouvrables avant le prochain prélèvement prévu. Vous pouvez obtenir un modèle de formulaire d'annulation de DPA ou en savoir plus sur votre droit d'annuler une entente de DPA auprès de votre institution financière ou en visitant le www.cdnpay.ca.

La Sun Life ne peut pas céder la présente autorisation à une autre entreprise ou à une autre personne en vue de permettre à celle-ci de prélever ces montants sur votre compte (par exemple, en cas de changement de contrôle dans la compagnie) sans vous en aviser au moins 10 jours à l'avance par écrit.

Vous avez droit à certains recours si un prélèvement ne respecte pas la présente entente. Par exemple, vous avez le droit de vous faire rembourser un prélèvement qui n'est pas autorisé ou qui ne respecte pas la présente entente de DPA. Pour en savoir plus sur les recours auxquels vous avez droit, communiquez avec votre institution financière ou visitez le www.cdnpay.ca.

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Régimes d'associations et de groupes d'affinités
C.P. 2001, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 0A3
Téléphone : 1-800-669-7921
Courriel : Can_AssocAndAffinity@sunlife.com

Je confirme/nous confirmons que toutes les personnes dont la signature est nécessaire pour autoriser des prélèvements sur le compte bancaire ont signé ci-dessous.

Signature du titulaire du compte X	Date (jj-mm-aaaa) - -
Signature du titulaire du compte X	Date (jj-mm-aaaa) - -

b) Paiement par carte de crédit (Veillez facturer ma prime à ma carte Visa ou MasterCard)

Périodicité des paiements Mensuelle Annuelle

Une fois votre demande traitée, un représentant du centre d'appels de la Sun Life communiquera avec vous pour obtenir les renseignements sur votre carte de crédit.

Conditions

En ce qui concerne la prime exigée au titre du présent régime de garanties, vous nous autorisez : à facturer à votre carte de crédit la prime d'assurance exigible; à annuler la présente autorisation dans les 10 jours qui suivent la date à laquelle vous nous présentez un avis écrit à cet effet; à annuler automatiquement la présente entente si nous ne sommes pas en mesure de facturer la prime à votre carte de crédit.

N'envoyez pas d'argent avec cette demande. Vous recevrez un relevé de prime.

8 Déclaration et autorisation

Je certifie que les réponses données dans la présente proposition sont complètes et véridiques. Je reconnais que toute réticence, omission ou fausse déclaration relative à la présente proposition entraîne l'annulation de l'assurance.

Je déclare avoir lu l'Avis relatif au Medical Information Bureau (MIB) et, en signant ci-dessous, j'autorise cet organisme à transmettre à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ou à ses réassureurs tous les renseignements qu'il possède à mon sujet.

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie et ses mandataires et fournisseurs de services à utiliser et à échanger des renseignements nécessaires à la tarification ou à la gestion administrative, ou au règlement des prestations se rapportant à la présente assurance avec toute personne physique ou morale qui possède des renseignements pertinents à mon sujet en ce qui concerne l'examen de la présente proposition, notamment les professionnels de la santé et les établissements médicaux, le MIB, les agences d'enquête, les assureurs et les réassureurs.

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie à échanger les renseignements se rapportant à la proposition d'assurance avec le gestionnaire du régime pour les besoins de la gestion administrative de ma proposition d'assurance. Il s'agit notamment des renseignements se rapportant à la nature et à la situation des documents requis pour les besoins de la tarification, tel qu'un bilan sanguin, un questionnaire sur les maux de dose ou une déclaration du médecin traitant, mais cela ne comprend pas les résultats mêmes de tels examens ni le contenu même de tout questionnaire ou document dûment rempli. Je comprend que je peux refuser de donner mon autorisation concernant l'échange de renseignements médicaux et décider à tout moment de retirer la présente autorisation en communiquant avec la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Je conviens que toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du proposant X		Signature du conjoint X	
Signé à (ville)	Signé à (province)	Date (jj-mm-aaaa) — —	
Nom du conseiller (le cas échéant)	Numéro de téléphone — —	Adresse courriel du conseiller	

Veuillez retourner la proposition dûment remplie à l'adresse suivante :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Régimes d'associations et de groupes d'affinités
C. P. 2001, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 0A3

9 Avis relatif au Medical Information Bureau

Au cours de l'étude de votre proposition, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie peut communiquer à ses réassureurs des renseignements à votre sujet. La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie et ses réassureurs peuvent en outre transmettre les renseignements figurant dans leurs dossiers à d'autres sociétés d'assurances de personnes auxquelles vous pourriez présenter une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, de même que ses réassureurs, peuvent également transmettre un rapport sommaire sur les résultats de leurs vérifications au Medical Information Bureau (MIB), organisme à but non lucratif composé de sociétés d'assurance de personnes qui effectue des échanges de renseignements au nom des sociétés membres. Si la personne désignée dans la proposition présente une proposition d'assurance ou une demande de règlement à une autre société membre du MIB, le MIB fournira sur demande à la société d'assurance les renseignements qui figurent dans ses dossiers.

Vous pouvez consulter les renseignements personnels que le MIB possède à votre sujet et les faire rectifier s'ils sont inexacts ou incomplets.

Pour communiquer avec le MIB, vous pouvez écrire à l'adresse suivante :

Medical Information Bureau
330, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1R7
ou téléphoner au 416-597-0590

10 Protection des renseignements personnels

Pour le groupe Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins juridiques, réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le www.sunlife.ca/confidentialite.