

Proposition d'Assurance de soins de longue durée Sun Life

Cette proposition peut servir **UNIQUEMENT** :

- pour faire une demande d'Assurance de soins de longue durée Sun Life; et
- si le paiement sera remis à la livraison du contrat.

Numéro du contrat

Dans la présente proposition, le mot *vous* désigne, selon le contexte, la personne à assurer ou le propriétaire proposant, ou les deux. Les mots *nous* ou *la compagnie* désignent la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

Nota :

- Avant de remplir la présente proposition, passer en revue les questions de la section 4, Admissibilité générale, pour déterminer si une proposition devrait être présentée.
- Veiller à ce que la proposition soit accompagnée de l'aperçu signé requis.

1 Renseignements généraux

Renseignements sur la personne à assurer

| | | | | |
|---|--------------------|--|--------------------------------|--|
| Prénom | Nom | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | Date de naissance (jj-mm-aaaa) | Nom antérieur, le cas échéant |
| Adresse du domicile (numéro et rue) | | Appartement ou bureau | Ville | Province |
| | | | | Code postal |
| Téléphone (domicile) | Téléphone (bureau) | Cellulaire ou autre numéro | | Préférence pour les appels : <input type="checkbox"/> en matinée <input type="checkbox"/> en après-midi |
| La personne à assurer est-elle déjà propriétaire, titulaire, assurée ou rentière en vertu d'un autre contrat de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si «oui», indiquer le numéro d'un contrat ou d'un compte : <input type="text"/> | | | | |
| La personne à assurer veut-elle antedater la proposition pour conserver l'âge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nota : Le délai maximum pour conserver l'âge est de 90 jours. | | | | |

Preuve d'âge

| Document (indiquer le type) | Exigence |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Permis de conduire (Canada, É.-U., R.-U.) <input type="checkbox"/> Certificat de naissance (Canada, É.-U., R.-U.) <input type="checkbox"/> Citoyenneté canadienne <input type="checkbox"/> Certificat de statut d'Indien | Numéro d'enregistrement |
| <input type="checkbox"/> Registre d'état civil au Québec <input type="checkbox"/> Carte d'identité provinciale <input type="checkbox"/> Carte des forces armées | |
| <input type="checkbox"/> Passeport valide (Canada) <input type="checkbox"/> Passeport valide (autre pays) | Date d'expiration (jj-mm-aaaa) |
| <input type="checkbox"/> Carte NEXUS | |
| <input type="checkbox"/> Certificat de baptême <input type="checkbox"/> Certificat de naissance délivré par un hôpital | Date de délivrance (jj-mm-aaaa) |
| <input type="checkbox"/> Carte d'assurance-maladie provinciale (si l'âge y est indiqué) Comprend les cartes de la RAMQ, de Medicare et d'assurance maladie de la Colombie-Britannique (appelée également carte MSP) | Date d'expiration (jj-mm-aaaa) OU Numéro d'enregistrement |
| <input type="checkbox"/> Carte de résident permanent | Date d'expiration (jj-mm-aaaa) OU Numéro d'identification |

Renseignements sur le propriétaire proposant (si le propriétaire proposant n'est pas la personne à assurer)

| | | | | |
|--|-----|--|--------------------------------|-------------------------------|
| Prénom | Nom | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | Date de naissance (jj-mm-aaaa) | Nom antérieur, le cas échéant |
| Adresse du domicile (numéro et rue) | | Appartement ou bureau | Ville | Province |
| | | | | Code postal |
| Le propriétaire proposant est-il déjà propriétaire, titulaire, assuré ou rentier en vertu d'un autre contrat auprès de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si «oui», indiquer le numéro d'un contrat ou d'un compte : <input type="text"/> | | | | |

Choix de langue

Langue des pages de contrat : Français Anglais

LTCAAPPF



2 Type d'opération

1. Cette proposition est-elle remplie au Québec? Oui Non
 Si «oui», cette proposition a-t-elle pour but de remplacer ou de réduire les garanties d'un contrat d'assurance existant ou d'une proposition à l'étude auprès de n'importe quelle compagnie? Oui Non
 Si «oui» et si au Québec, soumettre le formulaire «Préavis de remplacement d'un contrat d'assurance de personnes».

2. Cette proposition a-t-elle pour but de remplacer ou de réduire les garanties d'un contrat existant d'Assurance de soins de longue durée Sun Life? Oui Non

Si «oui», indiquez le montant de la prestation hebdomadaire du contrat d'ORIGINE. \$

Le contrat de base d'origine doit-il être maintenu en vigueur? Oui Non

Indiquer le montant qui doit être remplacé. \$

Indiquer le numéro du contrat d'assurance de soins de longue durée qui sera modifié ou résilié en raison de cette proposition.

Clarica Sun Life

Nota :

- Le contrat indiqué à la page précédente sera modifié ou résilié à la date d'entrée en vigueur de l'assurance demandée dans la présente proposition.
- Cette opération donnera lieu à des modifications aux anciens contrats indiqués, ou à leur résiliation, et à l'établissement d'un nouveau contrat. Elle pourrait aussi entraîner la perte d'une ou de plusieurs garanties ou la modification de dispositions du contrat, y compris les délais d'attente ou la durée des prestations.
- Tout crédit associé aux contrats résiliés sera transféré au compte du nouveau contrat demandé.

3 Renseignements sur le contrat**Nota :**

- La prestation minimale est de 150 \$ par semaine.
- La prestation hebdomadaire maximale est de 2 300 \$ par semaine par personne assurée.
- Le montant des prestations que vous choisissez doit permettre d'obtenir un paiement mensuel requis d'au moins 30 \$ ou un paiement annuel requis de 333,33 \$.

Garantie globale

Montant des prestations : \$

Durée des prestations : 100 semaines 150 semaines 250 semaines illimitée

Délai d'attente : 90 jours civils 180 jours civils

Période des paiements requis

- Anniversaire du contrat qui suit le 65^e anniversaire (âge à l'établissement entre 21 et 39 ans)
 25 ans (âge à l'établissement entre 40 et 74 ans)
 Paiement à vie – jusqu'à l'anniversaire du contrat qui suit le 100^e anniversaire (âge à l'établissement entre 21 et 80 ans)

Autres options

Remboursement des primes au décès (âge à l'établissement entre 21 et 65 ans)

Nota : Le bénéficiaire sera :

- le propriétaire proposant ou les ayants droit du propriétaire proposant; ou
- le bénéficiaire désigné par le propriétaire proposant à la section Directives spéciales de la présente proposition.

Protection contre l'inflation de 2 % composé annuellement, passant à 3 % durant le versement des prestations

Protection contre l'inflation de 3 % composé annuellement durant le versement des prestations

Dans les sections 4 à 6, le mot *vous* désigne la personne à assurer.

4 Admissibilité générale

Nota : Au besoin, utiliser la section 7 pour fournir des renseignements supplémentaires en réponse à une question de la section 4.

Il est important que vous fournissiez des renseignements complets et véridiques dans la proposition pour que nous puissions l'évaluer correctement. Si vous doutez de la pertinence d'un renseignement, transmettez-le quand même. Si vous négligez de fournir des renseignements importants dont vous êtes au courant, la compagnie pourrait refuser les demandes de règlement futures et annuler tous les contrats qu'elle a établis. Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.

1. Taille cm pi et po Poids kg lb

Nota : Les conseillers devraient se reporter au Guide de la sélection des risques pour déterminer si la corpulence peut être acceptée.

2. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous perdu/gagné plus de 10 lb ou 4,5 kg? Oui Non
Si «oui», donner des précisions dans l'espace ci-dessous, y compris combien de poids a été perdu/gagné et la raison du changement de poids.

3. Avez-vous **déjà** reçu un diagnostic de l'une ou l'autre des affections ci-dessous ou été traité pour l'une ou l'autre de ces affections ou avez-vous **déjà** consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour l'une ou l'autre des raisons ci-dessous :

- | | Oui | Non |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a) anémie falciforme (drépanocytose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) cirrhose du foie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) deux ou plus (individuellement ou combinés) : mini-AVC, accident ischémique transitoire (AIT), accident vasculaire cérébral (AVC) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) dystrophie musculaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) fibrose kystique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) insuffisance cardiaque congestive chronique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) lupus érythémateux disséminé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) maladie d'Alzheimer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) maladie de Huntington | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) maladie de Parkinson | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) myélome multiple | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) paraplégie, hémiparésie ou quadriplégie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) perte de mémoire, sénilité, démence, confusion ou syndrome cérébral organique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) schizophrénie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o) sclérose en plaques ou trouble de démyélinisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p) sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q) syndrome d'immunodéficience acquise (sida), séropositivité au VIH, ou syndrome apparenté au sida (SAS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| r) syndrome de Marfan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| s) syndrome de post-poliomyélite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| t) usage actuel de médicaments narcotiques contre la douleur plus d'une fois par semaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| u) vessie neurogène ou insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Utilisez-vous des appareils médicaux ou de l'équipement médical pour usage thérapeutique tels qu'un nébuliseur (masque) pour usage chronique, un appareil pour la dialyse, une sonde d'alimentation, un lit d'hôpital, un soulève-personne, une voiturette motorisée, une canne à plusieurs pieds, un appareil à oxygène, un masque respiratoire, un monte-escalier, un déambulateur (marchette) ou un fauteuil roulant?..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. A-t-il été recommandé que vous subissiez des examens médicaux ou des tests ou que vous consultiez un professionnel de la santé sans que les examens ou les consultations aient encore eu lieu ou que les résultats en soient encore connus (exclure les examens préventifs de routine)? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Avez-vous besoin de l'aide ou de la surveillance d'une autre personne pour vous laver, vous habiller, vous servir des toilettes, vous déplacer (comme vous coucher ou vous lever du lit, vous asseoir ou vous lever d'une chaise), pour la continence ou pour vous nourrir? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Avez-vous besoin de l'aide ou de la surveillance d'une autre personne pour plus d'une des activités suivantes : vous servir du téléphone, gérer vos finances, utiliser les moyens de transport, faire les courses, la lessive ou le ménage, préparer les repas ou cuisiner ou prendre des médicaments? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

LTCEAPPF



4 Admissibilité générale (suite)

Si vous avez répondu «oui» aux questions n^{os} 3, 4, 5, 6 ou 7, vous n'êtes pas admissible à l'assurance de soins de longue durée que nous offrons. Veuillez abandonner cette proposition.

8. a) Dans votre famille biologique (père, mère, frères ou soeurs), y a-t-il des personnes qui ont **déjà** reçu le diagnostic d'une des affections suivantes **avant l'âge de 65 ans** : maladie du coeur, accident vasculaire cérébral (AVC)/accident ischémique transitoire (AIT), cancer (y compris leucémie, lymphome et maladie de Hodgkin), diabète ou maladie de Parkinson? Oui Non
- b) Dans votre famille biologique (mère, père, soeurs ou frères), y a-t-il des personnes qui ont **déjà** reçu le diagnostic d'une des affections suivantes : maladie de Huntington, maladie polykystique des reins, sclérose en plaques, dystrophie musculaire, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique (aussi appelée SLA ou maladie de Lou Gehrig), rétinite pigmentaire ou tout autre trouble ou maladie héréditaire? Oui Non

Si «oui» en réponse à a) ou b), remplir le tableau ci-dessous. **Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**

| Lien avec le membre de la famille | Affection (s'il s'agit du cancer, préciser le type) | Âge au début de l'affection | Âge si en vie | Âge au décès |
|-----------------------------------|---|-----------------------------|---------------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |

9. a) Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous fumé des cigarettes, des cigarillos, des petits ou des gros cigares ou la pipe ou fait usage de marijuana, de haschisch, de noix d'arec, de tabac à chiquer, de gomme ou de timbres à la nicotine ou d'un produit quelconque contenant de la nicotine ou du tabac? Oui Non
- Si «oui», préciser le genre et la date de la dernière consommation.

| Produit(s) | Quantité consommée et fréquence | Date de la dernière consommation (jj-mm-aaaa) |
|------------|---------------------------------|---|
| | | |

- b) Avez-vous **déjà** consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé ou été traité pour ce qui suit ou en avez-vous **déjà** présenté quelque signe ou symptôme :

| | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| i. accident vasculaire cérébral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii. anévrisme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iii. artérite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iv. cancer du poumon, de la gorge ou de la bouche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| v. cardiomyopathie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vi. diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vii. insuffisance cardiaque congestive (ICG) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| viii. maladie coronarienne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ix. maladie de l'artère carotide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| x. maladie vasculaire périphérique (MVP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| xi. neuropathie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu «oui» à la question n^o 9 a) et «oui» pour l'une des affections à la question n^o 9 b), vous n'êtes pas admissible à l'assurance de soins de longue durée que nous offrons. Veuillez abandonner cette proposition.

- c) Avez-vous **déjà** consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé ou été traité pour ce qui suit ou en avez-vous **déjà** présenté quelque signe ou symptôme :

| | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| i. asthme (exclure l'asthme dans l'enfance) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii. bronchite chronique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iii. dyspnée (essoufflement), apnée du sommeil ou autre trouble pulmonaire ou respiratoire (exclure les rhumes et les gripes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iv. emphysème | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| v. fibrose pulmonaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vi. maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

À l'exclusion de l'utilisation de la noix d'arec, du tabac à chiquer, de la gomme ou de timbres à la nicotine au cours des 12 derniers mois, si vous avez répondu «oui» à la question n^o 9 a) et «oui» pour l'une des affections à la question n^o 9 c), vous n'êtes pas admissible à l'assurance de soins de longue durée que nous offrons. Veuillez abandonner cette proposition.

5 Renseignements personnels sur la personne à assurer

Nota : Au besoin, utiliser la section 7 pour fournir des renseignements supplémentaires en réponse à une question de la section 5.

1. Résidez-vous au Canada dans les **12 derniers mois**?..... Oui Non
Si «**non**», donner des précisions.

2. Citoyenneté

Citoyen canadien Résident permanent Autre Si autre :

| | | |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| Indiquer la citoyenneté | Pays de naissance | Date d'arrivée au Canada (jj-mm-aaaa) |
| Statut actuel au Canada | Intentions de résidence | |

3. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada ou avez-vous l'intention de le faire au cours des **12 prochains mois**? (Exclure les voyages ou les séjours aux États-Unis de moins de 6 mois.)

Si «**oui**», donner des précisions..... Oui Non

4. a) Emploi

b) Si vous êtes sans emploi ou à la retraite, est-ce pour des raisons de santé?..... Oui Non

Si «**oui**», donner des précisions, y compris pourquoi vous êtes sans emploi et depuis combien de temps, quel emploi vous exercez et si (ou quand) vous prévoyez exercer un emploi rémunéré.

c) Si vous êtes un étudiant, donner des précisions, y compris le programme d'études et la date de fin des études.

5. Avez-vous un contrat d'assurance de soins de longue durée en vigueur auprès d'une compagnie, y compris la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie?

Oui Non

Si «**oui**», remplir le tableau ci-dessous.

| Compagnie d'assurance | Date de l'établissement du contrat (mm-aaaa) | Montant de la prestation hebdomadaire | Remplacez-vous ce contrat? |
|-----------------------|--|---------------------------------------|---|
| | | \$ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | | \$ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

6. a) Avez-vous une ou des propositions d'assurance de soins de longue durée actuellement à l'étude ou qui sont envisagées?

Oui Non

Si «**oui**», indiquer le nom de la ou des compagnies, le type du ou des contrats, le ou les montants demandés et le montant total des nouvelles assurances qui prendront effet.

b) Avez-vous **déjà** eu une ou des propositions d'assurance-vie, d'assurance-invalidité, d'assurance maladies ou d'assurance de soins de longue durée ayant fait l'objet d'un refus, d'une surprime, d'un report, d'une annulation ou d'une modification quelconque?

Oui Non

Si «**oui**», donner des précisions, y compris la date de la ou des propositions, la décision et la raison ainsi que le nom de la compagnie.

7. Quel est votre revenu annuel gagné, y compris le salaire, les commissions et les bonis? \$

8. Quel est votre revenu annuel provenant d'autres sources, y compris rentes, dividendes, intérêts et revenus immobiliers? \$

Source des revenus

Numéro du contrat

5 Renseignements personnels sur la personne à assurer (suite)

9. À combien estimez-vous votre avoir personnel net au Canada? \$

10. Quel est le total du revenu annuel (revenu gagné et revenu d'autres sources), pour votre conjoint ou partenaire (s'il y a lieu)?
 \$

11. Au cours des **5 dernières années**, avez-vous fait une faillite personnelle ou d'entreprise ou fait l'objet d'une requête de mise en faillite? Oui Non

Si «oui», donner des précisions.

| | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| Circonstances entourant la faillite | Date de libération (jj-mm-aaaa) |
|-------------------------------------|---------------------------------|

12. Avez-vous **déjà** été traité pour consommation d'alcool ou de drogues ou vous a-t-on **déjà** dit d'en réduire la quantité ou la fréquence ou dit de recevoir des services de counselling, des traitements ou des conseils médicaux en lien avec votre consommation? Oui Non

Si «oui», indiquer le type de counselling ou de traitement et les dates auxquelles vous avez reçu ces services. Veuillez inclure toute participation à des associations comme les Alcooliques Anonymes ou Narcotiques Anonymes.

| | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| Type de counselling ou de traitement | Date des services (jj-mm-aaaa) |
|--------------------------------------|--------------------------------|

13. Consommez-vous de l'alcool? Oui Non

Si «oui», indiquer le type et la quantité que vous consommez en moyenne par semaine.

| | |
|------------------------------------|---|
| Produit (spiritueux, vin ou bière) | Quantité consommée en moyenne par semaine |
|------------------------------------|---|

14. Au cours des **10 dernières années**, avez-vous été accusé ou reconnu coupable d'une infraction liée à la conduite d'un véhicule sous l'effet de l'alcool ou d'une drogue ou au refus de passer l'alcootest? Oui Non

Si «oui», donner des précisions.

15. Au cours des **10 dernières années**, avez-vous fait l'usage de marijuana ou de haschisch, de cocaïne, de LSD, d'ecstasy ou d'autres drogues psychotropes, d'héroïne, de fentanyl ou d'autres narcotiques, de stéroïdes anabolisants ou d'autres drogues visant à améliorer la performance? Oui Non

Si «oui», remplir le tableau ci-dessous.

| Produit(s) | Quantité consommée et fréquence | Date de la dernière consommation (jj-mm-aaaa) |
|------------|---------------------------------|---|
| | | |

16. Au cours des **10 dernières années**, avez-vous été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle ou êtes-vous actuellement en probation, en libération conditionnelle ou en libération d'office? Oui Non

Si «oui», donner des précisions.

17. Au cours des **5 dernières années**, avez-vous reçu un revenu pour invalidité (par exemple, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou d'une autre commission des accidents du travail, du Régime de rentes du Québec (RRQ) ou du Régime de pensions du Canada (RPC), d'une assurance pour invalidité de courte ou de longue durée) en raison d'une maladie ou blessure pour une période de **plus de 2 semaines**? Oui Non

Si «oui», donner des précisions.

6 Renseignements médicaux

Nota : Au besoin, utiliser la section 7 pour fournir des renseignements supplémentaires en réponse à une question de la section 6.

Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.

1. Nom et adresse de la clinique ou du médecin habituels.

| | | | |
|--|--|---|--|
| a) Avez-vous une clinique ou un médecin habituels? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Si « oui », nom de la clinique ou du médecin ou autre professionnel de la santé habituels. | |
| Adresse | | Ville | Province |
| Numéro de téléphone | Date de la première consultation (mm-aaaa) | Date de la dernière consultation (mm-aaaa) | Nom au dossier (si différent du nom légal) |
| Répondre à b) s'il a été répondu « oui » en a). b) Au cours des 5 dernières années , avez-vous vu ce médecin ou cette clinique pour un examen médical ou un bilan de santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Si « oui », date du plus récent examen médical ou bilan de santé : (jj-mm-aaaa) | |
| Répondre à c) s'il a été répondu « non » en a). c) Au cours des 5 dernières années , avez-vous vu un médecin ou une clinique pour un examen médical ou un bilan de santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Si « oui », date du plus récent examen médical ou bilan de santé : (jj-mm-aaaa) | |
| Si « oui », nom et adresse du médecin consulté. | | | |

2. Au cours des **3 dernières années**, avez-vous eu un examen physique complet? Oui Non

3. Avez-vous **déjà** été traité pour ce qui suit ou en avez-vous **déjà** présenté des symptômes :

| | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) accident vasculaire cérébral (AVC), anévrisme, accident ischémique transitoire (AIT), mini-AVC, engourdissement ou faiblesse d'un bras ou d'une jambe, paralysie, trouble de la vue, névrite optique, perte permanente ou temporaire de la vue d'un œil, étourdissements, évanouissements, perte d'équilibre ou de sensation, neuropathie, tremblements ou autre maladie ou trouble d'ordre neurologique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) anomalie de la glycémie, intolérance au glucose ou diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) hépatite (y compris porteur d'hépatite), jaunisse ou autre trouble ou maladie du foie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) hypertrophie d'une glande ou d'un ganglion lymphatique, hémophilie, anémie, ou autre maladie ou trouble du sang ou de la coagulation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) cancer, tumeur, kyste, polype, anomalie à la cytologie du col de l'utérus («test Pap») ou toute autre masse anormale ou tumeur maligne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) maladie ou trouble des reins, de la vessie ou de la prostate, y compris protéines ou globules rouges (sang) dans l'urine, taux de l'antigène prostatique spécifique (APS) anormal ou incontinence urinaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) maladie de Crohn, colite ulcéreuse, ulcère gastroduodénal ou gastrique, incontinence fécale, saignement rectal ou intestinal, diarrhée persistante ou autre maladie ou trouble de l'intestin, de l'estomac ou du pancréas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) épilepsie, paralysie cérébrale, commotion cérébrale, évanouissements, pertes de connaissance, étourdissements, maux de tête violents ou autre maladie ou trouble du cerveau ou du système nerveux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) dépression, anxiété, épuisement professionnel, dépression nerveuse, autre maladie ou trouble d'ordre mental, affectif ou nerveux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) fibromyalgie, fatigue, syndrome de fatigue chronique, syndrome de la douleur chronique, syndrome myofascial ou dysfonction temporomandibulaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) arthrite, ostéopénie, ostéoporose ou amputation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) crise cardiaque, angine de poitrine, douleurs à la poitrine, insuffisance cardiaque congestive (ICG), artérite, maladie coronarienne, pouls irrégulier, maladie vasculaire périphérique (MVP), ou autre maladie ou trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) asthme, bronchite chronique, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), fibrose pulmonaire, apnée du sommeil, dyspnée (essoufflement) ou autre trouble pulmonaire ou respiratoire (exclure les rhumes et les gripes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6 Renseignements médicaux (suite)

4. Au cours des **2 dernières années**, avez-vous été traité pour ce qui suit ou en avez-vous présenté quelque symptôme :
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non |
| a) hyperthyroïdie, hypothyroïdie, ou autre maladie ou trouble de la glande thyroïde ou du système endocrinien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) cécité ou surdité, ou autre maladie ou trouble des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche (exclure les examens médicaux de routine qui n'ont pas nécessité de suivi, par exemple dans les cas suivants : amygdalectomie, adénoïdectomie, sinusite ou autre maladie ou trouble exigeant le port de lunettes, de verres de contact ou de tubes dans les oreilles) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) maladie de la peau, lésions cutanées, infections chroniques, grains de beauté anormaux ou naevus dysplasiques (sauf dermite due à l'herbe à puce, dermite de contact, acné, rosacée, coups de soleil ou eczéma) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
5. Au cours des **5 dernières années**, avez-vous fait une ou des chutes?..... Oui Non
6. Fournir des précisions pour toute réponse **affirmative** aux questions numéros 3, 4 ou 5.

| Numéro de la question | Symptômes/affections | Précisions, y compris diagnostic, traitement et état actuel, ainsi que dates pertinentes pour chaque cas | Nom et adresse des médecins, établissements médicaux ou hôpitaux consultés pour les symptômes/affections |
|-----------------------|----------------------|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous pris des médicaments d'ordonnance ou des médicaments en vente libre?.. Oui Non
Si «oui», remplir le tableau ci-dessous.

| Médicaments | Raison des médicaments | Date première utilisation (jj-mm-aaaa) | Posologie actuelle | Date du changement le plus récent de la posologie (jj-mm-aaaa) | Date dernière utilisation (jj-mm-aaaa) |
|-------------|------------------------|--|--------------------|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

8. Au cours des **5 dernières années**, avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé, avez-vous été traité ou avez-vous présenté des signes ou des symptômes en lien avec une maladie ou un trouble des os, des articulations, des tendons, des muscles ou des membres y compris, entre autres, des genoux, des hanches, des épaules, du cou ou du dos? Oui Non
9. Au cours des **2 dernières années**, avez-vous eu des douleurs qui ont duré **plus d'une semaine** ou qui sont réapparues **plus d'une fois** au même endroit (peu importe la durée) ou avez-vous été traité pour ce genre de douleurs?..... Oui Non
Si «oui», remplir le *Questionnaire sur la douleur – Assurance de soins de longue durée* (F298) et le joindre à la présente proposition.
10. Au cours des **5 dernières années**, avez-vous subi des examens ou tests diagnostiques, comme une radiographie, une électrocardiographie, une scintigraphie, une imagerie par résonance magnétique (IRM), une échographie, une biopsie, une analyse sanguine ou une analyse d'urine? (Exclure les examens ou tests que vous nous avez d j   mentionnés dans la présente proposition. Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.)..... Oui Non
Si «oui», remplir le tableau ci-dessous.

| Examen/test et raison | Date de l'examen ou du test (mm-aaaa) | Résultats du test | Précisions sur toute anomalie |
|-----------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | |
| | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | |
| | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | |
| | | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | |

11. Avez-vous connaissance de symptômes ou de problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement?..... Oui Non

6 Renseignements médicaux (suite)

- 12. À part pour les affections qui ont déjà été déclarées, au cours des 5 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie ou d'un problème de santé qui n'a pas déjà été mentionné, et pour lequel vous avez dû ou devez subir des examens ou des tests, suivre un traitement ou être en observation? Êtes-vous en attente d'examens ou de résultats de tests à la suite d'une consultation médicale? Oui Non
 - 13. Prévoit-on ou vous a-t-on recommandé une intervention chirurgicale, des tests diagnostiques ou un traitement médical, ou en a-t-on discuté? Oui Non
 - 14. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous suivi des traitements de physiothérapie, de chiropractie, de massothérapie, d'acupuncture ou d'autres traitements pour une affection ou un symptôme, quel qu'il soit? Oui Non
- Si «oui», remplir le tableau ci-dessous.

| Type de traitement | Date début du traitement (mm-aaaa) | Date traitement le plus récent (mm-aaaa) | Affections/symptômes ayant entraîné le traitement et état actuel | Précisions, y compris fréquence du traitement, si en cours ou terminé, et date du dernier traitement si terminé |
|--------------------|------------------------------------|--|--|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- 15. À part pour les affections qui ont déjà été déclarées, au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté d'autres médecins ou professionnels de la santé, été patient dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement médical, ou subi une opération ou suivi un autre traitement?..... Oui Non
- 16. Donner des précisions sur toutes les réponses affirmatives aux questions numéros 8, 10, 11, 12, 13 ou 15.

| Numéro de la question | Date (mm-aaaa) | Précisions, y compris affections/symptômes, problèmes de santé, incident, ce qui a été envisagé, recommandé et effectué, ainsi que les résultats de tout test ou traitement | Précisions, y compris le nom et l'adresse de chaque médecin traitant et sa spécialité, chaque établissement médical ou hôpital, les dates des consultations, visites et traitements |
|-----------------------|----------------|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Numéro du contrat

7 Renseignements supplémentaires

Au besoin, utiliser cette section pour fournir des renseignements supplémentaires en réponse à des questions des sections 4 à 6.

| Numéro de la question | Précisions |
|-----------------------|------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

8 Directives spéciales

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

9 Autorisation de divulguer de l'information à votre conseiller

Dans la présente section, le mot *vous* désigne la ou les personnes à assurer.

But de cette autorisation

En cochant «**oui**» ci-dessous, vous nous autorisez à communiquer vos renseignements personnels à votre conseiller, qui pourra les utiliser pour vous parler des options d'assurance qui s'offrent à vous.

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

Communication des renseignements

Certains des renseignements que nous pourrions communiquer à votre conseiller sont les suivants :

- les résultats de tests médicaux et d'analyses de laboratoire;
- des renseignements personnels et confidentiels à propos de maladies, notamment des maladies mentales ou des maladies infectieuses et d'autres troubles médicaux ainsi que l'usage de médicaments;
- des renseignements sur votre santé qui sont découverts au cours de l'étude de votre proposition mais dont vous n'étiez pas au courant lorsque vous l'avez remplie;
- des renseignements sur l'usage de drogues, la consommation d'alcool et la réadaptation;
- des renseignements sur vos antécédents de travail et sur votre situation financière;
- les renseignements sur toute infraction criminelle, le cas échéant; et
- autres particularités et leur incidence sur notre décision de vous accorder l'assurance.

Nous pouvons choisir de ne pas communiquer des renseignements vous concernant que nous avons obtenus d'un médecin ou d'un établissement médical lorsque ces renseignements ne nous ont pas été divulgués dans le cadre de l'étude de la proposition.

Autorisation

En cochant «**oui**» ci-dessous, vous autorisez la compagnie à communiquer des renseignements vous concernant :

- qui ont été recueillis aux fins de la tarification de cette proposition, et
- uniquement au conseiller mentionné dans l'espace ci-dessous.

| | | |
|----------------------|-----|--------------------|
| Prénom du conseiller | Nom | Code de conseiller |
|----------------------|-----|--------------------|

En cochant «**oui**» ci-dessous, vous confirmez que vous comprenez ce qui suit :

- même si vous cochez «**oui**» ci-dessous, nous nous réservons le droit de ne pas communiquer à votre conseiller des renseignements personnels de nature délicate;
- vous pouvez annuler cette autorisation en tout temps en nous appelant au 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433); et
- cette autorisation est valable pendant 30 jours après la plus tardive des dates suivantes :
 - (a) date à laquelle nous établissons un nouveau contrat d'assurance, ou
 - (b) date à laquelle nous vous envoyons par la poste un avis vous informant du refus de votre proposition.

Consentez-vous à ce que nous divulguions des renseignements vous concernant? Oui Non

(Si rien n'est indiqué, la réponse est «**non**»)



10 Paiements

Veillez ne pas remettre de paiement avec la proposition. Le plein montant du paiement requis doit être remis à la livraison du contrat. Veillez faire le chèque à l'ordre de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Nota : Nous n'acceptons aucun paiement comptant.

1. Renseignements sur le paiement à la livraison

Veillez indiquer comment le paiement initial sera effectué :

- chèque à la livraison pour le plein montant du paiement annuel;
- chèque à la livraison pour le paiement mensuel initial, et les paiements subséquents seront faits selon les renseignements sur le prélèvement bancaire (PB) fournis dans la section 2 ci-dessous;
- prélèvement par PB selon les renseignements sur le PB fournis dans la section 2 ci-dessous; ou
- prélèvement par PB et renseignements sur le PB/directives de paiement fournis à la livraison.

2. Autorisation de prélèvement bancaire (PB)

Nota : Tous les payeurs du PB doivent accepter de se conformer à toutes les conditions suivantes pour se prévaloir du PB comme option de paiement.

Tous les payeurs du prélèvement bancaire acceptent ce qui suit :

- La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie peut effectuer en tout temps les prélèvements réguliers récurrents ou effectuer de temps à autre des prélèvements uniques sur leur compte bancaire indiqué dans la présente proposition d'assurance.
- Tous les prélèvements bancaires seront traités comme des prélèvements personnels aux termes des règles de Paiements Canada. (Cela signifie qu'ils disposent de 90 jours civils à compter de la date du traitement d'un prélèvement pour demander le remboursement de tout prélèvement non autorisé.)
- Le montant du prélèvement est variable aux termes des règles de Paiements Canada.
- Les avis qui doivent leur être envoyés en vertu de la présente convention le seront à l'adresse du propriétaire proposant/propriétaire du contrat la plus récente qui est consignée au dossier de la compagnie au moment de l'envoi d'un avis.
- La compagnie peut facturer des frais si un prélèvement n'est pas honoré et mettre fin à l'arrangement de PB.
- Toutes les personnes dont la signature est requise pour le compte bancaire indiqué ci-dessous ont signé la section 12 à titre de payeur du PB.
- La compagnie ne peut céder la présente autorisation à une autre compagnie ou personne pour lui permettre d'effectuer ces prélèvements sur le compte des payeurs du PB (par exemple advenant un changement de contrôle de la compagnie) sans donner un préavis écrit d'au moins 10 jours.
- Ils renoncent à l'exigence voulant que la compagnie les avise de :
 - cette autorisation avant le traitement du premier prélèvement;
 - de tout prélèvement subséquent; et
 - des changements du montant ou de la date des prélèvements demandés par eux ou par la compagnie.

a) Établir une nouvelle convention de PB Oui Non

(Si «oui», remplir c) et d). Les prélèvements réguliers pour ce contrat commenceront un mois après la date d'entrée en vigueur du contrat, à moins de directives contraires en c).)

b) Ajouter au PB déjà en vigueur qui paie le contrat numéro Oui Non

(Les prélèvements réguliers pour ce contrat seront faits le même jour du mois que les prélèvements bancaires en vigueur qui paient le contrat susmentionné, à moins de directives contraires en c).)

10 Paiements (suite)

- c) La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la compagnie) prélèvera tous les mois sur le compte bancaire indiqué sur le spécimen de chèque ci-joint, ou sur un autre compte désigné, les fonds nécessaires pour régler tous les paiements de ce contrat, y compris le paiement initial si vous avez choisi qu'il soit réglé au moyen d'un prélèvement bancaire à la section I.

Toutes les personnes dont la signature est requise pour ce compte doivent signer l'autorisation à la page 15. Pour les comptes conjoints qui requièrent plus d'une signature pour les retraits de fonds, tous les titulaires du compte doivent signer l'autorisation à la page 15.

Nous préleverons le paiement initial à la date d'entrée en vigueur du contrat.

Les prélèvements réguliers commenceront un mois après la date d'entrée en vigueur du contrat ou le _____ (jj-mm-aaaa).

Les payeurs peuvent mettre fin à cette autorisation n'importe quand en donnant à la compagnie un préavis de 10 jours. Pour obtenir des précisions sur leurs droits de résiliation, les payeurs devraient communiquer avec leur institution financière. Un spécimen du formulaire de résiliation est classé sur le site Web www.paiements.ca.

Les payeurs ont certains recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente convention. Par exemple, ils ont le droit de recevoir le remboursement de tout prélèvement qui n'est pas autorisé par la présente convention de PB ou qui n'est pas conforme à celle-ci. Pour obtenir des précisions sur les recours possibles, les payeurs devraient communiquer avec leur institution financière ou visiter le www.paiements.ca.

Il est possible de nous joindre en tout temps à :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
227, rue King Sud
C. P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4C5
1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433)
Télécopieur : 1-866-487-4745
www.sunlife.ca

- d) Joindre un chèque portant la mention «nul» OU donner les renseignements suivants : (N'utiliser que les comptes de chèques.)

| | | |
|---|------------------|-------------|
| Prénom du titulaire du compte bancaire | Nom | |
| Prénom du titulaire du compte bancaire | Nom | |
| Nom de l'institution financière | | |
| Adresse de l'institution financière (numéro et rue) | | |
| Ville | Province | Code postal |
| Numéro de succursale | Numéro du compte | |

11 Services de traduction – Autorisation et déclaration

La présente proposition a-t-elle été traduite pour le compte d'une personne à assurer et/ou d'un propriétaire proposant dans une langue autre que le français? Oui Non Si «**oui**», vous devez remplir les sous-sections ci-dessous.

Nota : Le traducteur doit être âgé de 18 ans ou plus et ne peut pas être :

- un bénéficiaire,
- un propriétaire proposant, ou
- toute autre personne qui a un intérêt dans le contrat d'assurance (exclusion faite du conseiller).

11.1 Autorisation de la personne à assurer et/ou du propriétaire proposant

Dans la présente section, le mot *vous* désigne la personne à assurer et/ou le propriétaire proposant.

1. Pour qui la présente proposition a-t-elle été traduite dans une langue autre que le français?

Personne à assurer Propriétaire proposant

2. Convenez-vous que vos réponses aux questions posées et traduites pour vous sont complètes et véridiques, et que vous comprenez qu'elles font partie intégrante de la proposition?

Personne à assurer : Oui Non Propriétaire proposant : Oui Non

Nota : Si «**non**», nous ne sommes pas en mesure de donner suite à votre proposition à l'heure actuelle. Elle ne doit pas être présentée.

3. Convenez-vous que la présente proposition vous a été expliquée en détail dans la langue de votre choix, et que vous comprenez la traduction que vous a fournie le traducteur?

Personne à assurer : Oui Non Propriétaire proposant : Oui Non

Nota : Si «**non**», nous ne sommes pas en mesure de donner suite à votre proposition à l'heure actuelle. Elle ne doit pas être présentée.

4. Nom de la personne ayant fourni la traduction :

| | |
|----------------------|-----|
| Prénom du traducteur | Nom |
|----------------------|-----|

5. Lien du traducteur avec la personne pour qui la traduction a été fournie :

| | | | |
|--------------------|--|------------------------|--|
| Personne à assurer | <input type="checkbox"/> Conseiller <input type="checkbox"/> Autre Préciser : _____ | Propriétaire proposant | <input type="checkbox"/> Conseiller <input type="checkbox"/> Autre Préciser : _____ |
|--------------------|--|------------------------|--|

6. Dans quelle langue les questions ont-elles été traduites?

| | | | |
|--------------------|--|------------------------|--|
| Personne à assurer | | Propriétaire proposant | |
|--------------------|--|------------------------|--|

11.2 Déclaration et signature du traducteur (s'il n'est pas le conseiller)

Dans la présente section, le mot *vous* désigne le traducteur.

En signant ci-dessous, vous déclarez avoir fait ce qui suit pour le compte de la personne à assurer et/ou du propriétaire proposant susmentionnés à la sous-section 11.1 :

- vous avez traduit fidèlement et avec exactitude la présente proposition ainsi que les réponses qui vous ont été fournies;
- vous avez lu entièrement la présente proposition et vous avez consigné les réponses qui vous ont été fournies;
- vous leur avez expliqué les renseignements et toutes les personnes visées ont compris le contenu de la présente proposition et elles ont fourni tous les renseignements demandés.

Vous déclarez également ne détenir aucun intérêt dans la présente proposition et être âgé de plus de 18 ans.

| | | |
|-----------------------|-------------------|-------------------------------------|
| Province de signature | Date (jj-mm-aaaa) | Signature du traducteur X |
|-----------------------|-------------------|-------------------------------------|

12 Déclaration et autorisation**Déclaration et autorisation**

Le propriétaire proposant confirme avoir reçu et lu la page Renseignements sur votre proposition d'Assurance de soins de longue durée Sun Life et qu'il en accepte les modalités.

Le propriétaire proposant et la personne à assurer (si le propriétaire proposant n'est pas la personne à assurer) confirment avoir reçu et lu la déclaration de la Financière Sun Life en matière de protection des renseignements personnels pour le Canada et l'avis relatif au MIB, Inc. (MIB), à la page Renseignements importants, et qu'ils en acceptent les modalités.

Déclaration

Le propriétaire proposant, la personne à assurer et les payeurs du prélèvement bancaire (PB) confirment :

- qu'ils étaient présents quand a été remplie la partie qui les concerne de la proposition présentée à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la compagnie);
- qu'ils ont revu toutes leurs réponses et déclarations consignées dans la présente proposition;
- que tous les renseignements qui ont été fournis relativement à cette proposition sont complets et véridiques et que ces derniers ont été fournis par eux-mêmes au conseiller (ou à une autre personne autorisée par la compagnie) aux fins de la tarification, de la gestion de l'assurance ou d'un règlement d'assurance;
- qu'ils comprennent que si leurs réponses à toutes les questions ne sont pas véridiques et complètes (s'ils font de fausses déclarations), la compagnie peut annuler le contrat;
- qu'ils acceptent que les renseignements personnels, médicaux et financiers les concernant peuvent être communiqués à d'autres personnes selon les modalités prévues dans la déclaration de la Financière Sun Life en matière de protection des renseignements personnels pour le Canada;
- qu'ils sont satisfaits de la quantité d'information qu'ils ont reçue sur le produit avant d'avoir signé cette proposition et qu'ils sont conscients qu'ils peuvent obtenir plus d'information à la section «Produits et services» du site Web www.sunlife.ca ou en appelant notre centre de service à la clientèle au numéro sans frais 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433); et
- que les payeurs du PB, en signant ci-dessous, acceptent les modalités de l'autorisation de PB exposées à la section 10.

La personne à assurer confirme que les renseignements décrits à la section 9 peuvent être communiqués à son conseiller, si elle a répondu «oui» dans cette section.

Autorisation de la personne à assurer

La personne à assurer autorise :

- les médecins et autres professionnels de la santé, les hôpitaux, cliniques et autres établissements médicaux, les compagnies d'assurance, les agences d'investigation, le MIB, Inc. ou tout autre organisme ou établissement, y compris les membres du groupe Financière Sun Life, dont fait partie la compagnie, ou toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements à son sujet, à donner à la compagnie, à ses représentants, à ses fournisseurs de services ou à ses réassureurs les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion de l'assurance et à un règlement d'assurance, et ces renseignements seulement;
- les examens médicaux, électrocardiographies, profils sanguins et tests de dépistage du VIH (sida) et de l'hépatite que peut nécessiter la tarification de la présente proposition; et
- la compagnie à fournir les renseignements personnels nécessaires obtenus pour la tarification, et ces renseignements seulement, à son médecin, au MIB, Inc., aux réassureurs de la compagnie, à la compagnie d'assurance à qui elle a soumis une proposition d'assurance pour elle-même, s'il y a lieu, et pour toute maladie infectieuse ou transmissible, au médecin-hygiéniste lorsque la loi l'exige.

| Province de signature | Date (jj-mm-aaaa) | Signature |
|-----------------------|-------------------|---|
| | Fait le : | Propriétaire proposant (inscrire le titre du signataire autorisé, s'il y a lieu) X |
| | Fait le : | Personne à assurer (si autre que le propriétaire proposant) X |
| | Fait le : | Payeur du PB (si autre que le propriétaire proposant ou la personne à assurer) X |
| | Fait le : | Payeur du PB (si autre que le propriétaire proposant ou la personne à assurer) X |

Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

13 Compte rendu du conseiller

Veuillez joindre votre carte de visite.

Renseignements sur le conseiller

La part minimale est de 10 %.

Un autre conseiller doit-il recevoir des commissions à l'égard de cette proposition parce qu'il a participé à la recommandation?

Oui Non Si «oui», donner des précisions.

Conseiller principal assurant le service

| | | | |
|-----------------------------|--------|------|---|
| Prénom | | Nom | |
| Code de conseiller Sun Life | Bureau | Part | % |

Conseiller qui partage la commission

| | | | |
|-----------------------------|--------|------|---|
| Prénom | | Nom | |
| Code de conseiller Sun Life | Bureau | Part | % |

Indiquer le nom du partenaire de distribution (agent général principal ou compte national), ainsi que votre adresse de société ou de conseiller dans l'espace ci-dessous.

| |
|--|
| |
|--|

Déclaration et avis de divulgation du conseiller (seul le conseiller doit signer cette section)

Sachant que la Financière Sun Life s'appuiera sur tous les renseignements recueillis dans le but de traiter la présente proposition pour faire des vérifications préalables et pour se conformer aux exigences des organismes de réglementation qui s'appliquent, je soussigné, le conseiller, confirme que :

- j'ai informé le propriétaire proposant que je suis un conseiller indépendant sous contrat pour vendre des produits établis par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, et j'ai également précisé les autres compagnies que je représente;
- j'ai indiqué au propriétaire proposant que je toucherai une rémunération sous forme de commissions ou de rétribution pour la vente de produits d'assurance-vie et d'assurance-santé;
- j'ai indiqué au propriétaire proposant qu'il était aussi possible que je reçoive une rémunération additionnelle sous forme de bonis ou de gratifications non monétaires comme des voyages ou la participation à des congrès;
- j'ai informé le propriétaire proposant de tout conflit d'intérêt qu'il peut y avoir pour moi dans le cadre de cette opération; et
- je détiens un permis ou un certificat dans la province où la proposition a été remplie et signée.

S'il est indiqué dans la section Services de traduction – Autorisation et déclaration que j'ai agi à titre de traducteur, en signant ci-dessous, je déclare avoir fait ce qui suit pour le compte des personnes à assurer et/ou des propriétaires proposant figurant dans cette section :

- j'ai traduit fidèlement et avec exactitude la présente proposition ainsi que les réponses qui m'ont été fournies;
- je leur ai lu entièrement la présente proposition et j'ai consigné les réponses qui m'ont été fournies;
- je leur ai expliqué les renseignements et toutes les personnes visées ont compris le contenu de la présente proposition et elles ont fourni tous les renseignements demandés.

Le cas échéant (voir section 14), je soussigné, le conseiller, confirme également que :

- j'ai passé en revue avec chaque propriétaire proposant, personne à assurer et payeur du PB tous les renseignements les concernant dans cette proposition, et je déclare qu'à ma connaissance, ces renseignements sont complets et véridiques et que la proposition comporte tous les éléments pertinents à l'assurance demandée; et
- j'ai vu chaque personne signer la présente proposition.

| | | | |
|------------------------------|--------------------|----------------------|-------------------------------|
| Prénom du conseiller | | Nom | |
| Signature du conseiller X | | Date (jj-mm-aaaa) | Signature du superviseur X |
| Bureau | Code de conseiller | Adresse électronique | |

14 Déclaration de l'adjoint administratif titulaire de permis (à remplir si un adjoint administratif titulaire de permis a rempli la proposition)

Un adjoint administratif titulaire de permis a-t-il rempli la proposition?..... Oui Non

Je soussigné, l'adjoint administratif titulaire de permis, confirme que :

- j'ai passé en revue avec chaque propriétaire proposant, personne à assurer et payeur du PB tous les renseignements les concernant dans cette proposition, et je déclare qu'à ma connaissance, ces renseignements sont complets et véridiques et que la proposition comporte tous les éléments pertinents à l'assurance demandée; et
- j'ai vu chaque personne signer la présente proposition.

| | |
|---|---|
| Prénom de l'adjoint administratif titulaire de permis | Nom |
| Date (jj-mm-aaaa) | Signature de l'adjoint administratif titulaire de permis X |

Renseignements sur votre proposition d'Assurance de soins de longue durée Sun Life

Numéro du contrat

Entrée en vigueur de cette assurance

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la compagnie) et vous-même (le propriétaire proposant) convenez que l'Assurance de soins de longue durée Sun Life entrera en vigueur quand :

- vous aurez fourni à votre conseiller le plein montant du paiement requis ainsi que toute autre exigence en suspens reliée à la livraison du contrat; et
- votre conseiller vous aura livré le contrat.

Vous n'avez pas de couverture tant que ces conditions ne sont pas remplies.

Notre évaluation de l'état de santé de la personne à assurer peut comprendre une entrevue par téléphone, une entrevue en personne et l'examen de son dossier médical.

L'assurance commencera à la date que nous aurons indiquée dans le contrat.

Réception de votre contrat

Vous devriez recevoir votre contrat dans les 90 jours suivant la date où vous avez présenté la proposition. Sinon, veuillez appeler notre centre de service à la clientèle, sans frais, au 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433).

Nous considérons que vous avez reçu votre contrat 5 jours après son expédition de nos bureaux par la poste à l'adresse indiquée dans votre proposition, ou le jour où votre conseiller vous l'aura livré.

Si vous changez d'avis au sujet du contrat, vous pouvez nous demander par écrit d'y mettre fin à celle des dates suivantes qui survient en premier :

- dans les 10 jours suivant la date où vous l'avez reçu; ou
- dans les 60 jours suivant son établissement.

LTCAHANF



Renseignements importants

Numéro du contrat

Nota : Détacher cette feuille pour la remettre à la personne à assurer. Ne pas la remettre avec la proposition.

Déclaration de la Financière Sun Life en matière de protection des renseignements personnels pour le Canada

Protection des renseignements personnels

Pour le groupe Financière 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.

Accès aux renseignements vous concernant

Nous pouvons, de même que nos réassureurs, transmettre un rapport sommaire sur les résultats de nos vérifications au MIB, Inc. (MIB), organisme à but non lucratif, composé de sociétés d'assurances de personnes, qui permet l'échange de renseignements entre les sociétés membres. Si la personne désignée dans la proposition présente aussi 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.

La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels reçus par le MIB sont régies par la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE) et les lois provinciales. Par conséquent, le MIB a accepté de protéger ces renseignements selon des principes directeurs en matière de sécurité et de protection des renseignements personnels qui sont considérablement semblables à ceux de la compagnie et en conformité avec les lois applicables. En tant que compagnie dont le siège social est situé aux États-Unis, le MIB est assujéti aux lois américaines applicables et les renseignements personnels peuvent être divulgués conformément à ces dernières. Pour toute question concernant l'engagement du MIB en ce qui touche la protection et la sécurité de vos renseignements personnels, vous pouvez communiquer avec le service chargé de la protection des renseignements personnels du MIB à l'adresse privacy@mib.com.

Pour en savoir plus sur le MIB, Inc., vous pouvez visiter le site Web à l'adresse www.mib.com, téléphoner au 416-597-0590 ou écrire à l'adresse suivante :

MIB, Inc.
Bureau 501
330, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1R7

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

La Financière Sun Life

La Financière Sun Life, dont l'histoire remonte à 1865, est une organisation de services financiers de premier plan à l'échelle internationale, fière d'offrir une gamme diversifiée de services et de produits dans les domaines de la constitution de patrimoine et de l'assurance. La Financière Sun Life exerce aujourd'hui ses activités dans d'importants marchés du monde. Notre objectif principal est d'aider les personnes à avoir et à conserver la tranquillité d'esprit que procure le fait de pouvoir bénéficier de solutions financières judicieuses.

Pour obtenir plus de renseignements sur la Financière Sun Life, n'hésitez pas à appeler au 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433) ou à visiter notre site Web à www.sunlife.ca.

ADMINIF

