

Demande de remise en vigueur – Assurance de soins de longue durée Clarica ou Sun Life

Instructions :

Numéro du contrat

- Si le contrat est en déchéance depuis **62 à 90 jours**, remplir le formulaire en entier.
- Si le contrat est en déchéance depuis **91 jours à 2 ans**, remplir :
 - ce formulaire en entier, et
 - le formulaire Renseignements médicaux et questionnaire sur les capacités fonctionnelles pour l'assurance de soins de longue durée (F223).

Dans le présent formulaire, les mots *je* et *vous* désignent, selon le contexte, la personne à assurer ou le proposant, ou les deux. Les mots *nous* ou *la compagnie* désignent la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

1 Renseignements généraux

Prénom de la personne à assurer	Nom
Prénom du proposant s'il n'est pas la personne à assurer	Nom

2 Admissibilité générale

Nota :

- Dans la présente section, le mot *vous* désigne la personne à assurer.
- La personne à assurer doit remplir la section 2.
- Elle doit également signer la section 6.

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

1. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous eu recours à l'aide ou à la surveillance d'une autre personne, ou en avez-vous eu besoin, pour vous laver, vous habiller, vous servir des toilettes, vous déplacer (comme vous coucher ou vous lever du lit, vous asseoir ou vous lever d'une chaise), pour la continence ou pour vous nourrir? Oui Non
2. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous eu recours à l'aide ou à la surveillance d'une autre personne, ou en avez-vous eu besoin, pour **plus d'une** des activités suivantes : vous servir du téléphone, gérer vos finances, utiliser les moyens de transport, faire les courses, la lessive ou le ménage, préparer les repas ou cuisiner ou prendre des médicaments? Oui Non
3. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous utilisé des appareils médicaux ou de l'équipement médical pour usage thérapeutique tels qu'un nébuliseur (masque) pour usage chronique, un appareil pour la dialyse, une sonde d'alimentation, un lit d'hôpital, un soulève-personne, une voiturette motorisée, une canne à plusieurs pieds, un appareil à oxygène, un masque respiratoire, un monte-escalier, un déambulateur ou un fauteuil roulant? Oui Non
4. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous reçu un revenu pour invalidité (par exemple, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou d'une autre commission des accidents du travail, du Régime de rentes du Québec (RRQ) ou du Régime de pensions du Canada (RPC), d'une assurance pour invalidité de courte ou de longue durée) en raison d'une maladie ou blessure pour une période de **plus de 2 semaines**? Oui Non
5. Au cours des **2 dernières années**, avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé? Oui Non
6. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous pris des médicaments d'ordonnance ou des médicaments en vente libre? Oui Non
7. 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 ou d'une modification quelconque? Oui Non

LTCREINF



3 Précisions

Fournir des précisions sur toute réponse **affirmative** dans la section 2.

Numéro de la question	Date (mm-aaaa)	Donner le diagnostic, le traitement et la durée du problème en question, s'il y a lieu. Indiquer aussi le nom et l'adresse de chaque médecin qui a examiné ou traité la personne et de chaque établissement ou hôpital où elle a été soignée.

4 Paiements en souffrance

Nota : Tout paiement en souffrance doit être perçu avant de procéder à la remise en vigueur du contrat.

Paiement remis avec la demande \$ **Nota :** Nous n'acceptons aucun paiement comptant.

Ce contrat sera-t-il remis en vigueur avec un PB? Oui Non Si «oui», remplir la section 5.

Nota : Si la somme remise avec la demande (proposition) ne suffit pas à régler les paiements en souffrance, nous effectuerons un prélèvement spécial pour couvrir la différence.

5 Prélèvement bancaire (PB)

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

Tous les payeurs du prélèvement bancaire acceptent ce qui suit :

- La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la compagnie) peut effectuer en tout temps les prélèvements réguliers récurrents ou effectuer de temps à autre des prélèvements uniques sur leur compte bancaire indiqué dans la présente proposition d'assurance.
- Tous les prélèvements par prélèvement bancaire seront traités comme des prélèvements personnels aux termes des règles de Paiements Canada. (Cela signifie qu'ils disposent de 90 jours civils à compter de la date du traitement d'un prélèvement pour demander le remboursement de tout prélèvement non autorisé.)
- Le montant du prélèvement est variable aux termes des règles de Paiements Canada.
- Les avis qui doivent leur être envoyés en vertu de la présente convention le seront à l'adresse du proposant/propriétaire du contrat la plus récente qui est consignée au dossier de la compagnie au moment de l'envoi d'un avis.
- La compagnie peut facturer des frais si un prélèvement n'est pas honoré et mettre fin à l'arrangement de PB.
- Toutes les personnes dont la signature est requise pour le compte bancaire indiqué ci-dessous ont signé la section 7 à titre de payeur du PB.
- La compagnie ne peut céder la présente autorisation à une autre compagnie ou personne pour lui permettre d'effectuer ces prélèvements sur le compte des payeurs du PB (par exemple advenant un changement de contrôle de la compagnie) sans donner un préavis écrit d'au moins 10 jours.
- Ils renoncent à l'exigence voulant que la compagnie les avise de :
 - cette autorisation avant le traitement du premier prélèvement;
 - de tout prélèvement subséquent, et
 - des changements du montant ou de la date des prélèvements demandés par eux ou par la compagnie.

a) Établir un nouveau PB (Remplir c) et d). Les prélèvements réguliers commenceront un mois après la date de la signature de la proposition, à moins de directives contraires en c).)

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

c) La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie prélèvera tous les mois sur le compte bancaire indiqué sur le spécimen de chèque ci-joint, ou sur un autre compte désigné, les fonds nécessaires pour régler tous les paiements de ce contrat, y compris les paiements en souffrance si vous avez choisi qu'ils soient réglés au moyen d'un prélèvement bancaire.

Toutes les personnes dont la signature est requise pour ce compte doivent signer l'autorisation à la page 6. Pour les comptes conjoints qui requièrent plus d'une signature pour les retraits de fonds, tous les titulaires du compte doivent signer l'autorisation à la page 6.

Nous prélèverons immédiatement les paiements en souffrance.

Les prélèvements réguliers commenceront un mois après la date de signature de la proposition ou le _____ (jj-mm-aaaa).

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

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

5 Prélèvement bancaire (PB) (suite)

Il est possible de nous joindre en tout temps à :

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

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

Prénom du titulaire du compte bancaire		Nom	
Prénom du titulaire du compte bancaire		Nom	
Nom de l'établissement financier			
Adresse de l'établissement financier (numéro et rue)			
Ville		Province	Code postal
Numéro de succursale		Numéro de compte	

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

6.1 Autorisation de la personne à assurer et/ou du proposant

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

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

Personne à assurer Proposant

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

Personne à assurer : Oui Non Proposant : Oui Non

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

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

Personne à assurer : Oui Non Proposant : Oui Non

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

4. Nom de la personne ayant fourni la traduction :

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

5. Lien avec la personne à assurer :

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

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

Personne à assurer		Proposant	
--------------------	--	-----------	--

6.2 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 proposant susmentionnés à la sous-section 6.1

- vous avez traduit fidèlement et avec exactitude la présente proposition ainsi que les réponses qui vous ont été fournies;
- vous lui/leur avez lu entièrement la présente proposition et vous avez consigné les réponses qui vous ont été fournies;
- vous lui/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 18 ans ou plus.

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

7 Déclaration et autorisation

Attestation et convention : Le proposant confirme avoir reçu et lu les renseignements suivants et qu'il en accepte les modalités :

- le dépliant intitulé «Un dialogue clair – Votre relation avec la Financière Sun Life» (si c'est un conseiller de la Financière Sun Life qui a rempli cette proposition avec vous); ou
- le dépliant intitulé «Les soins de longue durée... un sujet qui nous tient à coeur – Notre relation avec vous» (si c'est un spécialiste en ASLD de la Financière Sun Life qui a rempli cette proposition avec vous).

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

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

- qu'ils étaient présents quand a été remplie la partie qui les concerne de la proposition présentée à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la compagnie);
- qu'ils ont revu toutes leurs réponses et déclarations consignées dans la présente proposition;
- que tous les renseignements qui ont été fournis relativement à cette proposition sont complets et véridiques et que ces derniers ont été fournis par eux-mêmes au conseiller (ou à une autre personne autorisée par la compagnie) aux fins de la tarification, de la gestion de l'assurance ou d'un règlement d'assurance;
- qu'ils comprennent que si leurs réponses à toutes les questions ne sont pas véridiques et complètes (s'ils font de fausses déclarations), la compagnie peut annuler le contrat;
- qu'ils acceptent que les renseignements personnels, médicaux et financiers les concernant peuvent être communiqués à d'autres personnes selon les modalités prévues dans la déclaration de la Financière Sun Life en matière de protection des renseignements personnels pour le Canada;
- qu'ils sont satisfaits de la quantité d'information qu'ils ont reçue sur le produit avant d'avoir signé cette proposition et qu'ils sont conscients qu'ils peuvent obtenir plus d'information à la section «Produits et services» du site Web www.sunlife.ca ou en appelant notre centre de service à la clientèle au numéro sans frais 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433); et
- que les payeurs du PB, en signant ci-dessous, acceptent les modalités de l'autorisation de PB exposées à la section 5.

Autorisation de la personne à assurer : La personne à assurer autorise :

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

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

8 Déclaration du conseiller/spécialiste en ASLD (À remplir pour toutes les propositions.)

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

1. Numéro du conseiller/spécialiste en ASLD qui a vendu le contrat	Numéro du centre financier	Numéro du conseiller qui a fait la recommandation	Numéro du centre financier
--	----------------------------	---	----------------------------

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

Oui Non

Si «oui», donner les précisions suivantes :

Numéro du conseiller qui partage la commission	Numéro du centre financier	Part	%	Numéro du conseiller principal assurant le service
--	----------------------------	------	---	--

2. Si vous détenez des renseignements supplémentaires qui pourraient influencer sur l'évaluation du risque, veuillez donner des précisions.

Déclaration du conseiller/spécialiste en ASLD :

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

- j'ai passé en revue avec chaque proposant, personne à assurer et payeur du PB tous les renseignements les concernant dans cette proposition, et je déclare qu'à ma connaissance, ces renseignements sont véridiques et complets et que la proposition comporte tous les éléments pertinents à l'assurance demandée;
- je leur ai remis un exemplaire du dépliant intitulé «Un dialogue clair – Votre relation avec la Financière Sun Life» et en ai discuté avec eux (si c'est un conseiller de la Financière Sun Life qui a rempli cette proposition avec eux);
- je leur ai remis un exemplaire du dépliant intitulé «Les soins de longue durée... un sujet qui nous tient à cœur – Notre relation avec vous» et en ai discuté avec eux (si c'est un spécialiste en ASLD de la Financière Sun Life qui a rempli cette proposition avec eux);
- 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; et
- je confirme avoir vu chaque personne signer le présent formulaire.

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

Date (jj-mm-aaaa)	Signature du conseiller/spécialiste en ASLD X	Numéro du conseiller/spécialiste en ASLD
Date (jj-mm-aaaa)	Signature du superviseur X	

Renseignements importants

Numéro du contrat

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

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

Protection des renseignements personnels

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

Accès aux renseignements vous concernant

Nous pouvons, de même que nos réassureurs, transmettre un rapport sommaire sur les résultats de nos vérifications au MIB, Inc. (MIB), organisme à but non lucratif, composé de sociétés d'assurances de personnes, qui permet l'échange de renseignements médicaux entre les sociétés membres. Si la personne désignée dans la proposition présente aussi une proposition d'assurance ou une demande de règlement à une autre société membre du MIB, le MIB fournira, sur demande, à la société d'assurance les renseignements qui figurent dans ses dossiers.

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

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

MIB, Inc.

Bureau 501

330, avenue University

Toronto (Ontario) M5G 1R7

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

La Financière Sun Life

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

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

ADMINIF

