

# Proposition d'Assistance santé-retraite Sun Life

Dans la présente proposition, le mot *vous* désigne, 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.

Contrat numéro (réservé au siège social)

## Nota :

- Avant de remplir la présente proposition, passer en revue les questions de la section 8 pour déterminer si une proposition devrait être présentée.
- Veiller à ce que la proposition soit accompagnée de l'aperçu signé requis.

### 1 Proposant (à remplir si le proposant n'est pas la personne à assurer)

M.  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  Autre

|        |     |
|--------|-----|
| Prénom | Nom |
|--------|-----|

|                               |                                |  |
|-------------------------------|--------------------------------|--|
| Nom antérieur, le cas échéant | Date de naissance (jj-mm-aaaa) | <input type="checkbox"/> Homme<br><input type="checkbox"/> Femme |
|-------------------------------|--------------------------------|--|

Le proposant est-il déjà propriétaire, titulaire, assuré ou rentier en vertu d'un autre contrat auprès de la compagnie?

Oui  Non Si «oui», indiquer le numéro d'un contrat ou d'un compte :

### 2 Renseignements postaux du proposant (à remplir pour toutes les propositions)

Choix de langue pour le contrat :  Français  Anglais

Comment ce contrat doit-il être livré?  posté à votre adresse par la compagnie (s.o. s'il s'agit d'un conseiller tiers)

livré par le conseiller

Centre financier numéro

Si par le conseiller/spécialiste en ASLD, préciser :

|  |                       |             |
|--|-----------------------|-------------|
| Adresse postale du proposant (numéro et rue) | Appartement ou bureau |             |
| Ville  | Province              | Code postal |

### 3 Personne à assurer

M.  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  Autre

|        |     |
|--------|-----|
| Prénom | Nom |
|--------|-----|

|                               |                                |  |
|-------------------------------|--------------------------------|--|
| Nom antérieur, le cas échéant | Date de naissance (jj-mm-aaaa) | <input type="checkbox"/> Homme<br><input type="checkbox"/> Femme |
|-------------------------------|--------------------------------|--|

Le proposant est-il déjà propriétaire, titulaire, assuré ou rentier en vertu d'un autre contrat auprès de la compagnie?

Oui  Non Si «oui», indiquer le numéro d'un contrat ou d'un compte :

La personne à assurer veut-elle antider la proposition pour conserver l'âge?  Oui  Non Nota : Le délai maximum pour conserver l'âge est de 90 jours.

LTCAAPPF

N'envoyer qu'un seul exemplaire de ce document.  
Conseillers du réseau de carrière : l'original, ou une télécopie  
au numéro sans frais 1-866-487-4745.

Tous les autres : par l'intermédiaire de votre AGP ou des Comptes nationaux.



**3 Personne à assurer (suite)**

**Preuve d'âge**

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

**4 Renseignements postaux de la personne à assurer (à remplir seulement si l'adresse est différente de celle indiquée en 2 ci-dessus)**

|  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Adresse de la personne à assurer (numéro et rue) |          | Appartement ou bureau |
| Ville  | Province | Code postal           |

**5 Téléphone – personne à assurer**

Fournir au moins un numéro de téléphone où nous pouvons joindre la personne à assurer.

| Description  | Numéro de téléphone de la personne à assurer | Poste | Préférence pour les appels  |
|--|--|-------|---|
| <input type="checkbox"/> Domicile<br><input type="checkbox"/> Cellulaire |  |       | <input type="checkbox"/> en matinée<br><input type="checkbox"/> en après-midi |
| <input type="checkbox"/> Bureau<br><input type="checkbox"/> Autre        |  |       | <input type="checkbox"/> en matinée<br><input type="checkbox"/> en après-midi |

**6 Type d'opération**

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

- Cette proposition a-t-elle pour but de remplacer un contrat existant d'assurance de soins de longue durée Sun Life ou Clarica? .....  Oui  Non

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

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

Indiquer le montant qui doit être remplacé.  \$

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

Clarica  Sun Life

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

**7 Renseignements sur le contrat**

Nota : La durée des prestations est illimitée.

**A. Montant de la prestation hebdomadaire**

\$ (Doit se situer entre 500 \$ et 2 300 \$)

**B. Délai d'attente**

365 jours (1 an)     730 jours (2 ans)

**C. Autres options**

Remboursement des primes au décès

**Nota :** Le bénéficiaire sera :

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

**8 Antécédents personnels de la personne à assurer**

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

Il est important que vous fournissiez des renseignements complets et véridiques dans la proposition pour que nous puissions l'évaluer correctement. Si vous doutez de la pertinence d'un renseignement, transmettez-le quand même. Si vous négligez de fournir des renseignements importants dont vous êtes au courant, la compagnie pourrait refuser 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.

**8.1 Questions relatives aux antécédents personnels**

1. Êtes-vous un citoyen canadien ou un résident permanent?  Oui  Non

**Nota :** Si «non», vous n'êtes pas admissible. Veuillez abandonner cette proposition.

2. Taille :   cm  pi et po Poids :   kg  lb

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

**Nota :** Une réponse affirmative à l'une des questions de 3 à 5 vous rend non admissible. Advenant le cas, veuillez abandonner cette proposition.

3. Vous a-t-on dit d'utiliser ou utilisez-vous un fauteuil roulant, un déambulateur (marchette), une voiturette motorisée, une canne à plusieurs pieds, un appareil à oxygène ou un appareil pour la dialyse?.....  Oui  Non
4. Recevez-vous actuellement un revenu pour invalidité ou avez-vous déjà reçu un règlement forfaitaire?.....  Oui  Non
5. Avez-vous besoin de l'aide ou de la surveillance d'une autre personne pour vous laver, vous habiller, vous servir des toilettes, vous déplacer (comme vous coucher ou vous lever du lit, vous asseoir ou vous lever d'une chaise), pour la continence ou pour vous nourrir?.....  Oui  Non

**Nota :** Pour la question 6, une réponse affirmative à 6 a) ou b) ou à toute sous-question en c), d) et e) vous rend non admissible. Advenant le cas, veuillez abandonner cette proposition.

6. Vous a-t-on déjà dit de subir des examens ou des tests ou avez-vous déjà reçu le diagnostic d'une des affections suivantes ou été traité pour l'une de ces affections :
- a) sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladie de Huntington ou dystrophie musculaire.....  Oui  Non
- b) maladie d'Alzheimer, démence, perte de mémoire chronique, accident ischémique transitoire (AIT), mini-AVC, accident vasculaire cérébral (AVC).....  Oui  Non
- c) diabète .....  Oui  Non
- Si «oui», vous devez répondre aux questions i à iv.
- i) Prenez-vous plus de 40 unités d'insuline par jour?.....  Oui  Non
- ii) Avez-vous déjà reçu le diagnostic d'angine, de douleurs à la poitrine ou de crise cardiaque ou été traité pour l'une de ces affections, ou vous a-t-on déjà dit de subir des examens ou des tests pour ces affections?....  Oui  Non
- iii) Avez-vous subi un pontage aortocoronarien (PAC) ou une angioplastie?.....  Oui  Non
- iv) Avez-vous déjà souffert de complications liées au diabète, comme l'engourdissement d'un bras, d'une jambe ou d'un pied, une présence constante de protéines dans l'urine, une maladie des reins, une maladie de la circulation, des ulcères aux jambes ou une rétinopathie (nécessitant un traitement)?.....  Oui  Non
- d) lupus érythémateux disséminé.....  Oui  Non
- Si «oui», avez-vous reçu le diagnostic avant l'âge de 50 ans?.....  Oui  Non
- e) arthrose, polyarthrite rhumatoïde/polyarthrite chronique inflammatoire, ostéoporose, trouble de la colonne vertébrale ou discopathie?.....  Oui  Non
- Si «oui», vous devez répondre aux questions i à iii.
- i) Avez-vous déjà fait plus d'une chute, subi plus d'une fracture ou le remplacement de plus d'une articulation?..  Oui  Non
- ii) Prenez-vous quatre médicaments ou plus pour traiter l'une ou l'autre des affections mentionnées en e)?.....  Oui  Non
- iii) Avez-vous des limitations physiques sur le plan de vos activités normales de tous les jours?.....  Oui  Non



**8 Antécédents personnels de la personne à assurer (suite)**

Nota : Pour la question 7, une réponse affirmative à l'une ou l'autre des sous-questions vous rend non admissible. Advenant le cas, veuillez abandonner cette proposition.

7. Fumez-vous actuellement des cigarettes, des cigarillos, des petits ou des gros cigares ou la pipe ou faites-vous usage de marijuana, de haschisch, de noix d'arec, de tabac à chiquer, de gomme ou de timbres à la nicotine ou d'un produit quelconque contenant du tabac ou de la nicotine?.....  Oui  Non

Si «oui», vous devez répondre aux questions i à iv.

Avez-vous **déjà** reçu le diagnostic d'une des affections suivantes ou été traité pour l'une de ces affections, ou vous a-t-on **déjà** dit de subir des examens ou des tests pour ce qui suit :

- i) maladie respiratoire chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), emphysème, bronchite chronique (**exclure asthme léger à modéré**).....  Oui  Non
- ii) accident ischémique transitoire (AIT), mini-AVC, accident vasculaire cérébral (AVC).....  Oui  Non
- iii) capacité limitée de marcher ou de monter des escaliers.....  Oui  Non
- iv) ulcères aux jambes.....  Oui  Non

**8.2 Questions relatives aux renseignements personnels**

1. Avez-vous une assurance de soins de longue durée en vigueur auprès d'une compagnie quelconque?.....  Oui  Non
- Si «oui», remplir le tableau ci-dessous.

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

2. Avez-vous une ou des propositions d'assurance de soins de longue durée actuellement à l'étude ou qui sont envisagées?  Oui  Non Si «oui», indiquer le nom de la ou des compagnies, le type du ou des contrats, le ou les montants demandés et le montant total des nouvelles assurances qui prendront effet.

| Nom de la compagnie | Type de contrat | Montant demandé | Montant total de nouvelle assurance envisagée auprès de toutes les compagnies en cause |
|---------------------|-----------------|-----------------|--|
|                     |                 | \$              | \$   |
|                     |                 | \$              | \$   |
|                     |                 | \$              | \$   |
|                     |                 | \$              | \$   |

3. Avez-vous **déjà** subi un refus pour une demande d'assurance de soins de longue durée présentée à la Financière Sun Life ou à une autre compagnie?  Oui  Non Si «oui», donner des précisions.

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

**8 Antécédents personnels de la personne à assurer (suite)**

## 4. Nom et adresse de la clinique ou du médecin habituels.

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

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

- Nous n'acceptons aucun paiement comptant.
- Si aucun mode de paiement n'est choisi, nous traiterons la proposition sur la base du paiement à la livraison et nous supposerons que les directives de paiement pour le PB seront fournies à la livraison.
- Nous prélèverons les paiements sur votre compte seulement lorsque le contrat sera en vigueur, sauf si vous avez sélectionné le paiement initial à la section 2 ci-dessous.

**a) Options de paiement offertes pour les propositions soumises par un conseiller ou un spécialiste en ASLD de la Financière Sun Life**Prélèvement bancaire (PB)  Oui  Non Si «oui», remplir la section 2.**Nota :**

- Si l'un des payeurs n'accepte pas toutes les modalités de l'autorisation de PB à la section 2, le paiement par PB ne pourra être utilisé.
- Nous prélèverons tous les paiements, y compris le paiement initial, sur le compte indiqué à la section 2.

Paiement annuel  Oui  Non Si «oui», remettre la totalité du paiement annuel au conseiller/spécialiste en ASLD au moment de remplir la proposition. Le chèque doit être fait à l'ordre de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie. \$

Montant remis au conseiller/spécialiste en ASLD avec la proposition.

**b) Options de paiement offertes pour les propositions soumises par un conseiller tiers (Ne pas remettre de paiement avec votre proposition.)**

Paiement à la livraison

Indiquer comment le paiement initial sera effectué :

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

**2. Autorisation de prélèvement bancaire (PB)**

**Nota :** Tous les payeurs du PB doivent accepter de se conformer aux conditions suivantes pour se prévaloir du PB comme option de paiement. Tous les payeurs du prélèvement bancaire acceptent ce qui suit :

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

PAPRSIGF



**9 Paiements (suite)**

a) Retirer des fonds pour régler le paiement initial  Oui  Non Si «oui», remplir b) ou c).

**Nota (s.o. s'il s'agit d'un conseiller tiers) :**

- Nous préleverons immédiatement 1/12<sup>e</sup> du paiement annuel requis comme paiement initial.
- Si «non», remettre la totalité du paiement initial au conseiller au moment de remplir la proposition.

b) Établir une nouvelle convention de PB  Oui  Non

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

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

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

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

Toutes les personnes dont la signature est requise pour ce compte doivent signer l'autorisation à la page 10. 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 10.

Nous préleverons immédiatement le paiement initial.

Les prélèvements réguliers commenceront un mois après la date du contrat ou le \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa).

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

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

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

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

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

**10 Directives spéciales**

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



**11 Services de traduction – Autorisation et déclaration**

La présente proposition a-t-elle été traduite pour le compte d'une personne à assurer et/ou d'un 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).

**11.1 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 | Proposant | <input type="checkbox"/> Conseiller <input type="checkbox"/> Autre |
|                    | Préciser : _____   |           | Préciser : _____   |

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

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

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

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

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

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

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

**12 Attestation et convention**

**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);
- 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); et
- la page Renseignements sur votre proposition d'Assistance santé-retraite Sun Life.

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 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 présente proposition présentée à 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 ou les contrats;
- qu'ils acceptent que les renseignements personnels, médicaux et financiers les concernant peuvent être communiqués à d'autres personnes selon les modalités prévues dans la déclaration de la Financière Sun Life en matière de protection des renseignements personnels pour le Canada;
- qu'ils sont satisfaits de la quantité d'information qu'ils ont reçue sur le produit avant d'avoir signé 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); et
- que les payeurs du PB, en signant ci-dessous, acceptent les modalités de l'autorisation de PB exposées à la section 9.

**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, ou à ses réassureurs les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion de l'assurance et à un règlement d'assurance, et ces renseignements seulement;
- les examens médicaux, électrocardiographies, profils sanguins et tests de dépistage du VIH (sida) et de l'hépatite que peut nécessiter la tarification de la présente proposition; et
- la compagnie à fournir les renseignements personnels nécessaires obtenus pour la tarification, et ces renseignements seulement, à son médecin, au MIB, Inc., aux réassureurs de la compagnie, à la compagnie d'assurance à qui elle a soumis une proposition d'assurance pour elle-même, s'il y a lieu, et pour toute maladie infectieuse ou transmissible, au médecin-hygiéniste lorsque la loi l'exige.

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

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

**13 Compte rendu du spécialiste en ASLD/conseiller**

**Renseignements sur le paiement**

|  |  |
|--|--|
| Paiement remis avec la proposition<br>\$ | Périodicité des paiements futurs<br><input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Mensuelle |
|--|--|

**Renseignements sur le conseiller/spécialiste en ASLD**

Nota : La part minimale est de 10 %.

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

|  |     |      |           |        |
|--|-----|------|-----------|--------|
| Prénom du conseiller principal assurant le service qui partage la commission | Nom | Code | Part<br>% | Bureau |
| Prénom du conseiller qui partage la commission                               | Nom | Code | Part<br>% | Bureau |
| Prénom du conseiller qui partage la commission                               | Nom | Code | Part<br>% | Bureau |

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

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

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

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

- j'ai informé le proposant que je suis un conseiller indépendant sous contrat pour vendre des produits établis par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, et j'ai également précisé les autres compagnies que je représente;
- j'ai indiqué au proposant que je toucherai une rémunération sous forme de commissions ou de rétribution pour la vente de produits d'assurance-vie et d'assurance-santé;
- j'ai indiqué au proposant qu'il était aussi possible que je reçoive une rémunération additionnelle sous forme de bonis ou de gratifications non monétaires comme des voyages ou la participation à des congrès;
- j'ai informé le 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 14), je soussigné, le conseiller/spécialiste en ASLD, confirme également 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 complets et véridiques 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);
- je leur ai remis un exemplaire du dépliant intitulé «Les soins de longue durée... un sujet qui nous tient à coeur - 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); et
- j'ai vu chaque personne signer la présente proposition.

|  |        |  |                  |
|--|--------|--|------------------|
| Prénom du conseiller/spécialiste en ASLD         |        | Nom                                    |                  |
| Signature du conseiller/spécialiste en ASLD<br>X |        | Signature du superviseur<br>X          |                  |
| Date (jj-mm-aaaa)                                | Bureau | Code du conseiller/spécialiste en ASLD | Adresse courriel |

LTCSTMTF

**N'envoyer qu'un seul exemplaire de ce document.  
Conseillers du réseau de carrière : l'original, ou une télécopie  
au numéro sans frais 1-866-487-4745.**

**Tous les autres : par l'intermédiaire de votre AGP ou des Comptes nationaux.**



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

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

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

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

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

# Renseignements sur votre proposition d'Assistance santé-retraite Sun Life

Contrat numéro

## Réception du contrat ou remboursement

Vous devriez recevoir votre contrat, ou votre remboursement s'il y a lieu, dans les 90 jours suivant la date où la proposition a été remplie. Sinon, veuillez appeler notre centre de service à la clientèle, sans frais, au 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433).

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

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

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

## Remboursement des paiements

Les paiements versés seront remboursés sans intérêt si :

- votre proposition est refusée; ou
- vous retirez votre proposition.

## Reçu du paiement pour la proposition (à remplir pour toutes les propositions)

Reçu de : \_\_\_\_\_ le

Date (jj-mm-aaaa)

\_\_\_\_\_ \$

OU

Autorisation d'effectuer le premier prélèvement bancaire et d'obtenir les renseignements bancaires nécessaires.

Signature du conseiller/spécialiste en ASLD

X

LTCAHANF



# Renseignements importants

Contrat numéro

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

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

### **Protection des renseignements personnels**

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

### **Accès aux renseignements vous concernant**

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

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

Pour en savoir plus sur le MIB, Inc., 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.  
Bureau 501  
330, avenue University  
Toronto (Ontario) M5G 1R7

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

### **La Financière Sun Life**

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

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

ADMINIF

