

# Demande de remise en vigueur d'assurance-vie ou d'assurance maladies graves

Ce formulaire doit être utilisé pour faire une demande de remise en vigueur d'un contrat, quel que soit le montant, lorsque entre 62 et 180 jours se sont écoulés depuis la date d'échéance de la prime. Si plus de 180 jours se sont écoulés, il faut utiliser la Demande de modification, de remise en vigueur ou de réévaluation de la surprime d'un contrat (F110) ou la Demande de modification, de remise en vigueur ou de réévaluation de la surprime d'un contrat, avec preuves d'assurabilité requises (F245), et demander à la personne à assurer de fournir des preuves d'assurabilité conformément au tableau approprié selon l'âge et le montant.

Demande de remise en vigueur du contrat n°
--

Dans la présente proposition, les mots *je*, *vous*, *Personne 1* et *Personne 2* désignent, selon le contexte, la ou les personnes à assurer et/ou le proposant. La *Personne 2* peut désigner la deuxième personne à assurer, le conjoint de la personne à assurer et/ou le coassuré tel qu'il est indiqué dans le contrat d'origine qui doit être remis en vigueur. Les mots *nous* ou *la compagnie* désignent la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

Au début de chaque section, nous avons précisé qui est désigné par les mots *je*, *vous*, *Personne 1* et *Personne 2*.

## 1 Renseignements généraux

Prénom de la Personne 1	Nom	Prénom du proposant	Nom
Prénom de la Personne 2	Nom	Prénom du proposant	Nom

## 2 Montants impayés

Dans la présente section, le mot *vous* désigne le ou les proposants.

Tous les montants impayés doivent être réglés avant la remise en vigueur du contrat.

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

Le contrat remis en vigueur conservera la dernière option de paiement utilisée avant la remise en vigueur. S'il s'agissait de la procuration bancaire (PB), la nouvelle date de prélèvement des paiements mensuels sera la date du dernier prélèvement effectué avant la remise en vigueur de ce contrat.

**Si le montant recueilli avec la demande est insuffisant et si les paiements sont effectués par procuration bancaire, nous ferons un prélèvement spécial pour régler les montants impayés.**

## 3 Renseignements personnels sur les personnes à assurer

Dans la présente section, les mots *vous*, *Personne 1* et *Personne 2* désignent la ou les personnes à assurer. La ou les personnes à assurer doivent répondre aux questions. Si une personne à assurer 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.

RINSTATF

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.



**3 Renseignements personnels sur les personnes à assurer (suite)****3.1 Renseignements sur le médecin ou la clinique**

Personne 1	a) Avez-vous une clinique ou un médecin habituels? <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). 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). 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.				

Personne 2	a) Avez-vous une clinique ou un médecin habituels? <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). 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). 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.				

**3.2 Usage du tabac**

Nota : Les personnes à assurer de moins de 16 ans n'ont pas à répondre à la question de la section 3.2.

Au cours des **5 dernières années**, avez-vous fumé des cigarettes, des cigarillos, des petits ou des gros cigares ou la pipe ou avez-vous fait usage de noix d'arec, de tabac à chiquer, de gomme ou de timbres à la nicotine ou d'un produit quelconque contenant de la nicotine ou du tabac?

**Personne 1****Personne 2**
 Oui  Non |  Oui  Non

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

**3 Renseignements personnels sur les personnes à assurer (suite)****3.3 Consommation d'alcool et de drogues**

**Nota :** Les personnes à assurer de moins de 16 ans n'ont pas à répondre aux questions de la section 3.3.

Au cours des 5 dernières années, avez-vous :

- a) fait l'usage de marijuana ou de haschisch, de cocaïne, de LSD, d'ecstasy ou d'autres drogues psychotropes, d'héroïne, de fentanyl ou d'autres narcotiques, de stéroïdes anabolisants ou d'autres drogues visant à améliorer la performance?

Personne 1	Personne 2
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si «oui», fournir les renseignements suivants.

Personne à assurer	Produit(s) (Sélectionner tout ce qui s'applique.)	Quantité consommée et fréquence	Date(s) dernière fois (jj-mm-aaaa)
Personne 1	<input type="checkbox"/> marijuana ou hashisch mélangé au tabac <input type="checkbox"/> marijuana ou hashisch non mélangé au tabac <input type="checkbox"/> autre : _____		
Personne 2	<input type="checkbox"/> marijuana ou hashisch mélangé au tabac <input type="checkbox"/> marijuana ou hashisch non mélangé au tabac <input type="checkbox"/> autre : _____		

- b) été accusé ou reconnu coupable d'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?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

- c) été traité pour consommation d'alcool ou de drogues ou vous a-t-on recommandé d'en réduire la quantité ou la fréquence ou conseillé de recevoir des services de counselling, des traitements ou des conseils médicaux en lien avec votre consommation?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

Si «oui» à b) ou c), donnez des précisions dans le tableau ci-dessous.

Personne à assurer	Précisions
Personne 1	
Personne 2	

**3.4 Autres renseignements**

**Nota :** Les personnes à assurer de moins de 10 ans n'ont pas à répondre à la question de la section 3.4.

Au cours des 5 dernières années, avez-vous été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle ou êtes-vous actuellement en probation, en libération conditionnelle ou en libération d'office?

Personne 1	Personne 2
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

Personne à assurer	Date(s) de l'infraction ou des infractions (jj-mm-aaaa)	Type(s) d'infraction(s)	Précisions
Personne 1			
Personne 2			

**3 Renseignements personnels sur les personnes à assurer (suite)****3.5 Résidence et voyages**

Au cours des 12 prochains mois, avez-vous l'intention de :

a) voyager à l'extérieur du Canada ou des États-Unis?

b) résider à l'extérieur du Canada?

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

<b>Personne 1</b>		<b>Personne 2</b>	
<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

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

**4 Questionnaire sur les antécédents familiaux des personnes à assurer**

Dans la présente section, les mots *vous*, *Personne 1* et *Personne 2* désignent la ou les personnes à assurer. La ou les personnes à assurer doivent répondre aux questions. Si une personne à assurer 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 4. **Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**

a) Y a-t-il des membres de votre famille (père, mère, frères ou sœurs), qui ont reçu le diagnostic d'une des affections suivantes **avant l'âge de 65 ans** : maladie du cœur, accident vasculaire cérébral (AVC)/ accident ischémique transitoire (AIT), cancer (y compris leucémie, lymphome et maladie de Hodgkin), diabète ou maladie de Parkinson?

<b>Personne 1</b>		<b>Personne 2</b>	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

b) Y a-t-il des membres de votre famille (père, mère, frères ou sœurs), qui ont **déjà** reçu le diagnostic d'une des affections suivantes : maladie de Huntington, maladie polykystique des reins, sclérose en plaques, dystrophie musculaire, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique (aussi appelée SLA ou maladie de Lou Gehrig), ou autre maladie ou trouble héréditaire?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

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

Personne à assurer	Lien avec le membre de la famille	Affection (s'il s'agit du cancer, préciser le type)	Âge au début de l'affection	Âge si en vie	Âge au décès
Personne 1					
Personne 2					

**5 Taille et poids**

Dans la présente section, les mots *Personne 1* et *Personne 2* désignent la ou les personnes à assurer.

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

**Personne à assurer**

**Taille**

**Poids**

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous perdu plus de 4,5 kg (10 lb)?**

Personne 1	<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», donnez des précisions :
Personne 2	<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», donnez des précisions :

**6 Antécédents médicaux personnels des personnes à assurer**

Dans la présente section, les mots *vous*, *Personne 1* et *Personne 2* désignent la ou les personnes à assurer. La ou les personnes à assurer doivent répondre aux questions. Si une personne à assurer 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.

1. Au cours des **5 dernières années**, avez-vous :

- été traité pour crise cardiaque ou autre maladie ou trouble du coeur, hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral (AVC) ou 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, ou en avez-vous présenté des symptômes?
- été traité pour ce qui suit ou en avez-vous présenté des symptômes : sida, infection par le VIH ou autre maladie ou trouble du système immunitaire?
- été admis ou vous a-t-on conseillé de vous faire admettre dans un hôpital ou dans un autre établissement médical ou avez-vous fait l'objet d'une intervention chirurgicale ou vous en a-t-on recommandé une?
- 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?

**Personne 1**

**Personne 2**

Oui  Non  Oui  Non

Oui  Non  Oui  Non

Oui  Non  Oui  Non

Oui  Non  Oui  Non

**Personne 1**

**Personne 2**

Oui  Non  Oui  Non

Oui  Non  Oui  Non

3. Si «oui» à l'une des sous-questions des numéros 1 et 2, veuillez fournir des précisions ci-dessous.

**Personne à assurer**

**Précisions**

Personne 1	
Personne 2	

**7 À remplir pour les enfants qui seront couverts au titre de l'Assurance temporaire d'enfant ou de l'Assurance d'enfant**

Dans la présente section, tout enfant assuré désigne tous les enfants couverts à l'origine par l'Assurance temporaire d'enfant ou l'Assurance d'enfant au titre du contrat à remettre en vigueur.

**Oui Non**

Au cours des **2 dernières années**, l'un des enfants assurés a-t-il consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé?

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

Enfant 1	Prénom	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
	Précisions		
Enfant 2	Prénom	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
	Précisions		
Enfant 3	Prénom	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
	Précisions		
Enfant 4	Prénom	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
	Précisions		
Enfant 5	Prénom	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
	Précisions		

**8 À remplir à l'égard du proposant s'il demande une garantie d'exonération en cas d'invalidité pour lui-même**

Le proposant que était couvert par cette garantie/couverture, doit répondre aux questions de cette section et signer la section 10. Si plus d'un proposant a été indiqué à la page 1, donnez le nom du proposant que était couvert au titre de cette garantie.

Prénom du proposant	Nom
---------------------	-----

- |   | <b>Personne 1</b>   | <b>Personne 2</b>   |
|---|---|---|
| 1. Au cours des <b>5 dernières années</b> , le proposant a-t-il :   |   |   |
| a) été traité pour crise cardiaque ou autre maladie ou trouble du coeur, accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT), cancer ou toute autre masse anormale ou tumeur maligne, diabète ou maladie ou trouble des reins, des poumons ou du foie, ou en a-t-il présenté des symptômes? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| b) été traité pour ce qui suit ou en a-t-il présenté des symptômes : sida, infection par le VIH ou autre maladie ou trouble du système immunitaire?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| c) été admis ou lui a-t-on conseillé de se faire admettre dans un hôpital ou dans un autre établissement médical ou a-t-il fait l'objet d'une intervention chirurgicale ou lui en a-t-on recommandé une?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| d) 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?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Le proposant est-il actuellement invalide ou d'autres circonstances l'empêchent-il d'accomplir ses activités habituelles ou les tâches normales de sa profession?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Si «**oui**» à l'une des questions ci-dessus, donnez des précisions ci-dessous. Dressez la liste de chacune des affections, y compris les traitements requis, les dates, les durées, et les résultats des tests et indiquez les noms et adresses des hôpitaux, des cliniques et des médecins consultés.

**Numéro de la ou des questions**    **Précisions**


**9 Reconnaissance de variabilité**

Dans la présente section, le mot je désigne le ou les proposant(s).

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.



**10 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).

**10.1 Autorisation de la ou des personnes à assurer et/ou du ou des proposants**

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

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

Personne 1  Personne 2  Proposant 1  Proposant 2

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

Personne 1:  Oui  Non Personne 2:  Oui  Non Proposant 1:  Oui  Non Proposant 2:  Oui  Non

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

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

Personne 1:  Oui  Non Personne 2:  Oui  Non Proposant 1:  Oui  Non Proposant 2:  Oui  Non

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

4. Nom de la personne ayant fourni la traduction :

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

5. Lien avec la personne à assurer :

Personne 1	<input type="checkbox"/> Conseiller <input type="checkbox"/> Autre Préciser :	Proposant 1	<input type="checkbox"/> Conseiller <input type="checkbox"/> Autre Préciser :
Personne 2	<input type="checkbox"/> Conseiller <input type="checkbox"/> Autre Préciser :	Proposant 2	<input type="checkbox"/> Conseiller <input type="checkbox"/> Autre Préciser :

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

Personne à assurer 1		Proposant 1	
Personne à assurer 2		Proposant 2	

**10.2 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 ce qui suit à l'égard des personnes à assurer et/ou des proposants susmentionnés à la sous-section 10.1 :

- vous avez traduit fidèlement et avec exactitude le présent formulaire de proposition ainsi que les réponses qui vous ont été fournies;
- vous leur avez lu entièrement le présent formulaire de 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 du présent formulaire de 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
-----------------------	-------------------	------------------------------

**11 Déclaration et autorisation****Attestation et convention :**

Les proposants confirment avoir reçu et lu les renseignements suivants et qu'ils en acceptent les modalités :

- la déclaration de la Financière Sun Life en matière de protection des renseignements personnels pour le Canada, et
- le guide des définitions des maladies graves, s'ils ont présenté une proposition d'assurance maladies graves.

**Déclaration :**

Les proposants, les personnes à assurer et les payeurs de la procuration 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 les réponses et déclarations consignées dans la proposition;
- que tous les renseignements qui ont été fournis relativement à cette proposition sont complets et véridiques et que ces derniers ont été fournis par eux-mêmes au conseiller (ou à une autre personne autorisée par la compagnie) aux fins de la tarification, de la gestion de l'assurance ou d'un règlement d'assurance;
- qu'ils comprennent que si leurs réponses à toutes les questions ne sont pas véridiques et complètes (s'ils font de fausses déclarations), la compagnie peut annuler le 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 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 de signer cette proposition et sont conscients qu'ils peuvent obtenir plus d'information à la section «Produits et services» du site Web [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca) ou en appelant notre centre de service à la clientèle au numéro sans frais 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433);
- qu'ils comprennent que la compagnie n'est pas tenue responsable de la validité de toute désignation de bénéficiaire; et
- qu'ils acceptent les dispositions de l'autorisation de procuration bancaire (PB), s'ils sont les payeurs de la PB.

**Autorisation des personnes à assurer :** Les personnes à assurer (ou, si une personne à assurer a 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 Financière Sun Life, dont fait partie la compagnie, ou toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements sur l'une ou l'autre des personnes à assurer, à donner à la compagnie, à ses représentants ou à ses réassureurs les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion de l'assurance et à un règlement d'assurance, et ces renseignements seulement;
- les examens médicaux, électrocardiographies, profils sanguins et tests de dépistage du VIH (sida) et de l'hépatite que peut nécessiter la tarification de la présente proposition; et
- la compagnie à fournir les renseignements personnels nécessaires obtenus pour la tarification, et ces renseignements seulement, à leur médecin, au MIB, Inc., 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 :	Proposant (inscrire le titre du signataire autorisé, s'il y a lieu) X
	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 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 proposant) X

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

**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 conseillers : faites-nous parvenir le formulaire par l'intermédiaire de votre AGP ou des Comptes nationaux.**

**12 Déclaration du conseiller**

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 de la PB tous les renseignements les concernant dans cette demande, et je déclare qu'à ma connaissance, ces renseignements sont véridiques et complets et que la demande comporte tous les éléments pertinents à l'assurance demandée;
- je détiens un permis ou un certificat dans la province où la proposition a été remplie et signée;
- j'ai vu chaque personne signer la présente demande.

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.

Prénom du conseiller		Nom	Code/numéro de conseiller
Date (jj-mm-aaaa)	Signature du conseiller X		
Date (jj-mm-aaaa)	Signature du superviseur X		

**Réservé au centre financier**

Date (jj-mm-aaaa)	Montant versé pour la remise en vigueur \$ <input type="checkbox"/> Paiement effectué
-------------------	--

**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 conseillers : faites-nous parvenir le formulaire par l'intermédiaire de votre AGP ou des Comptes nationaux.**

# Renseignements importants

Demande de remise en vigueur du contrat n°

**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 de conformité et d'exigences 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 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, Inc. 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.  
330, avenue University  
Bureau 501  
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

