

# Proposition Sun Life (pour la Temporaire Sun Life et l'Assurance maladies graves Sun Life)

Numéro du contrat (réservé au siège social)

Veillez utiliser cette proposition pour demander une nouvelle assurance si la ou les personnes à assurer ont 18 ans ou plus :

- lorsqu'un rapport d'examen paramédical ou médical est nécessaire comme preuve d'assurabilité ou lorsqu'une entrevue téléphonique sera effectuée, et
- lorsqu'une proposition est présentée pour la Temporaire Sun Life ou l'Assurance maladies graves Sun Life.

Cette proposition peut servir à demander une assurance-vie pour 2 personnes à assurer tout au plus ou pour demander à la fois un produit d'assurance-vie et un produit d'assurance maladies graves pour une même personne à assurer et un même propriétaire proposant.

Si vous souhaitez souscrire une garantie Assurance temporaire d'enfant ou Exonération en cas d'invalidité du propriétaire, vous devez remplir une proposition d'assurance-vie et d'assurance maladies graves (820-2799).

Dans la présente proposition, les mots *vous*, *Personne 1* et *Personne 2* désignent, selon le contexte, la ou les personnes à assurer et/ou le ou les propriétaires proposant. Les mots *nous* ou *la compagnie* désignent la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

## À remplir pour toutes les propositions.

Demandez-vous une multiassurance sur la tête de plus de 2 personnes à assurer?  Oui  Non

Si «oui», vous devez remplir la section Autres personnes à assurer, à la page 2.

Une entrevue téléphonique aura-t-elle lieu pour recueillir des exigences de tarification à l'égard de la ou des personnes à assurer dont le nom figure ci-dessous?  Oui  Non

Si «oui», veuillez remplir les sections appropriées de la page 7 à la page 10.

## 1 Renseignements généraux

### Renseignements sur la première personne à assurer (Personne 1)

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	Pays	Code postal	Téléphone (domicile)		Téléphone (bureau)		
Numéro du permis de conduire		Province	Lieu de naissance (ville et pays)				
Profession (titre et fonctions)			Nom et adresse de l'employeur				
Revenu annuel (salaire, bonis et dividendes)		Autres sources de revenu	Autres sources de montant	Valeur nette au Canada	Valeur nette à l'étranger		
		\$	\$		\$	\$	
<input type="checkbox"/> Citoyen canadien <b>ou</b> <input type="checkbox"/> Statut de résident permanent <b>ou</b> <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <b>Nota</b> : Si «Résident permanent» ou «Autre», indiquer depuis combien d'années au Canada.							

Voulez-vous conserver l'âge?  Oui  Non **Nota** : Le délai maximum pour conserver l'âge est de 90 jours.

AAPPF



**1 Renseignements généraux (suite)****Renseignements sur la deuxième personne à assurer (Personne 2)**

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	Pays	Code postal	Téléphone (domicile)		Téléphone (bureau)		
Numéro du permis de conduire			Province	Lieu de naissance (ville et pays)			
Profession (titre et fonctions)				Nom et adresse de l'employeur			
Revenu annuel (salaire, bonis et dividendes)		Autres sources de revenu		Autres sources de montant		Valeur nette au Canada	Valeur nette à l'étranger
\$		\$				\$	\$
<input type="checkbox"/> Citoyen canadien <b>ou</b> <input type="checkbox"/> Statut de résident permanent <b>ou</b> <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <b>Nota</b> : Si «Résident permanent» ou «Autre», indiquer depuis combien d'années au Canada.							

Voulez-vous conserver l'âge?  Oui  Non **Nota** : Le délai maximum pour conserver l'âge est de 90 jours.

**Autres personnes à assurer (Des propositions distinctes doivent être présentées.)**

Dans le cas d'une multiassurance, vous devez indiquer le nom des autres personnes à assurer pour qui vous présentez une proposition distincte.

Prénom	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Prénom	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Prénom	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Prénom	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)

**Renseignements sur le Propriétaire proposant 1 (s'il n'est pas une personne à assurer)**

Prénom	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lien avec la personne à assurer
Profession (titre et fonctions)		Adresse du domicile (numéro et rue)		Appartement ou bureau
Ville	Province	Pays	Code postal	

**Renseignements sur le Propriétaire proposant 2 (s'il n'est pas une personne à assurer)**

Prénom	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lien avec la personne à assurer
Profession (titre et fonctions)		Adresse du domicile (numéro et rue)		Appartement ou bureau
Ville	Province	Pays	Code postal	

**1 Renseignements généraux (suite)****Propriétaire(s) proposant(s) en sous-ordre**

Nota :

- Remplir cette section s'il y a un seul propriétaire proposant et si le contrat demeurera en vigueur après son décès (lorsque le propriétaire proposant n'est pas la personne à assurer).
- S'il y a plus d'un propriétaire proposant et que plusieurs propriétaires résident à l'extérieur du Québec  
Si ce contrat est détenu par plus d'une personne et si un des propriétaires du contrat meurt, l'intérêt du propriétaire décédé est transmis en parts égales aux propriétaires survivants, sauf si un propriétaire en sous-ordre a été désigné. Si, au décès de l'un des propriétaires du contrat, l'intérêt du propriétaire décédé doit être transmis à un propriétaire en sous-ordre, le nom de ce dernier doit être indiqué ci-dessous vis-à-vis du nom du propriétaire du contrat approprié.
- S'il y a plus d'un propriétaire proposant et que plusieurs propriétaires résident au Québec  
Le droit de survie est sans objet au Québec. Au décès de l'un des propriétaires, son intérêt est transmis au propriétaire en sous-ordre dont le nom est indiqué ci-dessous. Le propriétaire survivant conserve son intérêt dans le contrat. Indiquer ci-dessous le nom du propriétaire proposant de même que le nom du propriétaire en sous-ordre.

	Propriétaire proposant	Propriétaire en sous-ordre	Lien avec le propriétaire proposant
Propriétaire <b>1</b>			
Propriétaire <b>2</b>			

**Société par actions/compagnie ou fiduciaire**

Nom			
Titre de la personne à qui les avis, les relevés et la correspondance sur le contrat doivent être envoyés			
Adresse postale (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Pays	Code postal

**Choix de langue**

Dans quelle langue le propriétaire proposant souhaite-t-il que le contrat soit rédigé?

- Établir le contrat en français
- Issue the policy in English

**But de l'assurance**

Pourquoi demandez-vous cette assurance?

Sélectionnez tout ce qui s'applique :

- Remplacement du revenu       Règlement des impôts ou de la succession       Convention d'achat et de vente
- Protection contre les créanciers       Assurance d'un collaborateur essentiel       Concept/autre (préciser ci-dessous)

Précisions
------------

Si la couverture doit répondre aux besoins d'une entreprise, fournir les renseignements suivants :

Prénom du ou des propriétaires d'entreprise	Nom	% détenu dans l'entreprise	Montant total de l'assurance d'entreprise déjà en vigueur auprès de toutes les compagnies	Montant total de la nouvelle assurance à mettre en vigueur auprès de toutes les compagnies
		%	\$	\$
		%	\$	\$
		%	\$	\$
		%	\$	\$
Ventes annuelles	Bénéfice net après impôt		Juste valeur marchande	
\$			\$	\$

**2 Renseignements sur les bénéficiaires**

Dans la présente section, le mot *vous* désigne la ou les propriétaires proposant(s).

**Nota :** Au Québec, la désignation du conjoint légal (mariage ou union civile) comme bénéficiaire est irrévocable, à moins que vous ne cochiez la case Révocable de la section Désignations de bénéficiaires a) et b).

**a) Premiers bénéficiaires** (Le total des parts qui leur reviennent doit être égal à 100 %.)

**Nota :**

- Si cette section n'est pas remplie, le bénéficiaire sera le propriétaire proposant ou les ayants droit du propriétaire proposant.
- Au Québec, la part du bénéficiaire décédé avant vous sera transmise au(x) bénéficiaire(s) survivant(s) de même ordre uniquement si vous avez désigné des bénéficiaires pour recevoir les prestations de décès en parts égales. Si les parts ne sont pas égales, la part du bénéficiaire décédé avant la personne assurée vous reviendra ou sera versée à vos ayants droit.

Prénom	Nom	Lien avec le propriétaire proposant (en dehors du Québec, avec la personne à assurer)	Désignation de bénéficiaires	Part des bénéficiaires (%)
(pour la Personne 1)			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Total 100 %
(pour la Personne 2)			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Total 100 %

**b) Bénéficiaires en sous-ordre** (Le total des parts qui leur reviennent doit être égal à 100 %.)

Prénom	Nom	Lien avec le propriétaire proposant (en dehors du Québec, avec la personne à assurer)	Désignation de bénéficiaires	Part des bénéficiaires (%)
(pour la Personne 1)			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	
(pour la Personne 2)			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	

**c) Bénéficiaire de la prestation d'assurance maladies graves** (À remplir si vous demandez l'assurance maladies graves.)

**Nota :**

- Si vous désignez un bénéficiaire de la prestation d'assurance maladies graves, vous ne recevrez pas cette prestation.
- Si cette section n'est pas remplie, le bénéficiaire est le propriétaire proposant ou les ayants droit du propriétaire proposant.

Prénom	Nom	Lien avec le propriétaire proposant (en dehors du Québec, avec la personne à assurer)	Désignation de bénéficiaires
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

**d) Bénéficiaire de la Remboursement des primes au décès** (À remplir si vous demandez la Remboursement des primes au décès.)

**Nota :**

- Si cette section n'est pas remplie, le bénéficiaire sera le propriétaire proposant ou les ayants droit du propriétaire proposant.
- Il n'est pas possible de désigner un bénéficiaire de la garantie Remboursement des primes à la résiliation ou à l'expiration.
- Nous versons la garantie Remboursement des primes à la résiliation ou à l'expiration au propriétaire proposant ou aux ayants droit du propriétaire proposant.

Prénom	Nom	Lien avec le propriétaire proposant (en dehors du Québec, avec la personne à assurer)	Désignation de bénéficiaires
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

**e) Fiduciaire si le bénéficiaire est mineur**

**Nota :**

- À remplir si un bénéficiaire mineur est désigné en a, b, c ou d.
- Ailleurs qu'au Québec, si vous désignez un enfant mineur comme bénéficiaire, vous devez nommer un fiduciaire qui recevra les fonds au nom de l'enfant.
- Au Québec, tout montant à être payé à un bénéficiaire durant la minorité de celui-ci sera payé au(x) parent(s) ou au tuteur légal de ce bénéficiaire.

a) Premiers bénéficiaires : Je désigne

**2 Renseignements sur les bénéficiaires (suite)**

b) Bénéficiaires en sous-ordre : Je désigne

c) Bénéficiaire de la prestation d'assurance maladies graves : Je désigne

d) Bénéficiaire de la garantie Remboursement des primes au décès : Je désigne

comme fiduciaire afin qu'il reçoive au nom du bénéficiaire désigné, durant la minorité de celui-ci, toutes les sommes revenant à ce bénéficiaire et j'autorise ce fiduciaire à utiliser ces sommes à sa discrétion, mais uniquement à l'avantage du bénéficiaire, pour procurer à celui-ci de l'aide financière ou subvenir à ses besoins ou couvrir ses frais d'études.

**3 Renseignements sur le contrat**

Dans la présente section :

- le mot *vous* désigne le ou les propriétaires proposant;
- Personne 1 désigne la première personne à assurer et Personne 2 désigne la deuxième personne à assurer.

Remplissez-vous la présente proposition pour demander à la fois un contrat d'assurance-vie et un contrat d'assurance maladies graves pour une même personne à assurer et un même propriétaire proposant?  Oui  Non

Demandez-vous à la fois une couverture principale et une couverture facultative pour la ou les mêmes personnes à assurer et le ou les mêmes propriétaires proposant?  Oui  Non

Si «oui», quel est le montant de la couverture facultative demandée?  \$**Temporaire Sun Life**  \$  10 ans  15 ans  20 ans  30 ans

Sur une seule tête  Sur deux têtes  Multiassurance  \$  10 ans  15 ans  
– assurance payable (remplir pour la Personne 2)  20 ans  30 ans  
au premier décès

Catégorie de risque demandée pour la Personne 1

Catégorie 1 – non-fumeur  Catégorie 2 – non-fumeur  Catégorie 3 – non-fumeur  Catégorie 4 – fumeur  Catégorie 5 – fumeur

Catégorie de risque demandée pour la Personne 2

Catégorie 1 – non-fumeur  Catégorie 2 – non-fumeur  Catégorie 3 – non-fumeur  Catégorie 4 – fumeur  Catégorie 5 – fumeur

**Assurance maladies graves Sun Life**  \$ Temporaire 10 ans Temporaire à 75 ans

Période de paiement garantie

 15 ans  Jusqu'à 75 ans À vie

Période de paiement garantie

 10 ans  15 ans  Jusqu'à 100 ans**4 Garanties facultatives****Temporaire Sun Life** Exonération en cas d'invalidité totale  Personne 1  Personne 2 Garantie Décès accidentel Personne 1  \$ Personne 2  \$ Garantie d'assurabilité Personne 1  \$ Personne 2  \$ Protection de l'entreprise Personne 1  \$ Personne 2  \$ Protection-renouvellement (Temporaire Sun Life 10 ans seulement)  Personne 1  Personne 2 Protection du partenaire d'affaires (Temporaire Sun Life avec 3 personnes à assurer ou plus seulement.) Autres garanties

Personne 1	\$	Garantie
Personne 2	\$	Garantie

**4 Garanties facultatives (suite)****Assurance maladies graves Sun Life**

Nota : Une fois le contrat d'AMG Sun Life établi, il n'est plus possible d'y ajouter des garanties facultatives.

- Exonération en cas d'invalidité totale
- Option de transformation en assurance de soins de longue durée
- Garantie Remboursement des primes
  - au décès
  - à la résiliation ou à l'expiration (Temporaire 10 ans ou Temporaire à 75 ans)
    - 15 années
    - à 65 ans
    - à 75 ans
  - à la résiliation (assurance à vie seulement)
    - 15 années
    - à 65 ans
    - à 75 ans

**5 Antécédents médicaux et personnels**

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

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 vos demandes de règlement futures et annuler tous les contrats qu'elle a établis sur votre tête. Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.

Nota :

- La personne à assurer doit répondre à toutes les questions.
- Au besoin, utiliser une autre feuille pour répondre aux questions ci-dessous. La personne à assurer devra la signer et la dater.

Est-ce que le propriétaire proposant souhaite souscrire à l'assurance prévue par la note de couverture?  Oui  Non

Si «oui», vous devez lui poser les questions a) à c) ci-dessous.

Si «non», passer à la section suivante.

**Répondre aux questions a) à c) si vous demandez la note de couverture.**

Nota :

- Si vous avez répondu «oui» aux questions a), b) ou c) ou si vous choisissez de ne pas répondre à ces questions, vous n'aurez pas droit à l'assurance prévue par la note de couverture.
- **Veillez revoir attentivement la note de couverture afin de bien comprendre les conditions et exclusions de l'assurance temporaire prévue par la note de couverture.**

	Personne 1	Personne 2
a) Au cours des <b>12 derniers mois</b> , avez-vous consulté un médecin pour des douleurs à la poitrine ou pour l'une des affections suivantes dont vous souffriez ou soupçonniez l'existence : crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, cancer, infection par le VIH ou sida?.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Avez-vous <b>déjà</b> présenté une proposition d'assurance-vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance-santé qui a fait l'objet d'un refus ou d'une modification quelconque?.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Au cours des <b>60 derniers jours</b> , avez-vous été admis, ou vous a-t-on dit de vous faire admettre, dans un hôpital ou une clinique à titre de malade hospitalisé <b>pour une autre raison que la grossesse ou l'accouchement</b> , ou vous a-t-on dit de subir des tests qui n'ont pas encore été effectués ou de subir une intervention chirurgicale qui n'a pas encore été pratiquée? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Exigences de tarification**

Qui prendra les dispositions pour toutes les exigences relatives aux preuves applicables?

- Conseiller  Bureau administratif  Siège social (Seulement si une entrevue téléphonique sera effectuée.)

S'il revient au conseiller ou au bureau administratif de prendre les mesures nécessaires pour toutes les exigences relatives aux preuves, veuillez indiquer celles qui ont été prises. (Sélectionnez tout ce qui s'applique.)

	Personne 1	Personne 2		Personne 1	Personne 2
Aucune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compte rendu d'enquête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrevue téléphonique organisée par la Financière Sun Life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen paramédical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indiquez le nom de la compagnie d'assurance auprès de qui nous devons obtenir les preuves médicales :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes vitaux (taille, poids, tension artérielle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Profil sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Nom de la compagnie d'assurance auprès de qui nous devons obtenir les preuves médicales

Nom du fournisseur de service auprès de qui vous avez demandé les preuves médicales

Autres observations ou directives spéciales



**5 Antécédents médicaux et personnels (suite)**

**Toutes les propositions : Répondre aux questions 1 à 4.**

1. Au cours des 5 dernières années, avez-vous fumé des cigarettes, des cigarillos, des petits ou des gros cigares ou la pipe ou fait usage 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 |  Oui  Non
- Si «oui», donner des précisions.

Personne à assurer	Produit(s)	Quantité et fréquence	Date(s) dernière fois (jj-mm-aaaa)
Personne 1			
Personne 2			

2. Avez-vous de l'assurance-vie et/ou de l'assurance maladies graves en vigueur sur votre tête?.....  Oui  Non |  Oui  Non
- Si «oui», donner des précisions ci-dessous. **Nota** : S'il y a remplacement d'assurance, remplir le formulaire de préavis de remplacement applicable et le joindre à la proposition.

Personne à assurer	Date d'établissement (mm-aaaa)	Type de contrat	Montant (y compris les garanties)	Nom de la ou des compagnies	Remplacement	Personnelle ou d'entreprise
Personne 1		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Entreprise
Personne 2		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Entreprise

3. a) Avez-vous une ou des propositions d'assurance-vie, d'assurance-invalidité, d'assurance maladies graves ou d'assurance de soins de longue durée **actuellement** à l'étude ou qui sont envisagées? ..  Oui  Non |  Oui  Non
- Si «oui», donner des précisions ci-dessous.

Personne à assurer	Nom de la ou des compagnies	Type de contrat	Montant(s) demandé(s)	Montant total de la nouvelle assurance à mettre en vigueur auprès de toutes les compagnies
Personne 1				
Personne 2				

- b) Avez-vous **déjà** eu une ou des propositions d'assurance-vie, d'assurance-invalidité, d'assurance maladies graves ou d'assurance de soins de longue durée qui ont fait l'objet d'un refus, d'une surprime, d'un report, d'une annulation ou d'une modification quelconque?...  Oui  Non |  Oui  Non
- Si «oui», préciser le nom de la compagnie, la date et la raison dans la case ci-dessous.

Personne 1	
Personne 2	



**5 Antécédents médicaux et personnels (suite)**

4. 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 |  Oui  Non

Si «oui», donner des précisions ci-dessous.

Personne à assurer      Date de la libération de la faillite (jj-mm-aaaa)      Circonstances de la faillite

Personne 1		
Personne 2		

**Propositions pour entrevue téléphonique : Répondre à la question 5 seulement. Ne pas répondre aux questions 6 à 8.**

5. Langue de préférence pour l'entrevue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre (préciser la langue) _____	Heures de préférence pour l'entrevue <input type="checkbox"/> Matinée (de 8 h à midi) <input type="checkbox"/> Après-midi (de midi à 17 h) <input type="checkbox"/> Soirée (de 17 h à 21 h)	Coordonnées téléphoniques pour l'entrevue <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cell. <input type="checkbox"/> Bureau
---	--	---

Autres renseignements pour l'intervieweur téléphonique (s'il n'y a rien à signaler, laissez le champ vide.)


**Rapport d'examen médical ou paramédical comme preuve d'assurabilité : Répondre aux questions 6 à 8 uniquement. Ne répondez pas à la question 5.**

6. Avez-vous été accusé ou reconnu coupable d'une des infractions suivantes :

a) au cours des 10 dernières années, 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 |  Oui  Non

b) au cours des 3 dernières années, d'autres infractions liées à la conduite d'un véhicule? .....  Oui  Non |  Oui  Non

(exclure les contraventions de stationnement et celles pour avoir omis de fournir la documentation d'assurance ou le titre de propriété du véhicule.)

Si «oui» à a) ou b), donner des précisions ci-dessous. Dans le cas des contraventions pour excès de vitesse, indiquer le nombre de km/h en excédent de la vitesse permise.

Personne à assurer      Date(s) de l'infraction ou des infractions (jj-mm-aaaa)      Type d'infraction      Précisions

Personne 1			
Personne 2			

**5 Antécédents médicaux et personnels (suite)**

7. a) Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous **voyagé** ou **résidé** à l'extérieur du Canada?.....  Oui  Non |  Oui  Non  
 (Exclure les voyages ou les séjours aux États-Unis de moins de 6 mois.)  
 Si «oui», donner des précisions ci-dessous.

Personne à assurer	Pays et villes	Durée et raison du séjour à chaque endroit	Dates des séjours antérieurs (mm-aaaa)	Dates des séjours à venir (mm-aaaa)
Personne 1				
Personne 2				

- b) Au cours des **12 prochains mois**, avez-vous l'intention de **voyager** ou de **résider** à l'extérieur du Canada? .....  Oui  Non |  Oui  Non  
 (Exclure les voyages ou les séjours aux États-Unis de moins de 6 mois.)  
 Si «oui», donner des précisions ci-dessous.

Personne à assurer	Raison du séjour à chaque endroit	Durée du séjour à chaque endroit	Pays et villes	Date(s) des séjours (mm-aaaa)
Personne 1				
Personne 2				

8. a) Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous voyagé en appareil de navigation aérienne comme pilote, membre de l'équipage ou agent de bord ou avez-vous l'intention de le faire dans les **12 prochains mois**?.....  Oui  Non |  Oui  Non  
 Si «oui», remplir un *Questionnaire relatif à l'aviation (F4)* et le joindre à la proposition.
- b) Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous pratiqué l'une des activités suivantes ou avez-vous l'intention de le faire dans les **12 prochains mois** : course de véhicules motorisés, plongée sous-marine, escalade, parachutisme, deltaplane, héliski, ski ou planche à neige hors pistes, motoneige hors pistes ou dans l'arrière-pays, ou toute autre activité dangereuse?.....  Oui  Non |  Oui  Non  
 Si «oui», remplir le questionnaire pertinent et le joindre à la proposition.
- c) Au cours des **10 dernières années**, avez-vous été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle ou avez-vous été emprisonné? Êtes-vous actuellement en probation, en libération conditionnelle ou en libération d'office? .....  Oui  Non |  Oui  Non  
 Si «oui», donner des précisions ci-dessous.

Personne à assurer	Précisions
Personne 1	
Personne 2	

**6 Paiements**

Le propriétaire proposant a-t-il demandé la note de couverture?  Oui  Non Si «**oui**», procéder au paiement. Remettre 1/12<sup>e</sup> du paiement annuel requis pour obtenir la protection d'assurance temporaire.

Si le paiement se fait par PB, remplir la partie 2 a).

Si le paiement ne se fait pas par PB, indiquer le montant remis au conseiller avec la proposition.

\$

**Nota :** Si la note de couverture a été demandée nous devons recevoir le chèque dans un délai de 7 jours civils pour que l'assurance temporaire qu'elle prévoit entre en vigueur.

**1. Renseignements sur le mode de paiement****Nota :**

- Nous n'acceptons aucun paiement comptant.
- Si aucun mode de paiement n'est choisi, nous traiterons la proposition sur la base du paiement à la livraison et nous présumerons que les directives de paiement pour le PB seront fournies à la livraison.
- Nous prélèverons les paiements sur le compte du payeur seulement lorsque le contrat sera en vigueur, sauf si l'option «Retirer des fonds pour régler le paiement initial» à la partie 2 a été choisie.

Prélèvement bancaire (PB) Si le **PB** a été choisi, remplir la partie 2.

**Nota :**

- Si tous les payeurs n'acceptent pas toutes les modalités de l'autorisation de PB à la partie 2, ils ne pourront pas se prévaloir du PB.
- Nous prélèverons tous les paiements, y compris le paiement initial, sur le compte indiqué à la partie 2.

Paiement annuel

Si le **paiement annuel** est choisi, la totalité du paiement annuel doit être remise au conseiller au moment où la proposition est remplie. Le chèque doit être fait à l'ordre de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

\$

Montant remis au conseiller avec la proposition.

Paiement à la livraison **Nota :** Sans objet si la note de couverture a été demandée.

Si le **paiement à la livraison** a été choisi, 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 PB fournis dans la partie 2 ci-dessous
- prélèvement par PB selon les renseignements sur le PB fournis dans la partie 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)**

Le payeur du PB est-il aussi propriétaire proposant?  Oui  Non Si «**non**», indiquer le nom du ou des payeurs :



**6 Paiements (suite)**

**Nota :** Tous les payeurs du PB doivent accepter de se conformer aux 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 (la compagnie) 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 en e) ont signé la section 8 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) Retirer des fonds pour régler le paiement initial  Oui  Non  
(Si «**oui**», remplir b) ou c). Si «**non**», la totalité du paiement initial doit être remise au conseiller au moment où la proposition est remplie.)  
Nous préleverons immédiatement 1/12<sup>e</sup> du paiement annuel comme paiement initial requis.
- b) Établir une nouvelle convention de PB  Oui  Non  
(Si «**oui**», remplir d) et e). Les prélèvements réguliers pour ce contrat commenceront un mois après la date du contrat, à moins de directives contraires en d).)
- c) Ajouter au PB déjà en vigueur qui paie le contrat   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 d).)
- d) La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie 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 s'il a été choisi qu'il soit réglé au moyen d'un prélèvement bancaire.

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 immédiatement le paiement initial.

Les prélèvements réguliers commenceront un mois après la date 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. Il est possible d'obtenir un spécimen du formulaire de résiliation sur le site Web [www.paiements.ca](http://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 site Web [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

Vous pouvez 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](http://www.sunlife.ca)

**6 Paiements (suite)**

- e) Joindre un chèque portant la mention «nul» au livret de signatures **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	Postal code	
Numéro de succursale		Numéro de compte	

**7 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).

**7.1 Autorisation de la ou des personnes à assurer et/ou du ou des propriétaires proposant**

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

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

Personne 1  Personne 2  Propriétaire proposant 1  Propriétaire proposant 2

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 1:  Oui  Non Personne 2:  Oui  Non Propriétaire proposant 1:  Oui  Non

Propriétaire proposant 2:  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 également 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 1:  Oui  Non Personne 2:  Oui  Non Propriétaire proposant 1:  Oui  Non

Propriétaire proposant 2:  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 avec la personne à assurer :

Personne 1	<input type="checkbox"/> Conseiller <input type="checkbox"/> Autre Préciser : _____	Propriétaire proposant 1	<input type="checkbox"/> Conseiller <input type="checkbox"/> Autre Préciser : _____
Personne 2	<input type="checkbox"/> Conseiller <input type="checkbox"/> Autre Préciser : _____	Propriétaire proposant 2	<input type="checkbox"/> Conseiller <input type="checkbox"/> Autre Préciser : _____

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

Personne à assurer 1		Propriétaire proposant 1	
Personne à assurer 2		Propriétaire proposant 2	

**7.2 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 des personnes à assurer et/ou des propriétaires proposant susmentionnés à la sous-section 7.1 :

- vous avez traduit fidèlement et avec exactitude la présente proposition ainsi que les réponses qui vous ont été fournies;
- vous leur avez lu entièrement la présente proposition 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
-----------------------	-------------------	------------------------------

**8 Déclaration et autorisation****Déclaration et autorisation**

Le ou les propriétaires proposant confirment avoir reçu et lu les renseignements suivants et qu'ils en acceptent les modalités :

- la Note de couverture, s'il y a lieu, et
- le Guide des définitions des maladies graves, s'ils ont présenté une proposition d'assurance maladies graves.

Le ou les propriétaires proposant et la ou les personnes à assurer (si les propriétaires proposant ne sont pas les personnes 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 qu'ils en acceptent les modalités.

**Déclaration**

Le ou les propriétaires proposant, la ou les personnes à assurer et le ou 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 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 ou les contrats;
- 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 la 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](http://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);
- qu'ils comprennent que la compagnie n'est pas tenue responsable de la validité de toute désignation de bénéficiaire; et
- que les payeurs du PB, en signant ci-dessous, acceptent les modalités de l'autorisation de PB exposées à la section 6.2.

**Autorisation des personnes à assurer**

Les personnes à assurer autorisent :

- 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 sur l'une ou l'autre des personnes à assurer, à donner à la compagnie, à ses représentants, 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 leur médecin, au MIB, Inc., aux réassureurs de la compagnie, à la compagnie d'assurance à qui elles ont soumis une proposition d'assurance pour elles-mêmes, s'il y a lieu, et au médecin-hygiéniste pour toute maladie infectieuse ou transmissible, 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 :	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 :	Personne à assurer (si autre que le propriétaire proposant) X
	Fait le :	Payeur du PB (si autre que la personne à assurer ou le propriétaire proposant) X
	Fait le :	Payeur du PB (si autre que la personne à assurer ou le propriétaire proposant) X

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

**9 Compte rendu du conseiller**

Joindre votre carte de visite.

Si cette proposition donne droit à un étui pour police, aimeriez-vous qu'il soit fourni avec la police?  Oui  Non  
(S'il n'y a rien d'indiqué, la réponse est «non».)

**Conseiller(s)**

Y a-t-il partage de la commission?  Oui  Non Si «oui», donnez des précisions ci-dessous.

Nota : La part minimale est de 10 %.

**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	%

Indiquez le nom du partenaire de distribution (agent général principal, compte national ou alliance interentreprises), ainsi que votre adresse de société ou de conseiller dans la case ci-dessous.


Êtes-vous lié aux personnes à assurer et/ou aux propriétaires proposant?  Oui  Non

Par «lié», on entend :

- a) un membre de la famille (par exemple, conjoint, père, mère, grand-père, grand-mère, frère, soeur, enfant, petit-enfant ou membre de la belle-famille);
- b) une société par actions/compagnie ou fiducie dont vous ou un membre de votre famille, individuellement ou ensemble, détenez 50 % ou plus de n'importe quelle catégorie d'actions de la société par actions/compagnie;
- c) si votre entreprise est constituée en société, tout administrateur, dirigeant, employé ou agent et toute société mère, filiale ou société affiliée;
- d) un acte de fiducie dans le cadre duquel vous avez un lien avec la fiducie, le fiduciaire ou le bénéficiaire de la fiducie, ou pour lequel vous êtes le constituant de la fiducie, le fiduciaire ou le bénéficiaire de la fiducie.

Si «oui», donnez des précisions ci-dessous.


**Personne(s) à assurer****Personne 1**

Avez-vous rencontré la personne à assurer en personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si «non», veuillez préciser ci-dessous.
Précisions
Depuis quand connaissez-vous la personne à assurer?

**Personne 2**

Avez-vous rencontré la personne à assurer en personne? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si «non», veuillez préciser ci-dessous.
Précisions
Depuis quand connaissez-vous la personne à assurer?

AGTSTMTF





**9 Compte rendu du conseiller (suite)****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 tous les propriétaires 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 à tous les propriétaires proposant que je toucherai une rémunération sous forme de commissions ou de salaire pour la vente de produits d'assurance-vie et d'assurance-santé;
- j'ai indiqué à tous les propriétaires 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 tous les propriétaires proposant de tout conflit d'intérêts qu'il peut y avoir pour moi dans le cadre de cette opération;
- 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 10), 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 la proposition, et je déclare qu'à ma connaissance, ces renseignements sont véridiques et complets et que la proposition comporte tous les éléments pertinents à l'assurance demandée;
- j'ai vu chaque personne signer la proposition.

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

**10 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 la proposition, et je déclare qu'à ma connaissance, ces renseignements sont véridiques et complets et que la proposition comporte tous les éléments pertinents à l'assurance demandée;
- j'ai vu chaque personne signer la proposition.

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

# 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](http://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 médicaux 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](mailto:privacy@mib.com).

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

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

Vous pouvez consulter les renseignements personnels que le MIB 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](http://www.sunlife.ca).

ADMINIF



# Entrevue téléphonique – savoir à quoi s’attendre

Numéro du contrat

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

## Introduction

Merci d’avoir choisi la Financière Sun Life pour vos besoins d’assurance.

Nos tarificateurs ont besoin de recueillir des renseignements personnels à votre sujet, de même que des renseignements sur votre santé, pour évaluer comme il faut votre proposition.

De ce fait, un intervieweur téléphonique de la Financière Sun Life communiquera avec vous pour obtenir ces renseignements. L’appel sera de 20 minutes environ, mais dépendra de vos antécédents médicaux.

## Préparation pour l’entrevue téléphonique

La conversation téléphonique durera moins de temps si vous vous y êtes préparé à l’avance. Veuillez avoir sous la main les renseignements suivants :

- Nom, adresse et numéro de téléphone des médecins que vous avez consultés au cours des **5 dernières années**, la raison des visites, les tests effectués et le résultat de ces tests.
- Nom et posologie des médicaments que vous prenez et la raison pour laquelle ils vous ont été prescrits.
- Si vous répondez au nom d’un enfant, veuillez avoir ses renseignements sous la main.

## Pour se mettre en rapport avec vous

Si vous n’êtes pas disponible lorsque l’intervieweur appellera :

- Il laissera un message.
- À moins d’avoir reçu un appel de votre part, notre intervieweur téléphonique continuera d’essayer de se mettre en rapport avec vous durant les **10 prochains jours**.

## Points importants du processus de l’entrevue téléphonique de la Financière Sun Life

- Si des preuves supplémentaires sont nécessaires pour la tarification, une infirmière vous téléphonera pour prendre rendez-vous, de façon à recueillir les renseignements médicaux nécessaires.
- Lorsque nous aurons reçu tous les renseignements médicaux, nous poursuivrons l’étude de votre proposition. Si nous l’approuvons, nous établirons alors le contrat.

Nous tenons à vous assurer que seuls les employés et les représentants qui sont responsables de la tarification, de la gestion de l’assurance et du règlement d’assurance peuvent avoir accès aux renseignements personnels vous concernant, y compris ceux qui ont été recueillis par l’intervieweur téléphonique.

ADMINIF



# Note de couverture

Numéro du contrat

Les mots *nous* ou *la compagnie* désignent la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

Nous vous invitons à lire les explications ci-dessous pour bien comprendre le fonctionnement de la note de couverture.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (nous) et vous-même (le propriétaire proposant) convenons de ce qui suit :

## Qu'est-ce que la note de couverture?

La note de couverture vous procure une assurance immédiate jusqu'à ce qu'elle prenne fin, comme nous l'expliquons ci-dessous.

Cela signifie que si une personne à assurer décède ou contracte une maladie grave couverte pendant que nous faisons la tarification, nous verserons le montant d'assurance, comme si nous avions établi le contrat demandé, sous réserve des conditions et exclusions énoncées ci-dessous.

## Quand l'assurance temporaire prévue par la note de couverture entre-t-elle en vigueur?

L'assurance temporaire prévue par la note de couverture entre en vigueur à la date où la personne à assurer signe la section 8 de la proposition :

- s'il a été répondu «non» aux questions liées à la note de couverture que contient la proposition d'assurance
- si les réponses données à toutes les questions que contient la proposition sont complètes et véridiques, et
- si nous avons reçu un paiement d'au moins un douzième de la prime annuelle payable à l'égard du contrat de base et à l'égard de toute garantie complémentaire que vous avez demandée dans la proposition.

Vous devrez peut-être attendre jusqu'à 90 jours pour savoir si nous acceptons ou refusons votre proposition d'assurance.

Le bénéficiaire de l'assurance temporaire est la personne que vous avez désignée comme bénéficiaire dans la proposition. Vous pouvez désigner plus d'une personne comme bénéficiaire(s).

## Quand l'assurance temporaire prend-elle fin?

L'assurance temporaire prévue par la note de couverture prend fin automatiquement au premier des événements suivants :

- au moment de l'entrée en vigueur de l'assurance demandée
- la date où nous refusons l'assurance demandée; nous vous enverrons alors un avis de refus à l'adresse que vous avez indiquée dans la proposition
- le 90<sup>e</sup> jour après la date de signature de la proposition d'assurance
- la date où le proposant nous demande d'annuler la proposition, ou
- la date où le proposant refuse notre offre d'assurance.

Si l'assurance temporaire prend fin pour la raison b), c), d) ou e), nous vous rembourserons tout montant que vous avez payé pendant que nous traitons votre proposition.

## Quand recevrez-vous le contrat, ou le remboursement si nous refusons la proposition?

Vous devriez recevoir votre contrat, ou votre remboursement si nous refusons la proposition, dans les 90 jours suivant la date où vous avez présenté la proposition. Sinon, veuillez communiquer avec votre conseiller.

## Conditions et exclusions

Cette note de couverture fait partie de la proposition d'assurance. Elle est assujettie à certaines conditions et exclusions qui varient selon le genre d'assurance que vous avez demandé.

## Les conditions et exclusions suivantes s'appliquent à l'assurance-vie.

### 1. Montant que nous versons en vertu de la note de couverture (Conditions)

Si l'une ou l'autre des personnes à assurer est âgée de 71 ans ou plus, le total du capital-décès payable en vertu de la présente note de couverture est égal au moindre des deux montants suivants : 100 000 \$ ou le total du capital-décès (y compris toute garantie décès accidentel) demandé dans la proposition et dans toute autre proposition d'assurance-vie que la compagnie est en train d'étudier.

Si les personnes à assurer sont toutes âgées de moins de 71 ans, le total du capital-décès payable en vertu de la présente note de couverture est égal au moindre des deux montants suivants : 1 000 000 \$ ou le total du capital-décès (y compris toute garantie décès accidentel) demandé dans la proposition et dans toute autre proposition d'assurance-vie que la compagnie est en train d'étudier.

ADMINIF

**Veillez remplir la présente note de couverture, la détacher et la remettre au propriétaire proposant si les conditions énoncées dans la note de couverture ont été remplies.**



## 2. Cas où nous ne paierons pas le montant prévu par la note de couverture (Exclusions)

Numéro du contrat

Nous ne paierons pas le capital-décès que prévoit la note de couverture :

- a) si une personne à assurer s'est donné la mort, qu'elle ait ou non souffert d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non compris ou voulu les conséquences de ce geste
- b) si un propriétaire proposant ou une personne à assurer fait de fausses déclarations ou ne déclare pas toutes les circonstances qu'il ou qu'elle connaît qui sont de nature à influencer sensiblement sur la prise en charge du risque
- c) si une personne à assurer décède avant l'âge de 15 jours, ou
- d) si, à la date de signature de la proposition d'assurance, une personne à assurer désignée dans la proposition :
  - i) était incapable, en raison d'une blessure ou d'une maladie, d'accomplir ses activités habituelles ou d'exercer sa profession habituelle depuis **plus de 2 semaines**
  - ii) avait souffert d'un cancer au cours des **12 mois précédents**
  - iii) avait eu un accident vasculaire cérébral ou une crise cardiaque au cours des **12 mois précédents**, ou
  - iv) était hospitalisée ou était pensionnaire d'une maison de soins infirmiers, d'un sanatorium, d'une institution psychiatrique ou d'un autre établissement de soins de santé au cours des **45 jours précédents**.

### Les conditions et exclusions suivantes s'appliquent à l'assurance maladies graves.

## 3. Montant que nous versons en vertu de la note de couverture (Conditions)

Si la personne à assurer a entre 18 et 65 ans, le montant total qui est payable en vertu de la présente note de couverture est égal au moindre des deux montants suivants : 500 000 \$ ou le montant total d'assurance maladies graves demandé dans la proposition et dans toute autre proposition d'assurance maladies graves que la compagnie est en train d'étudier.

## 4. Cas où nous ne paierons pas le montant prévu par la note de couverture (Exclusions)

Cette note de couverture s'applique seulement aux maladies et aux états pathologiques définis dans le contrat d'assurance maladies graves. Nous ne verserons aucune prestation pour des maladies ou états pathologiques qui ne sont pas spécifiquement mentionnés dans le contrat.

Nous ne paierons pas la prestation d'assurance maladies graves que prévoit la note de couverture :

- a) si la personne à assurer a plus de 65 ans
- b) si, à la date de signature de la proposition d'assurance, la personne à assurer :
  - i) avait déjà fait l'objet d'un diagnostic d'une des maladies graves couvertes, si elle présentait des signes ou des symptômes d'une des maladies graves couvertes ou si elle avait obtenu une consultation médicale ou reçu des services de counselling, subi des examens ou des tests ou suivi un traitement menant au diagnostic d'une des maladies graves couvertes
  - ii) présentait des signes ou des symptômes d'une maladie chronique du rein ou du foie ou d'une maladie pulmonaire chronique ou si elle avait obtenu une consultation médicale ou reçu des services de counselling, subi des examens ou des tests ou suivi un traitement menant au diagnostic d'une maladie chronique du rein ou du foie ou d'une maladie pulmonaire chronique au cours des **24 mois précédents**
  - iii) était incapable, en raison d'une blessure ou d'une maladie, d'accomplir ses activités habituelles ou d'exercer sa profession habituelle depuis **plus de 2 semaines**, ou
  - iv) était hospitalisée ou était pensionnaire d'une maison de soins infirmiers, d'un sanatorium, d'une institution psychiatrique ou d'un autre établissement de soins de santé au cours des **45 jours précédents**
- c) si la personne à assurer est atteinte d'une maladie grave couverte qui est directement ou indirectement liée au fait qu'elle :
  - i) a tenté de se donner la mort ou s'est infligé des blessures corporelles, qu'elle ait ou non souffert d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non compris ou voulu les conséquences de ce geste
  - ii) a commis ou tenté de commettre une infraction criminelle
  - iii) a pris intentionnellement une drogue ou un médicament qui n'a pas été prescrit par un professionnel de la santé autorisé ou si elle n'a pas suivi les directives d'utilisation
  - iv) a pris intentionnellement une substance intoxicante, un narcotique ou une substance toxique, ou
  - v) a conduit un véhicule alors qu'elle avait un taux d'alcool dans le sang supérieur à 80 milligrammes pour 100 millilitres de sang. On entend par véhicule tout appareil de transport terrestre, aérien ou maritime qu'on peut mettre en mouvement par un moyen quelconque, y compris la force musculaire. Nous ne tenons pas compte du fait que le véhicule était en mouvement ou non.
- d) si la personne à assurer présente ou a présenté des signes ou des symptômes associés :
  - i) au cancer ou à une tumeur cérébrale bénigne, ou
  - ii) à la maladie de Parkinson ou aux syndromes parkinsoniens atypiques
- e) si le proposant ou la personne à assurer fait de fausses déclarations ou ne déclare pas toutes les circonstances qu'il ou qu'elle connaît qui sont de nature à influencer sensiblement sur la prise en charge du risque, ou
- f) si la personne à assurer ne survit pas pendant 30 jours après la date du diagnostic d'une maladie grave couverte.

**Reçu** – Reçu de :

Prénom	Nom	Montant payé pour le paiement initial de la proposition (Inscrire «nul» si aucun paiement n'est versé.)	Date (jj-mm-aaaa)
		\$	

**Nota** : Tous les chèques doivent être établis à l'ordre de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Le client a-t-il fourni ses renseignements bancaires et signé l'autorisation requise pour que le paiement initial soit fait par PB?

Oui  Non

Signature du conseiller

X