

# Demande de modification, de remise en vigueur ou de réévaluation de la surprime d'un contrat

La Sun Life est une organisation de services financiers de premier plan qui exerce ses activités dans d'importants marchés du monde. Les membres du groupe Sun Life\* offrent à leurs clients des solutions financières d'excellente valeur pour répondre à leurs besoins à chaque étape de leur vie.

\* Les membres du groupe Sun Life comprennent uniquement les entreprises qui figurent à la section du site Web [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca) ayant trait aux principes directeurs de la Sun Life en matière de protection des renseignements personnels.

Les produits d'assurance-vie et d'assurance-santé de la Sun Life sont établis par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Sun Life.

Section	Page
1 Renseignements généraux sur la personne à assurer .....	2
2 Renseignements généraux sur le propriétaire proposant .....	2
3 Modifications de contrats / Réévaluation de surprimes/ primes additionnelles ou catégories .....	3
4 Autre preuves d'assurabilité requises ..	5
5 Bénéficiaire .....	6
6 Reconnaissance de variabilité .....	7
7 Vérification de l'identité et détermination de tiers et d'étrangers politiquement vulnérables .....	8
8 Questions liées à la note de couverture .....	13
9 Renseignements personnels .....	13
10 Renseignements sur le médecin ou la clinique .....	18
11 Antécédents familiaux .....	18
12 Taille et poids .....	19
13 Antécédents médicaux personnels ..	20
14 Enfant(s) à assurer en vertu d'une garantie Assurance temporaire d'enfant .....	23
15 Autorisation de divulguer de l'information à votre conseiller .....	26
16 Paiements .....	26
17 Directives spéciales .....	27
18 Services de traduction – Autorisation et déclaration .....	28
19 Déclaration et autorisation .....	29
20 Compte rendu du conseiller .....	31
21 Déclaration de l'adjoint administratif titulaire de permis .....	33
Note de couverture	
Renseignements importants	

## Instructions à l'intention du conseiller

1. Un formulaire distinct doit être rempli par chacune des personnes assurées qui demande la remise en vigueur d'un contrat ou une modification qui entraîne une augmentation du risque.
2. Le présent formulaire peut être utilisé pour ajouter une personne assurée à un contrat en vigueur, notamment dans le cadre de la garantie Assurance temporaire d'enfant (ATE) ou de la garantie Assurance temporaire pour la deuxième personne à assurer.
3. Le présent formulaire peut être utilisé pour apporter des modifications à un contrat en vigueur concernant l'usage du tabac **si une augmentation de la couverture exige une tarification**. Pour les modifications à un contrat en vigueur concernant uniquement l'usage du tabac (aucune autre modification à apporter), utiliser le formulaire *Déclaration relative à l'usage du tabac (pour les modifications aux contrats existants seulement)* (F18) au lieu du présent formulaire.
4. Utiliser le présent formulaire pour demander la réévaluation de la surprime.
5. Si le client a droit à l'assurance temporaire prévue par la note de couverture, et s'il veut cette assurance, remplir les pages *Note de couverture* et **détacher ces pages pour les remettre au client**. Prendre soin d'obtenir un chèque pour le paiement initial fait à l'ordre de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie. Il ne faut accepter aucun paiement des clients qui ne demandent pas la note de couverture ou qui n'y ont pas droit.  
**Revoir attentivement les pages *Note de couverture* avec le client afin qu'il comprenne les conditions et exclusions de l'assurance temporaire prévue par la note de couverture.**
6. Si la demande de modification n'entraîne pas une augmentation du risque et si elle a pour objet :
  - a) la réduction de garanties principales; ou
  - b) la résiliation d'une garantie;remplir uniquement la *Proposition de modification d'un contrat existant* (F87-W) au lieu du présent formulaire.
7. Si la demande de modification n'entraîne pas une augmentation du risque et si elle a pour objet la modification de la répartition des placements, remplir le formulaire *Changement de comptes de placements et affectation des versements* (F154-W) au lieu du présent formulaire.

# Demande de modification, de remise en vigueur ou de réévaluation de la surprime d'un contrat



Numéro du contrat

Utiliser le présent formulaire de proposition pour faire modifier, remettre en vigueur ou réévaluer la surprime d'un contrat existant d'assurance-vie ou d'assurance maladies graves.

**Nota :**

- Si le contrat qui fait l'objet de la modification ou de la remise en vigueur est un contrat sur deux têtes, utiliser un formulaire distinct pour chaque personne à assurer.
- Il faut également remplir le formulaire 4830 et le joindre au présent formulaire si :
  - le contrat qui fait l'objet de la remise en vigueur est un contrat d'assurance-vie universelle ou permanente, et
  - le contrat qui est tombé en déchéance ou qui a été résilié comprend une disposition qui permet la remise en vigueur du contrat après les 2 années suivant la déchéance ou la remise en vigueur.

**Nota :** Renseignements importants à l'égard de la perte éventuelle des droits acquis au titre des contrats établis avant le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Les contrats établis à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 sont régis par les nouvelles règles fiscales. Les contrats établis avant le 1<sup>er</sup> janvier 2017 sont considérés comme jouissant de droits acquis et les conserveront, à moins que certaines modifications ne soient apportées. Ces modifications portent habituellement sur l'augmentation du montant de l'assurance et nécessitent une tarification (ex. ajout d'une assurance). Certaines modifications pourraient ne pas entraîner la perte des droits acquis, notamment un changement de propriété ou de situation quant à l'usage du tabac.

Les droits acquis dont bénéficient les contrats établis avant le 1<sup>er</sup> janvier 2017 constituent une partie importante de votre protection d'assurance-vie. Les modifications de contrat qui risquent d'entraîner la perte des droits acquis pourraient être refusées en vue de préserver les avantages fiscaux dont bénéficie le contrat.

**Nota :** Renseignements importants concernant les questions relatives à la FATCA et à la NCD dans la présente proposition.

- Seul un particulier (y compris un propriétaire unique d'entreprise), propriétaire ou personne à assurer, devrait répondre aux questions relatives à l'autocertification internationale de la résidence fiscale aux fins de la FATCA et de la NCD dans la présente proposition. Les renseignements autres que pour particuliers (société par actions/compagnie ou autre entité) doivent être inscrits sur le formulaire *Classification fiscale internationale d'une entité* (4545-F).
- Les institutions financières canadiennes doivent, conformément à la partie XVIII (Foreign Account Tax Compliance Act – FATCA) et à la partie XIX (Norme commune de déclaration – NCD) de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada), utiliser les renseignements fournis sur la présente proposition pour déterminer si elles doivent signaler votre compte financier à l'Agence du revenu du Canada (ARC). L'ARC peut transmettre ces renseignements au gouvernement d'un autre pays ou territoire dont vous êtes le résident aux fins de l'impôt. De plus, si vous êtes une personne des États-Unis (statut qui s'applique aussi à un citoyen ou à un résident des États-Unis aux fins de l'impôt), l'ARC peut transmettre les renseignements concernant votre compte à l'Internal Revenue Service (IRS).
- Vous devez nous informer de tout changement dans les 30 jours et remplir un nouveau formulaire *Autocertification fiscale internationale d'un particulier* (4573-F). Nous entendons ainsi tout changement qui a une incidence sur votre résidence fiscale à l'extérieur du Canada, comme un changement d'adresse ou de numéro de téléphone. Nous mettrons à jour les renseignements dans nos dossiers lorsque que vous nous informerez d'un changement.

Type de demande (cocher une case) :  Modification de contrat  Remise en vigueur  
 Réévaluation de surprimes, exclusions, primes additionnelles ou catégories  
 Ajout de l'option de transformation en assurance de soins de longue durée

Dans le présent formulaire, les mots *je* et *vous* désignent, 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 Sun Life.

## 1 Renseignements généraux sur la personne à assurer

Dans la présente section, le mot *vous* désigne la personne à assurer.

Prénom		Nom		<input type="checkbox"/> Homme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
		<input type="checkbox"/> Femme			
Nom antérieur, le cas échéant		Pays de naissance		Ville de naissance	
Adresse du domicile (numéro et rue)					Appartement ou bureau
Ville		Province	Pays	Code postal	
Quel est votre statut de résidence?					
<input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent (immigrant admis) <input type="checkbox"/> Autre					
Si « <b>Résident permanent</b> » ou « <b>Autre</b> », donner des précisions, y compris depuis combien d'années au Canada.					
<b>FATCA</b>					
Si vous êtes aussi propriétaire proposant et que vous demandez une assurance-vie universelle ou permanente, vous devez répondre à la question suivante. Êtes-vous un résident des États-Unis aux fins de l'impôt (statut qui s'applique aussi à un citoyen des États-Unis)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « <b>oui</b> », veuillez fournir le numéro d'identification fiscal (NIF) américain.					
					Numéro d'identification fiscal américain
<b>NCD</b>					
Si vous êtes aussi un propriétaire proposant et que vous demandez une assurance-vie universelle ou permanente, vous devez répondre à la question suivante.					
Êtes-vous résident d'un pays ou territoire autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Si « <b>oui</b> », veuillez indiquer le pays ou territoire de votre résidence fiscale et votre numéro d'identification fiscal (NIF).					
Résidence fiscale		Numéro d'identification fiscal		Résidence fiscale	
				Numéro d'identification fiscal	
Si vous n'avez pas de numéro d'identification fiscal (NIF), indiquez pourquoi :					
<input type="checkbox"/> Raison A : J'ai fait une demande pour obtenir un NIF, mais je ne l'ai pas encore reçu.					
<input type="checkbox"/> Raison B : Le pays/territoire où j'habite aux fins de ma résidence fiscale n'émet pas de NIF.					
<input type="checkbox"/> Autre : Veuillez préciser _____					

Le propriétaire proposant veut-il conserver l'âge?  Oui  Non **Nota** : Le délai maximum pour conserver l'âge est de 90 jours.

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

Dans la présente section, le mot *vous* désigne le propriétaire proposant.

**Nota** : Si l'adresse postale diffère de celle du domicile, fournir des précisions dans le *Compte rendu du conseiller*.

Même adresse que celle de la Personne 1 ci-dessus. Si cette case est cochée, il n'est pas nécessaire de remplir les cases d'adresse.

Prénom		Nom		<input type="checkbox"/> Homme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
		<input type="checkbox"/> Femme			
Nom antérieur, le cas échéant		Pays de naissance		Ville de naissance	
Adresse du domicile (numéro et rue)					Appartement ou bureau
Ville		Province	Pays	Code postal	
<b>FATCA</b>					
Si vous demandez une assurance-vie universelle ou permanente, vous devez répondre à la question suivante. Êtes-vous un résident des États-Unis aux fins de l'impôt (statut qui s'applique aussi à un citoyen des États-Unis)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « <b>oui</b> », veuillez fournir le numéro d'identification fiscal (NIF) américain.					
					Numéro d'identification fiscal américain

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

### NCD

Si vous demandez une assurance-vie universelle ou permanente, vous devez répondre à la question suivante.

Êtes-vous résident d'un pays ou territoire autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt?  Oui  Non

Si «oui», veuillez indiquer le pays ou territoire de votre résidence fiscale et votre numéro d'identification fiscal (NIF).

Résidence fiscale	Numéro d'identification fiscal	Résidence fiscale	Numéro d'identification fiscal
-------------------	--------------------------------	-------------------	--------------------------------

Si vous n'avez pas de numéro d'identification fiscal (NIF), indiquez pourquoi :

- Raison A : J'ai fait une demande pour obtenir un NIF, mais je ne l'ai pas encore reçu.
- Raison B : Le pays/territoire où j'habite aux fins de ma résidence fiscale n'émet pas de NIF.
- Autre : Veuillez préciser \_\_\_\_\_

## 3 Modifications de contrats et réévaluations de surprimes, exclusions, primes additionnelles ou catégories

Dans la présente section, le mot *vous* désigne le propriétaire proposant.

### Conditions de la modification :

- a) Les modifications de contrats établis avant 2017 pourraient entraîner la perte des droits acquis et ainsi avoir des répercussions fiscales non souhaitables.
- b) Toute modification peut être assujettie à une restriction quant au montant de la prime et du capital-décès ou de la prestation d'assurance maladies graves, tel que déterminé par la compagnie au moment de la modification.
- c) Certaines modifications sont offertes seulement à l'égard de certains types de contrats, tel que déterminé par la compagnie.
- d) La compagnie peut demander des preuves d'assurabilité. Dans certaines situations, il incombe au client de payer le coût du rapport du médecin.
- e) Des frais peuvent être imputés, tel que déterminé par la compagnie, au moment de la modification. Les frais de service sont payables à la date de la demande de modification de contrat.
- f) Tout crédit résultant de cette modification sera :
- affecté au compte de primes ou à la réserve;
  - affecté au compte du contrat, sous réserve des minimums et maximums applicables; ou
  - remboursé au propriétaire du contrat s'il s'agit d'un contrat d'assurance temporaire.

**Nota :** Les garanties facultatives ou les modifications indiquées ci-dessous ne sont pas offertes avec tous les types de contrats d'assurance. Les conseillers devraient se reporter à notre logiciel d'aperçus ou à la section afférente au produit du site des conseillers pour vérifier les choix offerts.

### 3.1 Ajouts, modifications ou réévaluations

#### a) Ajouter une nouvelle garantie

Garantie Exonération en cas d'invalidité totale  \$

Indiquer le type dans le contrat d'origine, s'il y a lieu :  Protection  Épargne

Assurance temporaire pour la personne assurée  \$

Temporaire 10 ans  Temporaire 15 ans  Temporaire 20 ans  Temporaire 30 ans

Assurance temporaire pour une personne assurée additionnelle  \$

Temporaire 10 ans  Temporaire 15 ans  Temporaire 20 ans  Temporaire 30 ans

Prénom de la personne à assurer additionnelle	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
---	-----	--------------------------------

Décès accidentel  \$

Assurance temporaire d'enfant (ATE)  \$

Garantie Prime Plus (GPP)  \$

Options de paiement pour la GPP :

Paiements périodiques (paiements réguliers mensuels ou annuels) :  Mensuels  \$

Annuels  \$

Option de transformation en assurance de soins de longue (contrat pour jeune seulement)

**3 Modifications de contrats et réévaluations de surprimes, exclusions, primes additionnelles ou catégories (suite)****b) Modifier une garantie existante ou l'usage du tabac**

- Porter le capital-décès/l'assurance de base ou le capital de risque uniforme/plus compte du contrat à :  \$
- Exercer une option de la Garantie d'assurabilité et ajouter ce montant au contrat existant  \$  
(aucune preuve d'assurabilité n'est requise s'il s'agit de la seule modification demandée)
- Modifier l'option de capital-décès
- Modifier une assurance-vie universelle
- modifier le capital-décès uniforme en capital de risque uniforme/plus compte du contrat, avec un capital-décès de  \$
- modifier le capital de risque uniforme/plus compte du contrat en capital-décès uniforme, avec un capital-décès de  \$
- Montant d'assurance uniforme
- Montant d'assurance plus indexation (cocher une seule case)
- de \_\_\_\_\_ % par an (Indiquer un multiple de 0,25 % compris entre 1 % et 8 %.)
- indexation annuelle sur l'Indice des prix à la consommation du Canada (Le taux annuel ne peut dépasser 8 %.)
- Montant d'assurance plus la valeur du compte du contrat  
Dans le cas d'une multiassurance, la valeur du compte du contrat payable est calculée proportionnellement selon le rapport existant entre chaque montant d'assurance et le total des montants d'assurance, à moins que vous ne choisissiez l'un des modes de paiement suivants :  valeur du compte du contrat payable la première fois **ou**  valeur du compte du contrat payable la dernière fois qu'une assurance de base sera payée en vertu du contrat.
- Valeur optimisée  
L'option Valeur optimisée est une variante de l'option de capital-décès Montant d'assurance plus compte du contrat.  
À compter du \_\_\_\_\_<sup>e</sup> anniversaire du contrat, le montant d'assurance sera ramené chaque année au niveau le moins élevé suffisant pour maintenir l'exonération du contrat.  
Mettre fin aux réductions annuelles dès que le montant d'assurance atteindra  \$
- Modifier l'option de participations (en choisir une)
- Bonifications d'assurance libérée (BAL) (nouvelle option ou modification de l'option de réduction de la prime (ORP) en BAL)
- BAL à ORP
- Réduction annuelle de la prime
- Paiement comptant
- Participations capitalisées
- Appliquer le tarif de non-fumeur

**c) Réévaluer une surprime/prime additionnelle ou catégorie**

- Réévaluer une surprime/prime additionnelle
- Réévaluer la catégorie pour des produits avec catégorie préférentielle ou réévaluer la catégorie **Nota** : Il faut présenter les preuves d'assurabilité requises habituellement en fonction de l'âge et du montant, selon l'âge le plus proche.

**d) Réévaluation d'une exclusion**

- Pour une raison autre que médicale **Nota** : Joindre le questionnaire pertinent dûment rempli.
- Pour une raison médicale **Nota** : Remplir les sections 9 à 13.

**e) Coût de l'assurance**

Modifier le coût de l'assurance :  Uniforme  Temporaire renouvelable annuellement  Primes limitées 20 ans

**f) Ajouter une personne assurée (au titre de l'assurance de base)**

- Ajouter une nouvelle personne assurée  \$

Prénom de la personne à assurer	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)

**3 Modifications de contrats et réévaluations de surprimes, exclusions, primes additionnelles ou catégories (suite)**

**g) Autre**

Remplir cette section si vous demandez des ajouts ou des modifications de garanties qui ne sont pas déjà indiquées dans la présente proposition.

Type d'opération	Type de contrat	Nom de la garantie	Montant (le montant ajouté ou la nouveau montant)
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Modifier			\$
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Modifier			\$
<input type="checkbox"/> Ajouter <input type="checkbox"/> Modifier			\$

**3.2 Réduction ou résiliation de garanties**

**a) Réduction**

Réduire le capital-décès/l'assurance de base au montant suivant  \$

Réduire la réserve/le compte du contrat de l'assurance-vie universelle (capital-décès uniforme)

Montant du chèque  \$

**Nota :** Si nous refusons votre demande en raison des preuves fournies, nous déduirons le montant du retrait du capital-décès de l'assurance de base. Nous apporterons cette modification une fois le retrait effectué.

**b) Autre**

Remplir cette section si vous demandez des réductions ou des résiliations de garanties qui ne sont pas déjà indiquées dans la présente proposition.

Type d'opération	Type de contrat	Nom de la garantie	Montant (après la réduction)
<input type="checkbox"/> Réduire <input type="checkbox"/> Résilier			\$
<input type="checkbox"/> Réduire <input type="checkbox"/> Résilier			\$
<input type="checkbox"/> Réduire <input type="checkbox"/> Résilier			\$

**3.3 Modification des placements pour les contrats existants**

**Nota :** Si vous devez aussi modifier les placements d'un contrat existant, il vous faudra remplir le formulaire Changement de comptes de placements et affectation des versements (F154) et le joindre à la présente proposition.

**4 Autres preuves d'assurabilité requises**

Répondre aux questions suivantes pour :

- augmenter le capital de risque/plus compte du contrat
- modifier l'option de participation de ORP à BAL
- ajouter la GPP après le deuxième anniversaire du contrat (se reporter au tableau Modifications apportées à la garantie Prime Plus pour vérifier si cela est offert).

**Nota :**

- Pour toute autre situation où des preuves d'assurabilité sont requises, remplir les sections 8 à 14, s'il y a lieu.
- La personne à assurer doit répondre aux questions. Si elle est âgée de moins de 16 ans (18 ans au Québec), le parent (père ou mère) ou le tuteur légal de cette personne doit répondre aux questions pour elle.

- La personne à assurer a-t-elle **déjà** été traitée pour ce qui suit ou en a-t-elle **déjà** présenté des symptômes :
  - crise cardiaque ou tout autre trouble ou maladie du cœur, accident vasculaire cérébral (AVC)/accident ischémique transitoire (AIT), cancer ou toute autre masse anormale ou tumeur maligne, diabète ou trouble ou maladie des reins, des poumons ou du foie .....  Oui  Non
  - sida, infection par le VIH ou tout autre trouble ou maladie du système immunitaire. ....  Oui  Non
- La personne à assurer a-t-elle connaissance de symptômes pour lesquels elle n'a pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement? .....  Oui  Non
- La personne à assurer a-t-elle **déjà** souffert d'une maladie ou d'un problème de santé qui n'a pas **déjà** été mentionné, et pour lequel elle a dû ou doit subir des examens, suivre un traitement ou être en observation? Est-elle en attente d'examen ou de résultats de tests pour tout autre problème médical? (**Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**) .....  Oui  Non

**4 Autres preuves d'assurabilité requises (suite)**

4) La personne à assurer a-t-elle déjà eu une ou des propositions d'assurance-vie, d'assurance-invalidité, d'assurance maladies graves 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

Donner des précisions dans l'espace ci-dessous pour toutes réponses affirmatives aux questions n<sup>os</sup> 1 à 4.

Numéro de la question	Précisions

**5 Bénéficiaires**

Dans la présente section, le mot *vous* désigne le propriétaire proposant.

**Nota :** Pour exercer l'option Paiement anticipé au décès au titre d'un contrat sur deux têtes payable au dernier décès avec Montant d'assurance plus compte du contrat, il faut remplir le formulaire *Désignation ou modification de bénéficiaire de l'option Paiement anticipé au décès (F272)*.

**Bénéficiaires de la nouvelle assurance ou de la protection supplémentaire**

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

**Nota :**

- Au Québec, la part du bénéficiaire décédé avant la personne assurée 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.
- Au Québec, la désignation du conjoint légal (mariage ou union civile) comme bénéficiaire est irrévocable, à moins que vous ne cochiez la case Révocable en a) et b).

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

c) Fiduciaire si le bénéficiaire est mineur (À remplir si un bénéficiaire mineur est désigné en a) ou b).)

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.

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.

## 6 Reconnaissance de variabilité

Dans la présente section, le mot *je* désigne le propriétaire proposant.

Je comprends qu'un contrat d'assurance comporte de nombreuses variables qui peuvent en affecter le rendement, entre autres celles qui suivent (s'il y a lieu) :

- le type d'options de compte de placement choisi et le rendement futur des placements que comportent ces options
- le rendement futur des placements du compte des contrats avec participation
- les barèmes de participations futurs
- le moment et le montant des versements et des retraits qui seront effectués
- le coût de l'assurance
- les taux de morbidité et de mortalité, les taux de déchéance et les frais
- les avances sur contrat, et
- les règles fédérales et provinciales qui s'appliqueront à l'avenir en matière d'impôt sur le revenu ainsi que la taxe provinciale future sur les primes.

Plus précisément, je comprends que les taux d'intérêt, les barèmes de participations futurs et, en particulier, le rendement des marchés des valeurs mobilières peuvent connaître des fluctuations importantes et qu'un faible changement d'une seule de ces variables pourrait avoir un effet négatif ou positif très important sur les valeurs et les avantages non garantis du contrat. Je comprends que le rendement passé n'est pas une prévision ni une bonne indication des résultats futurs.

Je conviens que tout aperçu qui m'aura été présenté dans le cadre de la souscription de ce contrat ne fera pas partie du contrat et qu'il m'aura été fourni uniquement pour illustrer, compte tenu de différentes hypothèses, la façon dont les valeurs du contrat varient avec le temps.

Je comprends que les valeurs et les avantages présentés dans un aperçu ne sont pas garantis à moins qu'il soit indiqué précisément qu'ils le sont. Je comprends aussi qu'ils sont hypothétiques et basés sur des hypothèses qui ne peuvent faire autrement que changer et qu'ils ne sont ni une estimation ni une garantie du rendement futur du contrat.

Je sais que les résultats réels seront différents et qu'ils seront plus élevés ou moins élevés que ceux qui sont indiqués dans l'aperçu puisqu'ils dépendent largement d'un certain nombre de variables (y compris celles qui sont indiquées ci-dessus) et que même un changement mineur dans l'une ou l'autre de ces variables pourrait avoir un effet négatif ou positif important sur les valeurs non garanties d'un aperçu.



## Vérification de l'identité et détermination de tiers et de personnes politiquement exposées (PPE)/dirigeant d'une organisation internationale (DOI)

Il est obligatoire de remplir cette section si, à la fois :

- la présente proposition est pour une assurance-vie universelle ou permanente;
- un propriétaire proposant **est un particulier.**

Nota :

- Dans la présente section, le mot *vous* désigne le ou les propriétaires proposant, y compris les propriétaires uniques d'entreprise.
- Le ou les propriétaires proposant de la présente proposition doivent répondre aux questions.
- Si un propriétaire proposant **n'est pas un particulier** (c.-à-d. *société par actions/compagnie ou autre entité*), il faut remplir à son égard les formulaires 4831 (*Vérification de l'identité et détermination de tiers – Entités*) et 4545 (*Classification fiscale internationale d'une entité*).
- Remplir le formulaire 4355 (*Vérification de l'identité d'une personne physiquement absente par un mandataire et détermination de tiers et de personnes politiquement exposées (PPE)*) à l'égard de tout propriétaire proposant qui :
  - **est un résident canadien, mais n'est pas présent au moment de remplir la présente proposition,** ou
  - **ne réside pas au Canada.**

Il faut toujours vérifier l'identité des clients et déterminer s'il y a participation de tiers. Cela permet à la Sun Life et à vous de gérer le risque et de vous conformer à la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* ainsi qu'à d'autres lois ou règlements qui s'appliquent.

Si il faut plus d'espace pour une partie de cette section, remplir le formulaire 4830 à l'égard de chaque propriétaire proposant.

Si vous avez rempli le formulaire 4830, indiquez combien d'exemplaires ont été remplis pour la présente proposition :

### Vérification de l'identité

Prénom du propriétaire proposant 1	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
Profession/profession avant la retraite/activité principale			
Adresse du domicile (numéro et rue) <b>Nota</b> : Indiquer une case postale ou «poste restante» n'est pas acceptable.			Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code ZIP

Méthode d'identification - Choisir l'une des méthodes ci-dessous (a ou b) et fournir les renseignements demandés. Consigner tous les renseignements ci-dessous; ne pas joindre de photocopies.

a) Pièce d'identité avec photo :

Il faut voir l'original, valide et à jour du passeport canadien, du permis de conduire ou d'un document délivré par un gouvernement fédéral, provincial ou territorial du Canada pour cette personne. Un document d'identification avec photo d'un pays étranger est acceptable s'il s'agit d'un document équivalent aux documents d'identification avec photo canadiens.

Type de document	Numéro du document	Date d'expiration (jj-mm-aaaa)	Province qui a délivré le document	Pays qui a délivré le document	Date de la vérification (jj-mm-aaaa)

b) Processus double :

Il faut voir la version originale, valide et à jour de deux documents provenant de deux sources différentes, indépendantes et fiables. Toute l'information doit être obtenue de 2 des 3 options ci-dessous :

1. Nom et adresse
2. Nom et date de naissance
3. Nom et preuve de compte de dépôt canadien ou de compte de prêt canadien

**Nota** : Par exemple, les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux, les administrations municipales, les sociétés d'État, les entités financières ou les fournisseurs de services publics sont considérés comme des sources fiables. Des renseignements précis sont requis (par ex. CIBC, Union Gas, certificat de mariage de la C.-B.).

## Vérification de l'identité et détermination de tiers et de personnes politiquement exposées (PPE)/dirigeant d'une organisation internationale (DOI) (suite)

Source 1	Type de document	Numéro de compte ou de référence	Information obtenue dans le cadre de la méthode utilisée <input type="checkbox"/> Nom <input type="checkbox"/> Date de naissance <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> Compte financier	Date de la vérification (jj-mm-aaaa)
Source 2	Type de document	Numéro de compte ou de référence	Information obtenue dans le cadre de la méthode utilisée <input type="checkbox"/> Nom <input type="checkbox"/> Date de naissance <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> Compte financier	Date de la vérification (jj-mm-aaaa)

Prénom du propriétaire proposant 2	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Profession/profession avant la retraite/activité principale		
Adresse du domicile (numéro et rue) <b>Nota</b> : Indiquer une case postale ou «poste restante» n'est pas acceptable.		Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays
Code postal/Code ZIP		

Méthode d'identification – Choisir l'une des méthodes ci-dessous (a ou b) et fournir les renseignements demandés. Consigner tous les renseignements ci-dessous; ne pas joindre de photocopies.

a) Pièce d'identité avec photo :

Il faut voir l'original, valide et à jour du passeport canadien, du permis de conduire ou d'un document délivré par un gouvernement fédéral, provincial ou territorial du Canada pour cette personne. Un document d'identification avec photo d'un pays étranger est acceptable s'il s'agit d'un document équivalent aux documents d'identification avec photo canadiens.

Type de document	Numéro du document	Date d'expiration (jj-mm-aaaa)	Province qui a délivré le document	Pays qui a délivré le document	Date de la vérification (jj-mm-aaaa)
------------------	--------------------	--------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

b) Processus double :

Il faut voir la version originale, valide et à jour de deux documents provenant de deux sources différentes, indépendantes et fiables. Toute l'information doit être obtenue de 2 des 3 options ci-dessous :

1. Nom et adresse
2. Nom et date de naissance
3. Nom et preuve de compte de dépôt canadien ou de compte de prêt canadien

**Nota** : Par exemple, les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux, les administrations municipales, les sociétés d'État, les entités financières ou les fournisseurs de services publics sont considérés comme des sources fiables. Des renseignements précis sont requis (par ex. CIBC, Union Gas, certificat de mariage de la C.-B.).

Source 1	Type de document	Numéro de compte ou de référence	Information obtenue dans le cadre de la méthode utilisée <input type="checkbox"/> Nom <input type="checkbox"/> Date de naissance <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> Compte financier	Date de la vérification (jj-mm-aaaa)
Source 2	Type de document	Numéro de compte ou de référence	Information obtenue dans le cadre de la méthode utilisée <input type="checkbox"/> Nom <input type="checkbox"/> Date de naissance <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> Compte financier	Date de la vérification (jj-mm-aaaa)

## Vérification de l'identité et détermination de tiers et de personnes politiquement exposées (PPE)/dirigeant d'une organisation internationale (DOI) (suite)

### 7.1 Détermination de tiers

Voici quelques exemples de tiers :

- Payeur
- Mandataire (procuration)
- Cessionnaire/créancier hypothécaire

Est-ce qu'un tiers paiera le contrat ou aura l'usage du contrat ou est-ce que le contrat sera utilisé au nom d'un tiers?  Oui  Non

Si «**oui**», indiquez le type de tiers :  Particulier  Entité  Les deux

Nom (s'il s'agit d'un particulier, indiquer les prénom et nom)			S'il s'agit d'un particulier, date de naissance (jj-mm-aaaa)		
Type de tiers	Lien avec le proposant	Profession/profession avant la retraite/activité principale			
Adresse/Adresse du domicile (numéro et rue) <b>Nota</b> : Indiquer une case postale ou «poste restante» n'est pas acceptable.					Appartement ou bureau
Ville		Province/État	Pays		Code postal/Code ZIP
Si une entité, numéro d'enregistrement		Province/État d'enregistrement		Pays d'enregistrement	

Nom (s'il s'agit d'un particulier, indiquer les prénom et nom)			S'il s'agit d'un particulier, date de naissance (jj-mm-aaaa)		
Type de tiers	Lien avec le proposant	Profession/profession avant la retraite/activité principale			
Adresse/Adresse du domicile (numéro et rue) <b>Nota</b> : Indiquer une case postale ou «poste restante» n'est pas acceptable.					Appartement ou bureau
Ville		Province/État	Pays		Code postal/Code ZIP
Si une entité, numéro d'enregistrement		Province/État d'enregistrement		Pays d'enregistrement	

Si vous n'êtes pas en mesure d'obtenir certains renseignements pour un des tiers, veuillez expliquer pourquoi ci-dessous et indiquer les mesures prises :


### 7.2 Personnes politiquement exposées (PPE)/dirigeant d'une organisation internationale (DOI)

À la connaissance de chaque propriétaire proposant, est-ce qu'un propriétaire proposant ou un membre de la famille ou un proche collaborateur d'un propriétaire proposant a occupé l'une des charges indiquées dans a), b) ou c) ci-dessous?

Indiquer **Oui** ou **Non** dans a), b) et c) ci-dessous.

Consigner tout ce qui s'applique dans les tableaux ci-dessous.

**Nota :**

- Par «membre de la famille», on entend le conjoint (mariage ou union civile), le conjoint de fait ou les enfants d'un propriétaire proposant; les enfants du conjoint d'un propriétaire proposant; les frères/soeurs ou les demi-frères/demi-soeurs par alliance et de sang d'un propriétaire proposant; les parents biologiques/adoptifs ou le conjoint du père ou de la mère d'un propriétaire proposant; les parents biologiques/adoptifs ou le conjoint du père ou de la mère du conjoint (mariage ou union civile) ou du conjoint de fait d'un propriétaire proposant.
- Par «proche collaborateur», on entend une personne qui est étroitement associée à un propriétaire proposant pour des raisons personnelles ou professionnelles. Voici des exemples de circonstances qui pourraient amener à conclure qu'une personne est étroitement associée à un propriétaire proposant :
  - opérations effectuées entre une PPE ou un DOI et un propriétaire proposant;
  - activités commerciales entre une PPE ou un DOI et un propriétaire proposant;
  - couverture médiatique qui associe une PPE ou un DOI à un propriétaire proposant;
  - relation personnelle, comme une relation amoureuse ou une amitié profonde, entre une PPE ou un DOI et un propriétaire proposant.

## Vérification de l'identité et détermination de tiers et de personnes politiquement exposées (PPE)/dirigeant d'une organisation internationale (DOI) (suite)

a) Étranger politiquement vulnérable (EPV) – (en vie ou décédé, charge occupée actuellement ou déjà occupée)  Oui  Non

- |   |  |
|---|--|
| 1. membre du conseil exécutif d'un gouvernement                 | 8. chef (ou président) d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative       |
| 2. dirigeant d'une société d'État                               | 9. chef d'État   |
| 3. dirigeant d'une banque d'État                                | 10. chef de gouvernement   |
| 4. sous-ministre (ou titulaire d'une charge de rang équivalent) | 11. chef d'un organisme gouvernemental   |
| 5. ambassadeur  | 12. juge de la cour suprême, de la cour constitutionnelle ou d'une autre cour de dernier ressort |
| 6. conseiller d'un ambassadeur                                  | 13. officier ayant le rang de général ou un rang supérieur                                       |
| 7. attaché  | 14. membre d'une assemblée législative   |

Prénom du propriétaire proposant		Nom	
Prénom (EPV) s'il n'est pas propriétaire proposant		Nom	Lien avec le propriétaire proposant (EPV)
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	
Prénom du propriétaire proposant		Nom	
Prénom (EPV) s'il n'est pas propriétaire proposant		Nom	Lien avec le propriétaire proposant (EPV)
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	

b) National politiquement vulnérable (NPV) – (en vie ou décédé, charge occupée actuellement ou au cours des 5 dernières années)

Oui  Non

- |   |   |
|---|---|
| 1. gouverneur général   | 11. dirigeant d'une société appartenant directement à cent pour cent à Sa Majesté du chef du Canada ou d'une province |
| 2. lieutenant-gouverneur  | 12. chef d'un organisme gouvernemental  |
| 3. membre du Sénat  | 13. juge d'une cour d'appel provinciale   |
| 4. membre de la Chambre des communes                            | 14. juge de la Cour d'appel fédérale  |
| 5. membre d'une assemblée législative                           | 15. juge de la Cour suprême du Canada   |
| 6. sous-ministre (ou titulaire d'une charge de rang équivalent) | 16. chef (ou président) d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative                           |
| 7. ambassadeur  | 17. titulaire d'un poste ou d'une charge visés par règlement  |
| 8. conseiller d'un ambassadeur                                  | 18. maire   |
| 9. attaché  |   |
| 10. officier ayant le rang de général ou un rang supérieur      |   |

Prénom du propriétaire proposant		Nom	
Prénom (NPV) s'il n'est pas propriétaire proposant		Nom	Lien avec le propriétaire proposant (NPV)
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	
Prénom du propriétaire proposant		Nom	
Prénom (NPV) s'il n'est pas propriétaire proposant		Nom	Lien avec le propriétaire proposant (NPV)
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	

## Vérification de l'identité et détermination de tiers et de personnes politiquement exposées (PPE)/dirigeant d'une organisation internationale (DOI) (suite)

c) Dirigeant d'une organisation internationale (DOI) – (charge occupée actuellement) .....  Oui  Non

Un particulier est un DOI s'il est le dirigeant d'une organisation internationale ou le dirigeant d'une institution créée par une organisation internationale. Une organisation internationale est une organisation créée par les gouvernements de divers États et instituée en vertu d'un accord officiellement signé par ces États.

Voici des exemples d'organisations internationales :

- Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN)
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
- Fonds monétaire international (FMI)
- Groupe de la Banque mondiale
- Organisation mondiale de la santé (OMS)
- La Francophonie

Prénom du propriétaire proposant		Nom	
Prénom (DOI) s'il n'est pas propriétaire proposant		Nom	Lien avec le propriétaire proposant (DOI)
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	
Prénom du propriétaire proposant		Nom	
Prénom (DOI) s'il n'est pas propriétaire proposant		Nom	Lien avec le propriétaire proposant (DOI)
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	

### Source du paiement et but du produit

**7.3** Fournir la source de paiement pour la présente proposition. (Sélectionner tout ce qui s'applique.)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> salaire ou revenu gagné           | <input type="checkbox"/> épargne du propriétaire proposant | <input type="checkbox"/> revenu d'entreprise           |
| <input type="checkbox"/> compte de placement existant      | <input type="checkbox"/> revenu de régime de retraite      | <input type="checkbox"/> fonds obtenus par voie de don |
| <input type="checkbox"/> prestation de décès ou succession | <input type="checkbox"/> vente d'une propriété             | <input type="checkbox"/> fonds hérités                 |
| <input type="checkbox"/> prestations sociales              | <input type="checkbox"/> fonds empruntés                   |  |
| <input type="checkbox"/> autre (préciser ci-dessous)       |  |  |

--

**7.4** Quel est le but du produit demandé et à quoi servira-t-il? (Ne faire qu'un seul choix.)

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> remplacement du revenu      | <input type="checkbox"/> protection hypothécaire | <input type="checkbox"/> protection contre les créanciers | <input type="checkbox"/> protection des biens  |
| <input type="checkbox"/> protection du patrimoine    | <input type="checkbox"/> protection d'entreprise | <input type="checkbox"/> dons de bienfaisance             | <input type="checkbox"/> planification fiscale |
| <input type="checkbox"/> autre (préciser ci-dessous) |  |   | <input type="checkbox"/> ou successorale       |


## 8 Questions liées à la note de couverture (N'est pas offerte pour les remises en vigueur ou les réévaluations de surprime.)

Dans la présente section, aux questions 1 à 3, le mot *vous* désigne la personne à assurer.

Nota :

- La personne à assurer doit répondre aux questions de la section 8. Si elle est âgée de moins de 16 ans (18 ans au Québec), le parent (père ou mère) ou le tuteur légal de cette personne doit répondre aux questions pour elle.
- Si la réponse aux questions 1, 2 ou 3 est «**oui**» ou s'il n'y a pas de réponse, l'assurance temporaire prévue par la note de couverture ne sera pas fournie. **Revoir la note de couverture avec les clients afin qu'ils comprennent les conditions et exclusions de l'assurance temporaire prévue par la note de couverture.**
- **Si le montant total de toutes les propositions d'assurance-vie à l'étude dépasse 3 000 000 \$, vous n'êtes pas admissible à une couverture d'assurance temporaire. Si vous nous remettez un paiement pour cette assurance temporaire, nous le refuserons.**

Prénom	Nom
--------	-----

- 1) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un professionnel de la santé pour des douleurs à la poitrine, ou savez-vous ou soupçonnez-vous que vous avez souffert d'une crise cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral, ou que vous avez contracté un cancer, une infection par le VIH ou le sida? .....  Oui  Non
- 2) Avez-vous déjà eu une ou des propositions d'assurance-vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance-santé ayant fait l'objet d'un refus, d'une surprime, d'un report, d'une annulation ou d'une modification quelconque? .....  Oui  Non
- 3) Au cours des 60 derniers jours :
- vous a-t-on dit que vous deviez être admis ou avez-vous été admis dans un hôpital ou une clinique comme malade hospitalisé pour une période de 24 heures ou plus? ou
  - vous a-t-on dit de subir des examens ou des actes médicaux, ou vous a-t-on demandé des consultations qui n'ont pas encore été effectués? .....  Oui  Non
- Exclure la fausse couche, la vasectomie, la ligature des trompes, l'appendicectomie, la cure de hernie, l'accouchement, la chirurgie esthétique et l'ablation de la vésicule biliaire.

## 9 Renseignements personnels

Dans la présente section, le mot *vous* désigne la personne à assurer.

Nota : La personne à assurer doit répondre aux questions de cette section. Si elle est âgée de moins de 16 ans (18 ans au Québec), le parent (père ou mère) ou le tuteur légal de cette personne doit répondre aux questions pour elle.

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.

Consentement pour utiliser les preuves d'assurabilité que vous avez déjà fournies

- 1 a) Au cours des 9 derniers mois, avez-vous rempli une proposition d'assurance-vie ou d'assurance maladies graves auprès de la Sun Life? .....  Oui  Non
- Si «oui», indiquez le numéro du contrat :
- Si «non», passez à la section 9.1.
- b) Pour la modification demandée, acceptez-vous que nous utilisions les réponses et déclarations que vous nous avez fournies par écrit ou verbalement pour le contrat figurant ci-dessus? .....  Oui  Non
- Si «non», passez à la section 9.1.
- c) Confirmez-vous qu'aucun changement n'est survenu en ce qui a trait à votre état de santé, à votre profession ou à toute autre situation qui exigerait de modifier l'une de vos réponses ou déclarations pour le contrat figurant ci-dessus? .....  Oui  Non
- Si «non», passez à la section 9.1.

## 9 Renseignements personnels (suite)

- d) Confirmez-vous avoir passé en revue attentivement toutes les réponses et déclarations fournies précédemment pour le contrat figurant ci-dessus et qu'elles sont complètes et véridiques? .....  Oui  Non
- Si «oui», indiquez les preuves que vous avez passées en revue (cochez tout ce qui s'applique):
- Proposition  Entrevue téléphonique  Examen paramédical  Autre \_\_\_\_\_

Si «non», passez à la section 9.1.

- Si «oui» pour toutes les questions 1 a) à d), passez à la section 14.
- Ce consentement fera partie de votre proposition d'assurance. Toute fausse déclaration peut entraîner le refus par la Sun Life d'une ou des propositions ou la résiliation d'un ou des contrats existants.
- Si d'autres preuves d'assurabilité sont requises, votre conseiller vous en informera.

### 9.1 Usage du tabac

**Nota :** Les personnes à assurer âgées de moins de 16 ans n'ont pas à répondre aux questions de la section 9.1.

- a) Quelle est la dernière fois où vous avez fait usage de produits du tabac ou de produits contenant de la nicotine (p. ex. : cigares, cigarettes, produits de vapotage, pipe, tabac à chiquer, gomme ou timbres à la nicotine)? (Un test simple peut être exigé pour vérifier votre réponse.)

Remplir le tableau ci-dessous.

Usage quotidien	Usage occasionnel (en contexte social)	Usage au cours des 5 dernières années	Dernier usage il y a plus de 5 ans	Jamais fait usage de produits du tabac ni de produits contenant de la nicotine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dernier usage (jj-mm-aaaa) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- b) Si vous avez sélectionné *Usage occasionnel*, donnez des précisions.

Produits (cocher toutes les cases appropriées)	Dates du dernier usage (jj-mm-aaaa)	Nombre de gros cigares consommés au cours des 12 derniers mois
<input type="checkbox"/> Gros cigares <input type="checkbox"/> Autres produits du tabac ou produits contenant de la nicotine	Gros cigares : _____ Autres : _____	Gros cigares seulement : _____

### 9.2 Assurances souscrites par le passé et préavis de remplacement (ou état comparatif) et/ou Remplacement d'une police d'assurance vie – Déclaration/Remplacements

- a) Avez-vous de l'assurance-vie et/ou de l'assurance maladies graves en vigueur sur votre tête? .....  Oui  Non
- Si «oui», fournir les renseignements suivants.

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

- b) Pour les remplacements d'un contrat d'assurance-vie existant ou d'une proposition existante, la réglementation exige la production d'un formulaire de préavis de remplacement (ou état comparatif) et/ou du formulaire Remplacement d'une police d'assurance vie – Déclaration.

Cette demande a-t-elle pour but de remplacer ou de réduire les garanties d'un contrat d'assurance existant ou d'une proposition d'assurance à l'étude de n'importe quelle compagnie (autrement que par transformation)? .....  Oui  Non

**Nota :**

- Si «oui», remplir le formulaire de remplacement applicable et le joindre à la proposition.
- Pour l'assurance maladies graves, un formulaire de remplacement n'est requis que pour les propositions au Québec.
- Si plus d'un contrat est remplacé, il faut produire un formulaire de remplacement distinct pour chacun des contrats remplacés.

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

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

## 9 Renseignements personnels (suite)

- d) 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 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», préciser le nom de la compagnie, la date et la raison ci-dessous.


### 9.3 Renseignements sur l'emploi

Nota : Les personnes à assurer âgées de moins de 16 ans n'ont pas à répondre aux questions de la section 9.3.

- a) Quelle profession exercez-vous?

--

- b) Quelles tâches réalisez-vous dans le cadre de votre travail?

--

- c) Quel est le nom et quelle est l'adresse de votre employeur?

--

### 9.4 Renseignements financiers

Nota : Les personnes à assurer âgées de moins de 16 ans n'ont pas à remplir la section 9.4.

- a) Quel est votre revenu annuel gagné, y compris le salaire, les commissions et les gratifications? .....  \$
- b) Quel est votre revenu annuel provenant d'autres sources, y compris rentes, dividendes, intérêts et revenus immobiliers? .....  \$
- c) À combien estimez-vous votre valeur nette personnelle au Canada? .....  \$
- d) À combien estimez-vous votre valeur nette personnelle à l'étranger? .....  \$
- e) 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 ci-dessous.

**Date de la libération de faillite**  
(jj-mm-aaaa)

**Circonstances de la faillite**

--	--

- f) Si une personne à assurer dépend financièrement de son conjoint, fournir les renseignements suivants sur la personne qui gagne le revenu, si ces renseignements n'ont pas déjà été indiqués dans la présente proposition.

Revenu annuel du conjoint \$	Montant d'assurance-vie en vigueur sur la tête du conjoint \$	Montant d'AMG en vigueur sur la tête du conjoint \$
---------------------------------	--	--

### 9.5 Consommation d'alcool et de drogues

Nota : Les personnes à assurer âgées de moins de 16 ans n'ont pas à répondre aux questions de la section 9.5.

- a) Consommez-vous de l'alcool? .....  Oui  Non  
Si «oui», remplir le tableau ci-dessous.

<b>Bière</b> : nombre de bouteille(s)	<b>Vin</b> : nombre de verre(s)	<b>Spiritueux</b> : nombre de verres de 1,5 oz ou de 45 ml
Nombre : _____ par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> année <input type="checkbox"/> Occasions spéciales seulement	Nombre : _____ par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> année <input type="checkbox"/> Occasions spéciales seulement	Nombre : _____ par : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> année <input type="checkbox"/> Occasions spéciales seulement



**9 Renseignements personnels (suite)**

b) Au cours de 5 dernières années, avez-vous fait usage de cannabis ou de haschisch? .....  Oui  Non  
 Si «non», passer à g).  
 Si «oui», indiquer votre consommation moyenne ci-dessous.

Consommation quotidienne	Consommation hebdomadaire	Consommation mensuelle	Moins d'une fois par mois	Dernière consommation (jj-mm-aaaa)
<input type="checkbox"/> Nbre de fois par jour : _____ Quantité par usage en grammes : _____	<input type="checkbox"/> Nbre de fois par semaine : _____	<input type="checkbox"/> Nbre de fois par mois : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

c) Si vous avez répondu «oui» à la question b), mélangez-vous le cannabis ou le haschisch à du tabac? .....  Oui  Non  
 d) Si vous avez répondu «oui» à la question b), s'agit-il d'un usage à des fins médicales? .....  Oui  Non  
 e) Si vous avez répondu «oui» à la question d), s'agit-il de la prescription d'un médecin? .....  Oui  Non  
 Si «oui», est-ce votre médecin ou professionnel de la santé habituel? .....  Oui  Non  
 Si «non», donner des précisions ci-dessous.

Prénom du médecin		Nom		
Adresse du médecin (numéro et rue)				Appartement ou bureau
Ville	Province	Pays	Code postal	

f) Si vous avez répondu «oui» à la question e), quelle affection ou maladie est traitée?  
 \_\_\_\_\_

g) Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait usage de drogues ou de narcotiques sans ordonnance médicale (p. ex. : cocaïne, LSD, ecstasy, héroïne, fentanyl, stéroïdes anabolisants ou amphétamines)? .....  Oui  Non  
 Si «oui», donner des précisions ci-dessous.

Drogue ou narcotique	Quantité consommée et fréquence	Dernière consommation (jj-mm-aaaa)

h) Avez-vous déjà reçu un traitement ou des conseils ou assisté à une réunion relativement à un problème de consommation de drogue ou d'alcool? .....  Oui  Non  
 i) Si vous avez répondu «non» à la question h), un médecin ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il déjà recommandé de suivre un traitement, de consulter un spécialiste ou de réduire votre consommation de drogue ou d'alcool? .....  Oui  Non  
 Si «oui», à la question h) ou i), remplir le *Questionnaire relatif à la consommation d'alcool (F26)* et/ou le *Questionnaire relatif à l'usage de drogues (F12)*, selon le cas, et joindre ce(s) dernier(s) à la proposition.

**9.6 Infractions relatives à la conduite d'un véhicule**

**Nota :** Les personnes à assurer âgées de moins de 16 ans n'ont pas à répondre aux questions de la section 9.6.  
 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  
 b) au cours des 3 dernières années, d'autres infractions liées à la conduite d'un véhicule? (Exclure les contraventions de stationnement et celles pour avoir omis de fournir la documentation d'assurance ou le titre de propriété du véhicule.) .....  Oui  Non

**Nota :** 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.

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

**9 Renseignements personnels (suite)**

**9.7 Résidence et voyages à l'étranger**

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

Villes et pays	Durée du ou des séjours	Date du ou des séjours si connue (mm-aaaa)	Raison du ou des voyages ou séjours

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

Villes et pays	Durée du ou des séjours	Date du ou des séjours si connue (mm-aaaa)	Raison du ou des voyages ou séjours

**9.8 Autres renseignements**

**Nota :** Les personnes à assurer âgées de moins de 10 ans n'ont pas à répondre aux questions de la section 9.8.

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous voyagé en avion 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  
Si «oui», remplir le *Questionnaire relatif à l'aviation (F4)* et joindre ce dernier à la proposition.

b) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pratiqué des activités dangereuses du type course de véhicules motorisés, plongée sous-marine, escalade, parachutisme, deltaplane, héliski et, dans l'arrière-pays ou hors pistes, ski/planche à neige/motoneige ou toute autre activité dangereuse, ou avez-vous l'intention de le faire dans les 12 prochains mois? .....  Oui  Non  
Si «oui», remplir le questionnaire approprié et joindre ce dernier 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  
Si «oui», donner des précisions ci-dessous.

Précisions


**9.9 Assurance individuelle sur la tête d'un enfant**

**Nota :** Remplir la section suivante si la personne à assurer est âgée de moins de 16 ans et si une assurance-vie est demandée sur sa tête (à l'exclusion de l'ATE).

a) Lien entre le propriétaire proposant et la personne à assurer

La personne à assurer vit-elle avec le propriétaire proposant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si «non», avec qui vit-elle et à quel endroit (nom et ville)?
Le propriétaire proposant connaît-il tous les antécédents médicaux de la personne à assurer? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si «non», indiquer le nom de la personne qui fournit les renseignements personnels et médicaux requis et son lien avec l'enfant à assurer. Cette personne doit également signer à la page 30.	

b) Quel est le revenu annuel gagné et le montant total d'assurance-vie, d'assurance maladies graves, d'assurance-invalidité et d'assurance de soins de longue durée en vigueur et demandé sur la tête d'un des parents ou des tuteurs légaux?

Assurance-vie \$	Maladies graves \$	Invalidité \$	Soins de longue durée \$	Revenu annuel gagné \$
------------------	--------------------	---------------	--------------------------	------------------------

c) Quel est le revenu annuel gagné et le montant total d'assurance-vie, d'assurance maladies graves, d'assurance-invalidité et d'assurance de soins de longue durée en vigueur et demandé sur la tête de l'autre parent ou tuteur légal?

Assurance-vie \$	Maladies graves \$	Invalidité \$	Soins de longue durée \$	Revenu annuel gagné \$
------------------	--------------------	---------------	--------------------------	------------------------

**9 Renseignements personnels (suite)**

- d) À combien estimez-vous la valeur nette des parents ou des tuteurs légaux au Canada?  \$
- e) À combien estimez-vous la valeur nette des parents ou des tuteurs légaux à l'étranger?  \$
- f) La personne à assurer a-t-elle des frères ou sœurs de 15 ans ou moins?  Oui  Non Si «non», passer à la section 10.
- i) Si «oui», pour les frères et sœurs qui sont assurables et âgés de 15 ans ou moins, y a-t-il un montant semblable d'assurance-vie et/ou d'assurance maladies graves en vigueur, à l'étude ou qui est envisagé?  Oui  Non
- ii) Si «non» à i) et qu'il s'agit d'une proposition d'assurance-vie, indiquer dans l'espace ci-dessous le montant d'assurance pour ce frère ou cette sœur et la raison de la différence.
- 
- iii) Si «non» à i) et qu'il s'agit d'une proposition d'assurance maladies graves, indiquer dans l'espace ci-dessous le montant d'assurance pour ce frère ou cette sœur et la raison de la différence.
- 

**10 Renseignements sur le médecin ou la clinique**

Nom et adresse de la clinique ou du médecin habituels.

**Nota :** Au besoin, utiliser une autre feuille que la personne à assurer signera et datera. Si elle est âgée de moins de 16 ans (18 ans au Québec), le parent (père ou mère) ou le tuteur légal de cette personne doit répondre aux questions pour elle.

Quel type de professionnel de la santé consultez-vous pour vos soins médicaux ou soins de santé habituels? Cocher une seule case et donner des précisions ci-dessous :

Médecin de famille  Infirmier praticien  Clinique

Vous n'avez pas recours à la médecine traditionnelle, mais vous consultez un :

Prénom du professionnel de la santé		Nom	
Adresse		Ville	Province
		Code postal	
Date de votre première consultation (jj-mm-aaaa)	Date de votre dernier rendez-vous (jj-mm-aaaa)	Raison du rendez-vous	
Traitement ou médicament prescrit			
Résultat du rendez-vous et suivi prévu			

**11 Antécédents familiaux**

Dans la présente section, le mot *vous* désigne la personne à assurer.

La personne à assurer doit répondre aux questions de cette section. Si elle est âgée de moins de 16 ans (18 ans au Québec), le parent (père ou mère) ou le tuteur légal de cette personne doit répondre aux questions pour elle.

**Nota :** Les personnes à assurer de plus de 65 ans n'ont pas à répondre aux questions de la section 11. **Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**

- a) Est-ce que votre mère, votre père, vos sœurs ou frères ont reçu le diagnostic d'une des affections suivantes **avant l'âge de 65 ans**? .....  Oui  Non
- maladie de cœur
  - accident vasculaire cérébral (AVC)
  - accident ischémique transitoire (AIT, aussi appelé mini-AVC)
  - diabète
  - maladie de Parkinson ou cancer (y compris leucémie, lymphome et maladie de Hodgkin)
- b) Est-ce que votre mère, votre père, vos sœurs ou frères ont **déjà** reçu le diagnostic d'une des affections suivantes? .....  Oui  Non
- maladie de huntington
  - maladie polykystique des reins
  - sclérose en plaques
  - dystrophie musculaire
  - maladie d'Alzheimer
  - maladie de Lou Gehrig ou SLA (sclérose latérale amyotrophique)
  - tout autre trouble ou maladie héréditaire

**11 Antécédents familiaux (suite)**

Si «oui» à a) ou b), remplir le tableau suivant.

Nota : Au besoin, utiliser une autre feuille que la personne à assurer ou le propriétaire proposant signera et datera.

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

**12 Taille et poids**

**12.1 Personnes à assurer âgées de plus de 10 ans**

Nota : Au besoin, utiliser une autre feuille que la personne à assurer signera et datera.

Taille	Poids	Au cours des 12 derniers mois, la personne a-t-elle perdu plus de 4,5 kg (10 lb)?
<input type="checkbox"/> pi et po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si «oui», donner des précisions, y compris le poids perdu et la cause de la perte de poids.

**12.2 Enfants âgés de 1 à 10 ans**

- a) Au cours des 2 dernières années, un médecin ou autre professionnel de la santé vous a-t-il dit que la taille, le poids et la croissance physique de l'enfant ne progressait pas à un rythme normal? .....  Oui  Non
- b) Au cours des 2 dernières années, un médecin ou autre professionnel de la santé vous a-t-il dit que l'enfant devait prendre du poids, perdre du poids ou suivre un régime? .....  Oui  Non
- c) Au cours des 12 derniers mois, l'enfant a-t-il perdu plus de 4,5 kg (10 lb)? .....  Oui  Non

Si «oui» à a), b) ou c), quelle est la taille actuelle mesurée de l'enfant?  pi et po  cm Quel est le poids actuel pesé de l'enfant?  lb  kg

Donner des précisions, y compris le diagnostic et les conseils du médecin. Si l'enfant a perdu du poids au cours des 12 derniers mois, indiquer combien de poids il a perdu et la cause de la perte de poids.


**12.3 Enfants âgés de moins d'un an**

- a) La naissance a-t-elle été prématurée de plus de 4 semaines ou l'enfant présente-t-il un retard de croissance de la taille ou du poids? .....  Oui  Non
- b) Un médecin ou autre professionnel de la santé vous a-t-il dit que la taille, le poids et la croissance physique de l'enfant ne progressait pas à un rythme normal? .....  Oui  Non

Si «oui» à a) ou b), quel était le poids de l'enfant à la naissance?  lb  kg

Quelle est la taille actuelle mesurée de l'enfant?  pi  po  cm Quel est le poids actuel pesé de l'enfant?  lb  kg

Donner des précisions, y l'état de santé actuel de l'enfant et tout autre renseignement pertinent :


**13 Antécédents médicaux personnels**

**13.1 Renseignements médicaux**

Dans cette section, *vous* désigne la personne à assurer. Les questions suivantes s'adressent à la personne à assurer. Si elle est âgée de moins de 16 ans (18 ans au Québec), le parent (père ou mère) ou le tuteur légal de cette personne doit répondre aux questions pour elle.

**a) Système sanguin**

Avez-vous **déjà** été traité pour ce qui suit ou en avez-vous **déjà** présenté des symptômes? .....  Oui  Non

- Anémie
- Tout autre trouble ou maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins

Sous *Précisions sur l'affection*, dresser la liste de chacune des affections, y compris les traitements requis, les dates, les durées et les résultats et indiquer les noms et adresses des médecins, hôpitaux et cliniques consultés.

Nom de l'affection	Précisions sur l'affection

**b) Cancer, masses anormales ou tumeurs malignes**

Avez-vous **déjà** été traité pour ce qui suit ou en avez-vous **déjà** présenté des symptômes? .....  Oui  Non

- Cancer
- Lymphome
- Tumeur
- Kyste(s)
- Toute autre masse anormale ou tumeur maligne
- Leucémie
- Mélanome
- Polype(s)

Sous *Précisions sur l'affection*, dresser la liste de chacune des affections, y compris les traitements requis, les dates, les durées et les résultats et indiquer les noms et adresses des médecins, hôpitaux et cliniques consultés.

Nom de l'affection	Précisions sur l'affection

**c) Cœur et système circulatoire**

Avez-vous **déjà** été traité pour ce qui suit ou en avez-vous **déjà** présenté des symptômes? .....  Oui  Non

- Hypertension artérielle
- Douleurs à la poitrine
- Accident ischémique transitoire (AIT, aussi appelé mini-AVC)
- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Souffle cardiaque
- Pouls irrégulier
- Caillot(s) sanguin(s)
- Anévrisme
- Tout autre trouble ou maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins

Sous *Précisions sur l'affection*, dresser la liste de chacune des affections, y compris les traitements requis, les dates, les durées et les résultats et indiquer les noms et adresses des médecins, hôpitaux et cliniques consultés.

Nom de l'affection	Précisions sur l'affection

**d) Santé mentale**

Avez-vous **déjà** été traité pour ce qui suit ou en avez-vous **déjà** présenté des symptômes? .....  Oui  Non

- Anxiété chronique
- Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)
- Trouble de l'alimentation
- Schizophrénie
- Tentative de suicide
- Tout autre trouble ou maladie d'ordre psychologique, affectif ou nerveux

Sous *Précisions sur l'affection*, dresser la liste de chacune des affections, y compris les traitements requis, les dates, les durées et les résultats et indiquer les noms et adresses des médecins, hôpitaux et cliniques consultés.

Nom de l'affection	Précisions sur l'affection

**13 Antécédents médicaux personnels (suite)**

**e) Glandes et système endocrinien**

Avez-vous déjà été traité pour ce qui suit ou en avez-vous déjà présenté des symptômes? .....  Oui  Non

- Diabète
- Anomalie de la glycémie
- Trouble ou maladie de la glande thyroïde (ex. : nodule ou goitre)
- Trouble ou maladie d'une glande ou des ganglions lymphatiques
- Tout autre trouble ou maladie du système endocrinien

Sous *Précisions sur l'affection*, dresser la liste de chacune des affections, y compris les traitements requis, les dates, les durées et les résultats et indiquer les noms et adresses des médecins, hôpitaux et cliniques consultés.

Nom de l'affection	Précisions sur l'affection

**f) Système musculo-squelettique**

Avez-vous déjà été traité pour ce qui suit ou en avez-vous déjà présenté des symptômes? .....  Oui  Non

- Arthrite
- Dystrophie musculaire
- Paralysie
- Engourdissement ou faiblesse d'un bras ou d'une jambe
- Tout autre trouble ou maladie des muscles, des articulations, des membres, du dos ou des os

Sous *Précisions sur l'affection*, dresser la liste de chacune des affections, y compris les traitements requis, les dates, les durées et les résultats et indiquer les noms et adresses des médecins, hôpitaux et cliniques consultés.

Nom de l'affection	Précisions sur l'affection

**g) Système gastro-intestinal**

Avez-vous déjà été traité pour ce qui suit ou en avez-vous déjà présenté des symptômes? .....  Oui  Non

- Hépatite (y compris porteur d'hépatite)
- Maladie de Crohn
- Pancréatite
- Ulcère (gastroduodéal ou gastrique)
- Tout autre trouble ou maladie de l'intestin, de l'œsophage, de l'estomac, du pancréas ou du foie

Si «oui», donner des précisions à la section 13.3.

**h) Troubles de la peau**

Avez-vous déjà été traité pour ce qui suit ou en avez-vous déjà présenté des symptômes (exclure la dermatite due à l'herbe à puce, la dermatite de contact, l'acné, la rosacée, les coups de soleil et l'eczéma)? .....  Oui  Non

- Naevus dysplasique (grain de beauté atypique)
- Tout autre trouble ou maladie de la peau

Sous *Précisions sur l'affection*, dresser la liste de chacune des affections, y compris les traitements requis, les dates, les durées et les résultats et indiquer les noms et adresses des médecins, hôpitaux et cliniques consultés.

Nom de l'affection	Précisions sur l'affection

**i) Système immunitaire**

Avez-vous déjà été traité pour ce qui suit ou en avez-vous déjà présenté des symptômes? .....  Oui  Non

- Lupus
- Sclérodémie systémique
- Sida
- Test positif de dépistage du VIH (virus qui cause le sida)
- Tout autre trouble ou maladie du système immunitaire

Si «oui», donner des précisions à la section 13.3.

**j) Système génito-urinaire**

Avez-vous déjà été traité pour ce qui suit ou en avez-vous déjà présenté des symptômes? .....  Oui  Non

- Prostatite ou tout autre trouble ou maladie de la prostate
- Masse(s) ou kyste(s) au sein
- Anomalie à la cytologie du col de l'utérus («test Pap»)
- Hystérectomie
- Trouble ou maladie des ovaires ou de l'utérus
- Trouble ou maladie des organes génitaux
- Néphrite
- Sang, sucre ou protéines dans l'urine
- Tout autre trouble ou maladie des reins ou de la vessie

Si «oui», donner des précisions à la section 13.3.

**13 Antécédents médicaux personnels (suite)**

**k) Système respiratoire**

Avez-vous déjà été traité pour ce qui suit ou en avez-vous déjà présenté des symptômes? .....  Oui  Non

- Asthme
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Emphysème
- Apnée du sommeil
- Sarcoidose
- Fibrose kystique
- Difficulté à respirer ou dyspnée (essoufflement)
- Tout autre trouble ou maladie respiratoire

Si «oui», donner des précisions à la section 13.3.

**l) Système nerveux**

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

- Autisme
- Paralyse cérébrale
- Syndrome de Down
- Retard du développement
- Épilepsie ou convulsion(s)
- Sclérose en plaques
- Commotion cérébrale
- Perte d'équilibre, perte de connaissance, perte de sensation ou perte de la parole
- Mal (maux) de tête violent(s) ou migraines
- Étourdissements
- Évanouissements
- Maladie de Parkinson
- Maladie de Huntington
- Tremblement
- Maladie d'Alzheimer
- Démence ou troubles cognitifs
- Sclérose latérale amyotrophique (SLA)
- Tout autre trouble ou maladie du cerveau ou du système nerveux

Si «oui», donner des précisions à la section 13.3.

**m) Yeux, oreilles, nez, gorge et bouche**

Avez-vous déjà été traité pour ce qui suit ou en avez-vous déjà présenté des symptômes (exclure les examens médicaux de routine qui n'ont pas nécessité de suivi, par exemple dans les cas suivants : amygdalectomie, adénoïdectomie, sinusite ou tout autre trouble exigeant le port de lunettes, de verres de contact ou de tubes dans les oreilles)? .....  Oui  Non

- Cécité
- Perte permanente ou temporaire de la vue d'un œil
- Glaucome
- Névrite optique
- Surdité
- Troubles de l'audition
- Labyrinthite
- Tout autre trouble ou maladie des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche

Si «oui», donner des précisions à la section 13.3.

**13.2 Consultations et examens médicaux**

a) Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens médicaux non mentionnés ailleurs dans la présente proposition? .....  Oui  Non

Par exemple, une électrocardiographie, une résonance magnétique (IRM), une échographie, une mammographie ou une analyse sanguine. (Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.)

b) Excepté pour les affections déjà déclarées, avez-vous été incapable d'accomplir, en raison d'une blessure ou d'une maladie, vos activités habituelles ou les tâches normales de votre profession pour une période de plus de 2 semaines? .....  Oui  Non

c) Excepté pour les affections déjà déclarées, au cours des 5 dernières années, avez-vous été admis dans un hôpital ou un autre établissement médical pour une durée de 24 heures ou plus? .....  Oui  Non  
(Exclure la fausse couche, la vasectomie, la ligature des trompes, l'appendicectomie, la cure de hernie, l'accouchement, la chirurgie esthétique et l'ablation de la vésicule biliaire.)

d) Excepté pour les affections déjà déclarées, un médecin ou autre professionnel de la santé vous a-t-il recommandé des tests, des examens ou des consultations qui n'ont pas encore été effectués, ou êtes-vous en attente de résultats de tests ou d'examens? .....  Oui  Non  
(Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.)

e) Excepté pour les affections déjà déclarées, vous a-t-on prescrit ou prenez-vous des médicaments sur ordonnance? .....  Oui  Non

f) Êtes-vous enceinte? .....  Oui  Non  
Si «oui», préciser le trimestre ainsi que le poids avant la grossesse :  
 1<sup>er</sup> trimestre (1 à 3 mois)  
 2<sup>e</sup> trimestre (4 à 6 mois)  
 3<sup>e</sup> trimestre (7 à 9 mois)      Votre poids avant la grossesse   kg  lb

g) Avez-vous des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un professionnel de la santé ou reçu un traitement? .....  Oui  Non  
Exclure les symptômes du rhume, de la grippe et des allergies saisonnières.  
Si «oui» à l'une des questions de a) à g), donner des précisions à la section 13.3.

**13 Antécédents médicaux personnels (suite)**

**13.3 Précisions**

Si «oui» pour l'une ou l'autre des affections en 13.1 g), i), k), l) ou m), ou «oui» à l'une des questions de 13.2, donner des précisions ci-dessous. Sous *Précisions sur l'affection*, indiquer la date du diagnostic, les noms et adresses des médecins concernés, les traitements suivis, les dates et durées des traitements et les résultats des traitements. Indiquer aussi les noms et adresses des hôpitaux et cliniques où vous avez suivi des traitements ou que vous avez consultés. **Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**

**Nota :** Au besoin, utiliser une autre feuille que la personne à assurer signera et datera.

Numéro de la question	Nom de l'affection	Précisions sur l'affection

**14 Enfant(s) à assurer en vertu d'une garantie Assurance temporaire d'enfant**

**Nota :** Remplir cette section uniquement si une garantie Assurance temporaire d'enfant (ATE) est demandée.

Dans la présente section, le mot *vous* désigne la personne à assurer.

La personne à assurer peut faire assurer ses enfants biologiques ou adoptés et les enfants de son conjoint en vertu d'une garantie Assurance temporaire d'enfant. Fournir les renseignements suivants pour **chacun** des enfants à assurer en vertu de cette garantie.

Enfant	Prénom	Nom	Lien avec la personne à assurer	Sexe	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
1			<input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du conjoint <input type="checkbox"/> Enfant adopté	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
2			<input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du conjoint <input type="checkbox"/> Enfant adopté	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
3			<input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du conjoint <input type="checkbox"/> Enfant adopté	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
4			<input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du conjoint <input type="checkbox"/> Enfant adopté	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
5			<input type="checkbox"/> Enfant biologique <input type="checkbox"/> Enfant du conjoint <input type="checkbox"/> Enfant adopté	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	

Les enfants mentionnés vivent-ils tous avec vous?     Oui     Non

Si «non», fournir les renseignements demandés ci-dessous.

Enfant 1	Prénom de la personne avec qui l'enfant vit	Nom		Lien avec l'enfant	
	Adresse du domicile (numéro et rue)	Appartement ou bureau	Ville	Province	Code postal
Enfant 2	Prénom de la personne avec qui l'enfant vit	Nom		Lien avec l'enfant	
	Adresse du domicile (numéro et rue)	Appartement ou bureau	Ville	Province	Code postal
Enfant 3	Prénom de la personne avec qui l'enfant vit	Nom		Lien avec l'enfant	
	Adresse du domicile (numéro et rue)	Appartement ou bureau	Ville	Province	Code postal
Enfant 4	Prénom de la personne avec qui l'enfant vit	Nom		Lien avec l'enfant	
	Adresse du domicile (numéro et rue)	Appartement ou bureau	Ville	Province	Code postal
Enfant 5	Prénom de la personne avec qui l'enfant vit	Nom		Lien avec l'enfant	
	Adresse du domicile (numéro et rue)	Appartement ou bureau	Ville	Province	Code postal

Connaissez-vous tous les antécédents médicaux de chaque enfant? .....  Oui     Non

Si «non», la personne qui connaît le mieux les antécédents médicaux des enfants est-elle présente? .....  Oui     Non



**14** **Enfant(s) à assurer en vertu d'une garantie Assurance temporaire d'enfant (suite)**

**Nota :** Si la personne qui connaît le mieux les antécédents médicaux des enfants n'est pas présente, vous ne pouvez pas souscrire cette garantie pour le moment.

Si la personne qui connaît le mieux les antécédents médicaux des enfants est **présente**, fournir le nom de cette dernière et le lien qu'elle a avec les enfants.

Nom de la personne qui répond aux questions	Lien avec l'enfant ou les enfants
---	-----------------------------------

Une proposition d'assurance sur la tête d'un des enfants a-t-elle **déjà** été refusée, modifiée ou fait l'objet d'une surprime? ...  Oui  Non

1. Un des enfants a-t-il **déjà** été traité pour ce qui suit ou en a-t-il **déjà** présenté des symptômes :
- a) souffle cardiaque ou autre maladie ou trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins .....  Oui  Non
  - b) cancer, leucémie ou toute autre masse anormale ou tumeur maligne .....  Oui  Non
  - c) diabète ou autre maladie ou trouble de la glande thyroïde ou du système endocrinien .....  Oui  Non
  - d) hémophilie, trouble de la coagulation ou autre maladie ou trouble du sang .....  Oui  Non
  - e) maladie de Crohn, colite ulcéreuse, hépatite ou autre maladie ou trouble de l'intestin, de l'estomac ou du foie ...  Oui  Non
  - f) asthme, fibrose kystique, tuberculose ou autre maladie ou trouble respiratoire .....  Oui  Non
  - g) dépression, anxiété, trouble déficitaire de l'attention ou autre maladie ou trouble d'ordre psychologique, affectif ou nerveux .....  Oui  Non
  - h) maladie ou trouble des reins ou du système urinaire .....  Oui  Non
  - i) dystrophie musculaire, sclérose en plaques ou autre maladie ou trouble neurologique .....  Oui  Non
  - j) syndrome de Down, retard du développement, autisme, paralysie cérébrale ou autre maladie ou trouble d'ordre congénital .....  Oui  Non
  - k) épilepsie, convulsion ou autre maladie ou trouble du cerveau .....  Oui  Non
2. Un des enfants a-t-il **déjà** subi un test de dépistage du VIH (sida)? .....  Oui  Non
3. Un des enfants a-t-il souffert d'une maladie ou d'un problème de santé qui n'a pas déjà été mentionné, et pour lequel il a dû ou doit subir des examens, suivre un traitement ou être en observation? (**Exclure les examens médicaux de routine qui n'ont pas nécessité de suivi, par exemple dans les cas suivants : rhume, grippe, amygdalectomie, adénoïdectomie, appendicectomie, cure de hernie et tubes dans les oreilles. Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**) .....  Oui  Non

Si «oui» à l'une des questions de 1 à 3, donner des précisions ci-dessous.

	Questions	Précisions
Enfant 1		
Enfant 2		
Enfant 3		
Enfant 4		
Enfant 5		



## 15 Autorisation de divulguer de l'information à votre conseiller

Dans la présente section, le mot *vous* désigne la personne 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 modifions votre contrat existant (y compris la réévaluation d'une surprime), tel que demandé
  - (b) date à laquelle nous remettons en vigueur le contrat tombé en déchéance indiqué dans la présente proposition, ou
  - (c) date à laquelle nous vous envoyons par la poste un avis vous informant que nous avons refusé votre proposition.

La personne à assurer consent-elle à la divulgation de renseignements la concernant?  Oui  Non

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

## 16 Paiements

Nota :

- Nous n'acceptons aucun paiement comptant.
- Remplir cette section si le ou les paiements doivent être prélevés sur le compte bancaire du payeur.
- Joindre à cette proposition un chèque portant la mention «nul».

### Renseignements bancaires

Fournir les renseignements suivants :

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 de compte	



## 18 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).

### 18.1 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Propriétaire proposant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Propriétaire proposant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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
--------------------	------------------------

### 18.2 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 18.1 :

- 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 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
-----------------------	-------------------	------------------------------

## 19 Déclaration et autorisation

**Déclaration et autorisation :** En signant ci-dessous, 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.

En signant ci-dessous, les propriétaires proposant et les personnes à assurer (si les propriétaires proposant ne sont pas les personnes à assurer) confirment avoir reçu et lu la Déclaration de la Sun Life en matière de protection des renseignements personnels pour le Canada (qui se trouve dans la section Renseignements importants) et qu'ils en acceptent les modalités.

**Déclaration :** En signant ci-dessous, les propriétaires proposant, les personnes à assurer et les payeurs du prélèvement bancaire (PB) reconnaissent, déclarent et 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 Sun Life en matière de protection des renseignements personnels pour le Canada (qui se trouve dans la section Renseignements importants);
- qu'ils acceptent que leurs renseignements personnels peuvent être communiqués à nos partenaires de distribution comme les agences générales principaux ou comptes nationaux, les intermédiaires de marché et leurs employés et mandataires pour les besoins indiqués dans la Déclaration de la Sun Life en matière de protection des renseignements personnels pour le Canada;
- qu'ils ont lu la section sur la reconnaissance de variabilité et qu'ils en acceptent les modalités (s'il y a lieu);
- 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](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 confirment :
  - être conscients que les modifications apportées aux contrats établis avant 2017 pourraient entraîner la perte des droits acquis et ainsi avoir des répercussions fiscales non souhaitables; et
  - avoir eu l'occasion d'en discuter avec leurs conseillers en services financiers, juridiques ou fiscaux, et comprendre les incidences fiscales que des modifications de contrat pourraient entraîner;
- 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 acceptent les modalités de l'autorisation de PB exposées à la section 16.

En signant ci-dessous, la personne à assurer confirme que les renseignements décrits à la section 15 peuvent être communiqués à son conseiller, si elle répond «oui» dans cette section.

**19 Déclaration et autorisation (suite)**

**Autorisation des personnes à assurer :** En signant ci-dessous, les personnes à assurer (ou, si une des personnes à assurer est âgée de moins de 16 ans [18 ans au Québec], son père, sa mère ou son tuteur légal) 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 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;
- la Sun life à fournir la décision de tarification prise pour cette demande d'assurance à votre médecin de famille, à un professionnel de la santé ou à tout autre médecin que vous nommerez;
- les examens médicaux, électrocardiographies, profils sanguins et tests de dépistage du VIH (sida) et de l'hépatite que peut nécessiter la tarification de cette 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 ou, si âgée de moins de 16 ans [18 ans au Québec], signature du père, de la mère ou du tuteur) 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.

## 20 Compte rendu du conseiller

Dans la présente section, le mot *vous* désigne le conseiller qui vend le contrat.

Veuillez joindre votre carte de visite.

### Personne à assurer

Avez-vous rencontré la personne à assurer?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si «non», donner des précisions.	Depuis quand la connaissez-vous?
--	--	----------------------------------	----------------------------------

But de l'assurance :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rachat d'actions       | <input type="checkbox"/> Convention d'achat et de vente         | <input type="checkbox"/> Protection contre les créanciers                    |
| <input type="checkbox"/> Remplacement du revenu | <input type="checkbox"/> Assurance d'un collaborateur essentiel | <input type="checkbox"/> Règlement des impôts ou de la succession            |
| <input type="checkbox"/> Concept                | <input type="checkbox"/> Rémunération différée                  | <input type="checkbox"/> Autres raisons (Préciser dans l'espace ci-dessous.) |

Indiquez les exigences de tarification pour lesquelles vous avez pris des dispositions et/ou que vous soumettrez. (Sélectionnez tout ce qui s'applique.)

<b>Personne à assurer</b> – Indiquez les preuves supplémentaires soumises :
<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> Signes vitaux <input type="checkbox"/> Profil sanguin <input type="checkbox"/> Autre (préciser)
Indiquez le nom de la compagnie d'assurance auprès de qui nous devons obtenir les preuves médicales
Indiquez le nom du fournisseur de service auprès de qui vous avez demandé les preuves médicales
Autres observations ou directives spéciales

### Situation financière de l'entreprise de la personne à assurer

Si l'assurance doit répondre aux besoins d'une entreprise, fournir des renseignements sur la situation financière de l'entreprise.

Part de l'entreprise que possède la personne à assurer	%	Une proposition est-elle présentée pour les autres associés ou propriétaires? Si «oui», donner des précisions pour chaque associé.		
		<input type="checkbox"/> Oui : montant de l'assurance	\$	
Valeur nette de l'entreprise	\$	<input type="checkbox"/> Non : préciser		
Juste valeur marchande de l'entreprise	\$	Bénéfice net, après impôts, de l'entreprise	Dernier exercice	Exercice précédent
			\$	\$

### Renseignements sur le conseiller

Nota : La part minimale est de 10 %.

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

Prénom du conseiller principal assurant le service qui partage la commission	Nom	Code	Part	Bureau
			%	
Prénom du conseiller qui partage la commission	Nom	Code	Part	Bureau
			%	

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




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

Sachant que la 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 en signant ci-dessous que :

- tous les renseignements sur l'identité donnés dans la présente proposition correspondent à l'original des pièces d'identité qui m'ont été présentées;
- des démarches raisonnables ont été effectuées pour déterminer si un des propriétaires proposant agit au nom d'un tiers;
- la méthode à processus double pour la vérification de l'identité n'est pas la méthode préférée. Si je l'ai utilisée dans la présente proposition, c'est uniquement parce que le propriétaire proposant/propriétaire unique d'entreprise n'a pas la pièce d'identité avec photo requise. Je me suis assuré que les 2 documents consultés sont les pièces originales, dont la source est fiable et indépendante;
- 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 tout 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 où cette page de signature a été signée.

Si 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 de la ou des personnes à assurer et/ou du 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 21), je soussigné, le conseiller, confirme également que :

- j'ai passé en revue les renseignements fournis dans la présente proposition avec chaque propriétaire proposant/propriétaire unique d'entreprise, personne à assurer et payeur du PB;
- à ma connaissance, tous les renseignements que contient la présente proposition sont complets et véridiques et ils m'ont été fournis par le client lors d'une rencontre en personne (à moins que le formulaire 4355 n'ait été rempli);
- j'ai vu chaque personne signer la présente proposition.

Si vous avez des motifs raisonnables de soupçonner qu'il y a participation d'un tiers, d'une PPE ou d'un DOI non divulgué(e) en ce qui concerne la présente proposition, veuillez envoyer des précisions par courriel à [blanchiment.de.fonds@sunlife.com](mailto:blanchiment.de.fonds@sunlife.com).

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

**21 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 (sauf la section 7)?  Oui  Non

En signant ci-dessous, je soussigné, l'adjoint administratif titulaire de permis, confirme que :

- j'ai passé en revue les renseignements fournis dans la présente proposition avec chaque propriétaire proposant/propriétaire unique d'entreprise, personne à assurer et payeur du PB;
- à ma connaissance, tous les renseignements que contient la présente proposition sont complets et véridiques et ils m'ont été fournis par le client lors d'une rencontre en personne (à moins que le formulaire 4355 n'ait été rempli);
- 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

# Note de couverture



**(N'est pas offerte pour les remises en vigueur ou les réévaluations de surprime.)**

Numéro du contrat

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

Nota :

- Lisez les explications ci-dessous pour bien comprendre le fonctionnement de la note de couverture.
- Si le montant total de toutes les propositions d'assurance-vie à l'étude dépasse 3 000 000 \$, vous n'êtes pas admissible à une couverture d'assurance temporaire. Si vous nous remettez un paiement pour cette assurance temporaire, nous le refuserons.

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 19 de la proposition :

- a) s'il a été répondu «*non*» aux questions liées à la note de couverture que contient la proposition
- b) si les réponses données à toutes les questions que contient la proposition sont complètes et véridiques, et
- c) si un paiement d'au moins un douzième de la prime annuelle payable à l'égard de votre contrat de base et à l'égard de toute garantie complémentaire était joint à 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 :

- a) au moment de l'entrée en vigueur de l'assurance demandée
- b) la date où nous refusons la proposition d'assurance; nous vous enverrons alors un avis de refus à l'adresse que vous avez indiquée dans la proposition
- c) le 90<sup>e</sup> jour après la date de signature de la proposition d'assurance
- d) la date où le propriétaire proposant nous demande d'annuler la proposition
- e) la date où le propriétaire proposant refuse notre offre d'assurance, ou
- f) le 30<sup>e</sup> jour suivant la date de la signature de la proposition d'assurance, si nous n'avons pas reçu les renseignements relatifs à la vérification de l'identité et à la détermination de tiers pour cette proposition.

Si l'assurance temporaire prend fin pour la raison b), c), d), e) ou f), 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 la proposition a été remplie. 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 type d'assurance que vous avez demandé.

## Réduction du capital-décès ou de l'assurance

Si, dans cette proposition, vous nous avez demandé de mettre fin à un contrat en vigueur de la Sun Life et si une personne à assurer décède ou est atteinte d'une maladie grave couverte pendant que nous évaluons la proposition :

- a) nous verserons le capital-décès ou la prestation d'assurance maladies graves prévu(e) par le contrat d'assurance que vous nous avez demandé de résilier, et
- b) nous réduirons le montant prévu par la note de couverture en soustrayant le montant payable aux termes du contrat que vous nous avez demandé de résilier.

## 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 cette 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 cette proposition et dans toute autre proposition d'assurance-vie que la compagnie est en train d'étudier.

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

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 une personne à assurer ou un propriétaire proposant 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 :**

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

Si la personne à assurer est âgée de 17 ans ou moins, le montant total qui est payable en vertu de la présente note de couverture est égal au moindre des deux montants suivants : 250 000 \$ ou le montant total d'assurance maladies graves demandé dans cette proposition et dans toute autre proposition d'assurance maladies graves que la compagnie est en train d'étudier.

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 cette proposition et dans toute autre proposition d'assurance maladies graves que la compagnie est en train d'étudier.

### 2. 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 demandé dans la proposition. Nous ne verserons aucune prestation pour des maladies ou états pathologiques qui ne sont pas spécifiquement mentionnés dans ce 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. Véhicule s'entend de tout appareil de transport terrestre, aérien ou maritime qui peut être mis 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 propriétaire 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.

### Placement des fonds dans les contrats d'assurance-vie universelle

Toute somme remise avec la proposition sera investie dans les options de compte de placement choisies, sous réserve des minimums applicables, à la date où toutes les exigences fixées seront remplies à notre satisfaction.

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

**Reçu** – Reçu de :

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

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

# Renseignements importants



Numéro du contrat

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

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

### Protection des renseignements personnels

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

La 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 gestion de patrimoine et de l'assurance. La 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 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).