

Assurance-santé personnelle – Ajout d'un membre de la famille

| | | | |
|--------------------------|-------------------------|----------------|--|
| Contrat 037000 | Numéro d'identification | | |
| Prénom du propriétaire | | Nom de famille | |

A Renseignements sur le contrat

Choix protection-santé (CPS) – Remplir uniquement les sections **A**, **B** et **D**.

- Ajouter mon conjoint et/ou mon enfant. Je sais que mon conjoint/mon enfant doit satisfaire aux critères d'admissibilité. Ils étaient couverts par une assurance collective au cours des 60 derniers jours.
- Ajouter mon enfant qui est né ou a été adopté au cours des 30 derniers jours.

Nom du fournisseur de garanties collectives : Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
 Autre

| | | | |
|-----------------------------|----------------------|--|--------------------------|
| Numéro du contrat collectif | Numéro du certificat | Date de fin de la couverture au titre des garanties collectives (jj-mm-aaaa) | |
| Nom de l'employeur | | | Téléphone de l'employeur |

Indiquer la couverture dont bénéficiaient le ou les membres de votre famille au titre de ce contrat :

- soins dentaires soins de santé complémentaires (y compris traitements d'un physiothérapeute, d'un chiropraticien, etc.) médicaments d'ordonnance
- autre

Nota : La ou les personnes à charge seront ajoutées à la prochaine période de couverture, si la proposition est acceptée.

Assurance-santé personnelle (ASP) – Remplir toutes les sections du formulaire.

- Ajouter mon conjoint et/ou mon enfant.
- Ajouter mon enfant qui est né ou a été adopté au cours des 30 derniers jours

Nota : La ou les personnes à charge seront ajoutées à la prochaine période de couverture, si la proposition est acceptée.

B Membres de la famille à ajouter

Au besoin, utilisez une feuille distincte. Toutes les feuilles additionnelles doivent être signées et datées par le propriétaire et chaque personne à assurer. Si une des personnes à assurer a moins de 16 ans (18 ans au Québec), la signature de son père, de sa mère ou de son tuteur légal est requise.

Conjoint/Partenaire

| | | | | |
|--|--------------------------------|---|---|--|
| Prénom | | Nom de famille | | |
| Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | Date de naissance (jj-mm-aaaa) | Taille <input type="checkbox"/> pi et po <input type="checkbox"/> m et cm | Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg | |
| Si vous ne résidez pas au Québec : Êtes-vous couvert par un régime provincial d'assurance-maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Avez-vous perdu 10 lb (4,5 kg) ou plus au cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, donner la raison : | | |
| Si vous résidez au Québec, remplir la section 6 Résidents du Québec seulement : Confirmation de couverture fournie par un régime de garanties collectives ou la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) | | | | |

PHIDEPAF



B Membres de la famille à ajouter (suite)**Enfant 1**

| | | | | |
|--|--------------------------------|---|---|--|
| Prénom | | Nom de famille | | |
| Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | Date de naissance (jj-mm-aaaa) | Taille <input type="checkbox"/> pi et po <input type="checkbox"/> m et cm | Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg | |
| Si vous ne résidez pas au Québec : Êtes-vous couvert par un régime provincial d'assurance-maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Avez-vous perdu 10 lb (4,5 kg) ou plus au cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, donner la raison : | | Étudiant à temps plein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si vous résidez au Québec, remplir la section 6 Résidents du Québec seulement : Confirmation de couverture fournie par un régime de garanties collectives ou la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) | | | | |

Enfant 2

| | | | | |
|--|--------------------------------|---|---|--|
| Prénom | | Nom de famille | | |
| Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | Date de naissance (jj-mm-aaaa) | Taille <input type="checkbox"/> pi et po <input type="checkbox"/> m et cm | Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg | |
| Si vous ne résidez pas au Québec : Êtes-vous couvert par un régime provincial d'assurance-maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Avez-vous perdu 10 lb (4,5 kg) ou plus au cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, donner la raison : | | Étudiant à temps plein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si vous résidez au Québec, remplir la section 6 Résidents du Québec seulement : Confirmation de couverture fournie par un régime de garanties collectives ou la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) | | | | |

Enfant 3

| | | | | |
|--|--------------------------------|---|---|--|
| Prénom | | Nom de famille | | |
| Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | Date de naissance (jj-mm-aaaa) | Taille <input type="checkbox"/> pi et po <input type="checkbox"/> m et cm | Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg | |
| Si vous ne résidez pas au Québec : Êtes-vous couvert par un régime provincial d'assurance-maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Avez-vous perdu 10 lb (4,5 kg) ou plus au cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, donner la raison : | | Étudiant à temps plein? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si vous résidez au Québec, remplir la section 6 Résidents du Québec seulement : Confirmation de couverture fournie par un régime de garanties collectives ou la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) | | | | |

C Renseignements personnels**Renseignements généraux**

Une proposition d'assurance-vie, d'assurance maladies graves, d'assurance de soins de longue durée, d'assurance-invalidité, d'assurance-médicaments, d'assurance dentaire ou d'assurance-santé a-t-elle déjà été refusée, modifiée ou fait l'objet d'une surprime?

Conjoint/Partenaire Oui Non Enfant 1 Oui Non Enfant 2 Oui Non

Enfant 3 Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez donner les précisions suivantes :

| Nom du membre de la famille | Décision | Détails (genre d'assurance, nom de la compagnie, date de la demande d'assurance, raison de la surprime, du refus ou de la modification) |
|-----------------------------|--|---|
| | <input type="checkbox"/> refus <input type="checkbox"/> surprime <input type="checkbox"/> modification | |
| | <input type="checkbox"/> refus <input type="checkbox"/> surprime <input type="checkbox"/> modification | |
| | <input type="checkbox"/> refus <input type="checkbox"/> surprime <input type="checkbox"/> modification | |

C Renseignements personnels (suite)

Nom et adresse de la clinique ou du médecin habituels (s'il y en a plusieurs, indiquer séparément le ou les médecins ou la ou les cliniques pour chaque personne)

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

| | Conjoint/Partenaire | Enfant(s) | Enfant(s) |
|--|---|---|---|
| 1. Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé ou suivi un traitement pour les problèmes de santé suivants ou en avez-vous déjà présenté quelque symptôme? | | | |
| a) crise cardiaque, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé ou autre maladie ou trouble du coeur ou de la circulation | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| b) cancer, tumeur ou autre masse anormale ou tumeur maligne | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| c) diabète, hyperglycémie, hyperthyroïdie, hypothyroïdie ou autre maladie ou trouble de la glande thyroïde, du système endocrinien ou des reins | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| d) reflux acide, syndrome du côlon irritable, colite, maladie de Crohn, hépatite, cirrhose ou autre maladie ou trouble de l'estomac, de l'intestin, du pancréas ou du foie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| e) asthme, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), apnée du sommeil, allergies ou autre maladie ou trouble respiratoire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| f) dépression, anxiété, trouble déficitaire de l'attention (TDA), trouble de l'alimentation, autisme, épilepsie, sclérose en plaques, migraines, maladie d'Alzheimer, démence ou tout autre trouble ou maladie d'ordre psychologique, affectif ou nerveux | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| g) acné, rosacée, eczéma, psoriasis, lupus, sclérodermie ou autre maladie ou trouble de la peau ou du tissu conjonctif | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| h) arthrite, fibromyalgie, ostéoporose, paralysie, douleur chronique ou persistante ou tout autre trouble ou toute autre maladie du dos, des articulations ou musculosquelettique | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| i) cécité, glaucome, perte de la vue, surdité, troubles de l'audition ou autre maladie ou trouble des yeux ou des oreilles | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| j) abus d'alcool ou de drogue | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé ou suivi un traitement pour les problèmes de santé suivants ou en avez-vous déjà présenté quelque symptôme : SIDA, séropositivité au VIH ou trouble immunitaire? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Au cours des 5 dernières années , avez-vous reçu un revenu pour invalidité, ou une maladie ou une blessure vous a-t-elle empêché d'accomplir vos tâches habituelles ou celles de votre emploi pour une période de plus de 2 semaines? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. À part pour les affections qui ont déjà été déclarées, au cours des 2 dernières années , avez-vous été traité par un professionnel de la santé, y compris un naturopathe, un physiothérapeute, un massothérapeute, un chiropraticien, un psychologue, un orthophoniste ou un podiatre? Dans l'affirmative, indiquez le genre et la raison du traitement. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Au cours des 2 dernières années , avez-vous consulté un médecin ou été hospitalisé ou vous a-t-on recommandé un traitement ou prescrit des médicaments. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

C Renseignements personnels (suite)

6. Faites-vous actuellement usage ou prévoyez-vous faire usage, dans les 3 prochains mois, d'un médicament d'ordonnance, d'un appareil médical ou d'instruments de test médicaux? Oui Non
7. Un professionnel de la santé vous a-t-il recommandé des tests, un traitement, des examens, une intervention chirurgicale, une hospitalisation ou des consultations qui n'ont pas encore été effectués, ou êtes-vous en attente de résultats de tests ou d'examens? Oui Non
8. Avez-vous actuellement des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un professionnel de la santé? Oui Non

Si vous avez répondu «oui» à l'une des questions précédentes, veuillez donner des précisions ci-dessous, notamment les dates, les traitements et les médicaments.

Au besoin, utilisez une feuille distincte. Toutes les feuilles additionnelles doivent être signées et datées par le propriétaire et chaque personne à assurer. Si une des personnes à assurer a moins de 16 ans (18 ans au Québec), la signature de son père, de sa mère ou de son tuteur légal est requise.

| Numéro de la question | Nom du membre de la famille | Quel était le diagnostic? | Date d'apparition des symptômes ou du problème (jj-mm-aaaa) | Date de disparition des symptômes ou du problème (jj-mm-aaaa) | Date du dernier traitement ou service (jj-mm-aaaa) | Genre de traitement donné (inclure nom et posologie des médicaments) et nom du médecin |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------------|---|---|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

D Résidents du Québec seulement : Confirmation de couverture fournie par un régime de garanties collectives ou la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Les résidents du Québec doivent être couverts par l'assurance maladie de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour pouvoir souscrire un contrat ASP (Assurance-santé personnelle) ou CPS (Choix protection-santé). Pour être admissibles à l'un ou l'autre de ces deux contrats, ils doivent également être couverts pour les médicaments par le régime collectif d'un employeur ou celui d'un ordre ou d'une association en leur qualité de membres, sinon, par le régime de la RAMQ et ils doivent conserver cette couverture. Une personne qui n'est pas couverte par un régime de garanties collectives ou par le régime de la RAMQ n'est pas admissible à la couverture aux termes de ce contrat. Les demandes de règlement de frais de médicaments d'ordonnance doivent être présentées d'abord à votre fournisseur de garanties collectives ou à la RAMQ. Toute portion restante non couverte qui est remboursable au titre du contrat peut alors être présentée à la Financière Sun Life.

Sélectionner la réponse appropriée :

Je confirme que moi-même et, le cas échéant, mon conjoint/les personnes à ma charge, avons l'assurance médicaments de la RAMQ et l'assurance maladie de la RAMQ et que nous conserverons cette couverture.

Je confirme que moi-même et, le cas échéant, mon conjoint/les personnes à ma charge, avons l'assurance médicaments fournie par un régime de garanties collectives et l'assurance maladie de la RAMQ et que nous conserverons ces couvertures :

| | | |
|---|-----------------------------|----------------------|
| Nom du fournisseur de garanties collectives | Numéro du contrat collectif | Numéro du certificat |
|---|-----------------------------|----------------------|

Garanties au titre du régime :

Médicaments d'ordonnance Oui Non Soins de santé complémentaires Oui Non Soins dentaires Oui Non

D Résidents du Québec seulement : Confirmation de couverture fournie par un régime de garanties collectives ou la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (suite)

| | |
|---|----------------|
| Prénom du membre de la famille couvert au titre du régime collectif | Nom de famille |
| Prénom du membre de la famille couvert au titre du régime collectif | Nom de famille |
| Prénom du membre de la famille couvert au titre du régime collectif | Nom de famille |

Je comprends que je dois/nous devons d'abord présenter les demandes de règlement au titre du régime collectif. Toute demande de règlement restante doit être présentée à la Financière Sun Life qui assurera la coordination des prestations.

Je ne suis pas couvert par le régime d'assurance médicaments de la RAMQ ni par un régime collectif d'assurance médicaments. Je ne souhaite plus aller de l'avant avec ma proposition.

L'Assurance-santé personnelle et le Choix protection-santé ne remplacent pas le régime de la RAMQ. Par conséquent, vous devez participer au régime de la RAMQ même si vous avez un contrat ASP ou CPS. Vous devez obtenir l'assurance médicaments de la RAMQ si votre couverture au titre de votre régime collectif d'assurance médicaments prend fin et que vous n'avez pas accès à une autre couverture collective pour les médicaments.

E Déclaration et autorisation concernant l'Assurance-santé personnelle

Veillez lire et signer cette section.

L'omission, la déformation ou la falsification intentionnelles de renseignements figurant sur ce formulaire ou afférents à ce formulaire constitue une fraude et peut entraîner l'annulation de l'assurance accordée.

Attestation et convention : Vous confirmez par la présente que les déclarations contenues dans cette proposition sont vraies et complètes, et la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie («la compagnie») fondera son évaluation de votre proposition sur ces renseignements. La proposition, toute modification écrite de votre contrat d'assurance résultant de cette proposition et votre contrat d'assurance actuel constituent ensemble le contrat établi entre vous et la compagnie. Vous devez vérifier la modification de contrat pour vous assurer que ses dispositions vous conviennent.

Déclaration : Le propriétaire du contrat, la ou les personnes à assurer et le ou les payeurs confirment :

- (a) 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;
- (b) qu'ils ont revu toutes leurs réponses et déclarations consignées dans la présente proposition;
- (c) que ces renseignements sont véridiques, exacts et complets et que la compagnie peut s'y fier;
- (d) qu'ils comprennent et acceptent que les problèmes de santé suivants peuvent ne pas être couverts par le contrat :
 - une blessure survenue à la date de cette proposition ou avant
 - toute maladie dont les signes sont apparus à la date de cette proposition ou avant
- (e) qu'ils comprennent et acceptent que l'assurance entrera en vigueur seulement si la proposition est approuvée par la compagnie. Si vos antécédents médicaux justifient une surprime ou une exclusion particulière, nous vous en aviserons. Vous devrez alors accepter les changements ou retirer votre proposition en nous adressant un avis par écrit;
- (f) que s'ils résident au Québec, ils comprennent qu'ils doivent être couverts par l'assurance-maladie et l'assurance-médicaments de la RAMQ ou par une assurance collective et qu'ils doivent conserver cette couverture pour être admissibles à l'assurance au titre de ce contrat;
- (g) qu'ils comprennent que si leurs réponses à toutes les questions ne sont pas véridiques, exactes et complètes (s'ils font de fausses déclarations), la compagnie peut annuler le contrat;
- (h) 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;
- (i) s'ils sont les payeurs, qu'ils acceptent que si cette proposition est approuvée, la compagnie continue à prélever des fonds pour payer les primes conformément à l'autorisation que nous avons dans nos dossiers;

E Déclaration et autorisation concernant l'Assurance-santé personnelle (suite)

(j) 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 nous appelant au numéro sans frais 1-877-SUN-LIFE (1 877-786-5433).

Autorisation du propriétaire et des autres personnes à assurer : Le propriétaire et les autres personnes à assurer (ou, si une des personnes à assurer a moins de 16 ans [18 ans au Québec], son père, sa mère ou son tuteur légal) autorisent :

- les médecins, les autres professionnels de la santé, les établissements à vocation médicale, les compagnies d'assurance, les agences d'investigation, le Medical Information Bureau (bureau de renseignements médicaux) ou tout autre organisme ou établissement, y compris les membres du groupe Financière Sun Life, dont fait partie la compagnie, ou toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements sur l'état de santé d'un proposant ou d'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 compagnie à fournir les renseignements personnels nécessaires obtenus pour la tarification, et ces renseignements seulement, à leur médecin, au Medical Information Bureau (MIB), au directeur médical d'une compagnie d'assurance donnée, si une proposition d'assurance a été soumise à cette compagnie, et pour toute maladie infectieuse ou transmissible, au médecin-hygiéniste lorsque la loi l'exige.

Une photocopie de la présente autorisation dûment signée a la même valeur que l'original.

| Fait à (ville) | Fait à (province) | Date (jj-mm-aaaa) | Signature |
|----------------|-------------------|-------------------|--|
| | | | Propriétaire X |
| | | | Conjoint/Partenaire X |
| | | | Personne à charge ayant 16 ans (18 ans au Québec) X |
| | | | Personne à charge ayant 16 ans (18 ans au Québec) X |
| | | | Payeur (s'il n'est pas le propriétaire ou le conjoint/partenaire) X |
| | | | Cotitulaire du compte bancaire (s'il s'agit d'un compte conjoint) X |

F Déclaration du conseiller

Déclaration du conseiller

J'ai vérifié chacune des questions de cette proposition avec le propriétaire et son conjoint ou partenaire ainsi que les personnes à sa charge ayant 16 ans (18 ans au Québec), et la proposition contient tous les renseignements qui m'ont été fournis relativement à cette proposition. À ma connaissance, la proposition contient tous les renseignements pertinents pour l'assurance demandée.

Cocher ici si vous avez reçu cette proposition par la poste et si vous ne l'avez pas vérifiée avec le propriétaire.

| | | | | |
|---|-------------------|---------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Fait à | Date (jj-mm-aaaa) | Signature du conseiller/courtier X | | |
| Signature du superviseur (au Québec seulement) X | | Numéro du conseiller | Téléphone du conseiller | Télécopieur du conseiller |

Avant de soumettre cette proposition, assurez-vous :

- qu'on a répondu à toutes les questions pour chaque membre de la famille à assurer;
- qu'on a fourni tous les détails pertinents, y compris les dates, pour chaque question à laquelle il a été répondu «oui» dans la section Renseignements personnels;
- que toutes les signatures sont incluses, y compris celle du payeur (si le payeur n'est pas le propriétaire ni le conjoint ou

F Déclaration du conseiller (suite)

partenaire) et celle de chaque personne à charge ayant 16 ans (18 ans au Québec).

- Si les primes sont payées annuellement par chèque, il faut joindre à ce formulaire un chèque au montant des primes pour les mois qui restent avant la date du prochain renouvellement. .

J'ai vérifié chacune des questions de cette proposition avec le propriétaire et son conjoint ou partenaire ainsi que les personnes à sa charge ayant 16 ans (18 ans au Québec), et la proposition contient tous les renseignements qui m'ont été fournis relativement à cette proposition.

Le formulaire dûment rempli peut être envoyé par la poste ou par télécopieur. Les coordonnées se trouvent ci-dessous.

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