

Proposition d'assurance-vie et d'assurance maladies graves

Table des matières

	<i>Instructions à l'intention du conseiller (page détachable)</i>	
Section 1	Renseignements généraux	1
Section 2	Renseignements sur les personnes à assurer	3
Section 3	Propriété du contrat	4
Section 4	Renseignements sur les bénéficiaires	7
Section 5	Transformations/Remplacements/Exercices d'options	8
Section 6	Renseignements sur le contrat et les garanties	9
Section 7	Reconnaissance de variabilité	14
Section 8	Vérification de l'identité et détermination de tiers et de personnes politiquement exposées (PPE)/dirigeant d'une organisation internationale (DOI)	15
Section 9	Renseignements personnels	21
Section 10	Renseignements sur le médecin ou la clinique	28
Section 11	Antécédents familiaux	29
Section 12	Taille et poids	29
Section 13	Antécédents médicaux personnels	30
Section 14	Enfant(s) à assurer en vertu d'une garantie Assurance temporaire d'enfant	36
Section 15	Autorisation de divulguer de l'information à votre conseiller	38
Section 16	Assurance temporaire prévue par la note de couverture/Paiements	39
Section 17	Services de traduction – Autorisation et déclaration	42
Section 18	Déclaration et autorisation	43
Section 19	Compte rendu du conseiller	44
	<i>Renseignements importants (page détachable)</i>	
	<i>Note de couverture (page détachable)</i>	

Instructions à l'intention du conseiller

Utiliser la présente proposition :

Pour demander ce qui suit :

- des produits d'assurance-vie couvrant au plus 2 personnes à assurer et au plus 5 enfants à assurer en vertu de la garantie Assurance temporaire d'enfant (ATE)
- des produits d'assurance maladies graves pour une personne à assurer
- des remplacements
- des transformations avec une augmentation de la couverture (à l'exception de l'ajout d'une garantie Assurance temporaire d'enfant), et
- des exercices d'options avec une augmentation de la couverture.

Nota :

- S'il y a plus de personnes à assurer en vertu du même contrat, remplir un deuxième formulaire de proposition ainsi que la section 1.2 de la présente proposition.
- Si une entrevue téléphonique ou un examen paramédical sera effectué, utiliser le formulaire combiné *Proposition simplifiée/Proposition pour entrevue téléphonique* (820-2815) au lieu de la présente proposition.
- Pour les transformations ou exercices d'options sans augmentation de la couverture, ou pour l'ajout d'une garantie Assurance temporaire d'enfant, utiliser la *Demande de transformation d'assurance et d'exercice d'une option* (F260) au lieu de la présente proposition.
- Pour les changements au contrat concernant l'usage du tabac, si une augmentation de la couverture exige une nouvelle tarification, utiliser la *Demande de modification, de remise en vigueur ou de réévaluation de la surprime d'un contrat* (F110) au lieu de la présente proposition.
- Pour les changements au contrat concernant uniquement l'usage du tabac (aucun autre changement à apporter), utiliser le formulaire *Déclaration relative à l'usage du tabac (pour les modifications aux contrats existants seulement)* (F18) au lieu de la présente proposition.
- Pour l'assurance de soins de longue durée, utiliser la *Proposition d'assurance de soins de longue durée* (820-3523).

Important :

- Si un enfant doit être une personne assurée principale, fournir les renseignements pour cet enfant dans les cases «**Personne 1**» ou «**Personne 2**».
- Tous les chèques doivent être faits à l'ordre de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie et tirés sur un compte en dollars canadiens ouvert auprès d'une institution financière canadienne.
- S'assurer d'avoir pris les dispositions nécessaires pour toutes les exigences applicables relatives aux preuves d'assurabilité liées à l'âge et au montant d'assurance.
- **Détacher** la page Renseignements importants pour la remettre à la personne à assurer.
- **Détacher** la page Note de couverture pour la remettre au propriétaire proposant si la note de couverture a été demandée.
- Lorsqu'il faut cocher une case, indiquer la réponse lisiblement au moyen d'un X.
- Un aperçu **doit** être produit et signé pour toute proposition de **Vie Protection Sun Life avec participation II**, **Vie Capitalisation Sun Life avec participation II**, **Vie Accélération Sun Life avec participation** et **Vie universelle Sun Life II**.
- Il **faut** inclure toutes les pages de la proposition, à l'exception des pages détachables.



S'assurer de joindre les documents suivants à la proposition :

- si la note de couverture a été demandée, un chèque ou l'autorisation de prélever le paiement initial
- l'**aperçu** signé pour toute proposition de **Vie Protection Sun Life avec participation II**, **Vie Capitalisation Sun Life avec participation II**, **Vie Accélération Sun Life avec participation** et **Vie universelle Sun Life II**, et
- **pour les remplacements**, le ou les formulaires de remplacement appropriés dûment remplis et signés.

N'envoyer qu'un seul exemplaire de ce document à la Financière Sun Life par l'intermédiaire de votre AGP ou des Comptes nationaux.

Proposition d'assurance-vie et d'assurance maladies graves

Contrat numéro (réservé au siège social)

Écrire lisiblement en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

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 ou les propriétaires proposant. 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* et *vous*.

Nota : Renseignements importants à l'égard de la perte éventuelle des droits acquis au titre des contrats établis avant le 1^{er} janvier 2017.

Les contrats établis à compter du 1^{er} janvier 2017 sont régis par les nouvelles lignes directrices en matière de fiscalité.

Les contrats établis avant le 1^{er} janvier 2017 sont considérés comme jouissant de droits acquis et les conserveront, à moins que certaines modifications ne soient apportées.

Parmi ces modifications, notons :

- toute proposition nécessitant une tarification, ou
- toute transformation, y compris les transformations d'assurance temporaire en assurance temporaire.

L'exercice d'une option de garantie d'assurabilité au titre d'un contrat établi avant le 1^{er} janvier 2017 ne fait pas partie de ces modifications.

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

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

1 Renseignements généraux

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

1.1 Quel est l'objet de votre proposition?

Indiquer le type d'assurance demandée et obtenir l'aperçu approprié. Indiquer aussi si des enfants seront assurés en vertu de la garantie Assurance temporaire d'enfant.

Sélectionner tout ce qui s'applique :

- Assurance-vie – nombre de personnes à assurer en vertu de ce contrat
- Affaires nouvelles **ou** Transformation/exercice d'option avec une augmentation de la couverture ou remplacement
- Sur une tête **ou** Sur deux têtes **ou** Sur plusieurs têtes
- Assurance maladies graves (AMG)
- Assurance temporaire d'enfant (ATE)

1.2 Demandez-vous une couverture supplémentaire ou facultative?

- Oui Non Si «oui», indiquer le type de couverture demandée : Additionnelle Facultative

Si «oui», indiquer le montant : \$

AAPPF



N'envoyer qu'un seul exemplaire de ce document à
la Financière Sun Life par l'intermédiaire de votre AGP
ou des Comptes nationaux.

1 Renseignements généraux (suite)

1.3 Pourquoi demandez-vous cette assurance?

Sélectionner tout ce qui s'applique :

- Remplacement du revenu Règlement des impôts ou de la succession Convention d'achat et de vente
 Protection contre les créanciers Assurance d'un collaborateur essentiel Concept/autre (préciser dans l'espace ci-dessous.)

Si la couverture doit répondre aux besoins d'une entreprise, fournir les renseignements suivants :

Prénom du ou des propriétaires d'entreprise	Nom	% détenu dans l'entreprise	Montant total de l'assurance d'entreprise déjà en vigueur auprès de toutes les compagnies	Montant total de la nouvelle assurance à mettre en vigueur auprès de toutes les compagnies
		%	\$	\$
		%	\$	\$
		%	\$	\$
		%	\$	\$
Ventes annuelles	Bénéfice net après impôt		Juste valeur marchande	
\$			\$	\$

1.4 Avez-vous rempli, au titre de la présente proposition, une autre proposition pour faire assurer d'autres personnes (plus de deux personnes à assurer) ou pour demander une Assurance temporaire pour une personne assurée additionnelle?

- Oui Non Si «oui», remplir l'un des tableaux suivants selon la situation.

Multiassurance

Prénom(s)	Nom(s)	Date de naissance (jj-mm-aaaa)

Assurance temporaire pour une personne assurée additionnelle

Personne à assurer	Prénom de la personne à assurer additionnelle	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Personne 1			
Personne 2			

1.5 Dans quelle langue souhaitez-vous que votre contrat soit rédigé?

- Établir le contrat en français
 Issue the policy in English

2 Renseignements sur les personnes à assurer

Dans la présente section, les mots *vous*, *Personne 1* et *Personne 2* désignent la ou les personnes à assurer. Si l'une des personnes à assurer est mineure, le parent (père ou mère) ou le tuteur légal de cette personne doit fournir les renseignements en son nom.

2.1 Personne 1

Nota : Fournir le numéro d'assurance sociale (NAS) de la Personne 1 uniquement si elle est également le propriétaire proposant.

Prénom		Nom		<input type="checkbox"/> Homme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)				
				<input type="checkbox"/> Femme					
Nom antérieur, le cas échéant		Pays de naissance		Ville de naissance					
Adresse du domicile (numéro et rue)					Appartement ou bureau				
Ville		Province	Pays		Code postal				
NAS (requis aux fins d'impôt pour l'assurance-vie; non requis s'il s'agit d'AMG seulement)		Numéro du permis de conduire			Province				
Téléphone (domicile)		Cellulaire	Téléphone (bureau)		Poste				
<p>Quel est votre statut de résidence?</p> <input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent (immigrant admis) <input type="checkbox"/> Autre Si « Résident permanent » ou « Autre », donner des précisions, y compris depuis combien d'années au Canada.									
<p>FATCA</p> Si vous êtes aussi propriétaire proposant et que vous demandez une assurance-vie universelle ou permanente, vous devez répondre à la question suivante. Êtes-vous un résident des États-Unis aux fins de l'impôt (statut qui s'applique aussi à un citoyen des États-Unis)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « oui », veuillez fournir le numéro d'identification fiscal (NIF) américain. <table border="1" style="float: right; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Numéro d'identification fiscal américain</td> </tr> </table>						Numéro d'identification fiscal américain			
Numéro d'identification fiscal américain									
<p>NCD</p> Si vous êtes aussi un propriétaire proposant et que vous demandez une assurance-vie universelle ou permanente, vous devez répondre à la question suivante. Êtes-vous résident d'un pays ou territoire autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « oui », veuillez indiquer le pays ou territoire de votre résidence fiscale et votre numéro d'identification fiscal (NIF). <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td>Résidence fiscale</td> <td>Numéro d'identification fiscal</td> <td>Résidence fiscale</td> <td>Numéro d'identification fiscal</td> </tr> </table> <p>Si vous n'avez pas de numéro d'identification fiscal (NIF), indiquez pourquoi :</p> <input type="checkbox"/> Raison A : J'ai fait une demande pour obtenir un NIF, mais je ne l'ai pas encore reçu. <input type="checkbox"/> Raison B : Le pays/territoire où j'habite aux fins de ma résidence fiscale n'émet pas de NIF. <input type="checkbox"/> Autre : Veuillez préciser _____						Résidence fiscale	Numéro d'identification fiscal	Résidence fiscale	Numéro d'identification fiscal
Résidence fiscale	Numéro d'identification fiscal	Résidence fiscale	Numéro d'identification fiscal						

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

2.2 Personne 2

Nota : Fournir le numéro d'assurance sociale (NAS) de la Personne 2 uniquement si elle est également le propriétaire proposant.

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

Prénom		Nom		<input type="checkbox"/> Homme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
				<input type="checkbox"/> Femme	
Nom antérieur, le cas échéant		Pays de naissance		Ville de naissance	
Adresse du domicile (numéro et rue)					Appartement ou bureau
Ville		Province	Pays		Code postal
NAS (requis aux fins d'impôt pour l'assurance-vie; non requis s'il s'agit d'AMG seulement)		Numéro du permis de conduire			Province
Téléphone (domicile)		Cellulaire	Téléphone (bureau)		Poste

2 Renseignements sur les personnes à assurer (suite)

Quel est votre statut de résidence?

- Citoyen canadien Résident permanent (immigrant admis) Autre

Si «**Résident permanent**» ou «**Autre**», donner des précisions, y compris depuis combien d'années au Canada.

FATCA

Si vous êtes aussi propriétaire proposant et que vous demandez une assurance-vie universelle ou permanente, vous devez répondre à la question suivante. Êtes-vous un résident des États-Unis aux fins de l'impôt (statut qui s'applique aussi à un citoyen des États-Unis)? Oui Non Si «**oui**», veuillez fournir le numéro d'identification fiscal (NIF) américain. Numéro d'identification fiscal américain

NCD

Si vous êtes aussi un propriétaire proposant et que vous demandez une assurance-vie universelle ou permanente, vous devez répondre à la question suivante.

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

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

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

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

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

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

3 Propriété du contrat

Dans la présente section, le mot *vous* désigne le ou les propriétaires proposant(s).

3.1 Propriétaire(s) proposant(s)

Qui sera propriétaire de ce contrat? (Sélectionnez tout ce qui s'applique.)

- Personne 1 à assurer
 Personne 2 à assurer
 Particulier(s) autre(s) que la Personne 1 ou 2
 Société par actions/compagnie ou fiducie

Nota : Pour la Personne 1 et la Personne 2, passer à la section 3.2, car les renseignements requis seront tirés de la section 2. Pour tous les autres cas, remplir les sections applicables qui suivent.

Propriétaire proposant 1

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

3 Propriété du contrat (suite)

NCD

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

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

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

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

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

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

Propriétaire proposant 2

Même adresse que celle du Propriétaire proposant 1. Si cette case est cochée, il n'est pas nécessaire de remplir les cases d'adresse.

Prénom	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Profession	Adresse du domicile (numéro et rue)		Appartement ou bureau
Ville	Province	Pays	Code postal
NAS (requis aux fins d'impôt pour l'assurance-vie; non requis s'il s'agit d'AMG seulement)	Lien avec la personne à assurer		

FATCA

Si vous demandez une assurance-vie universelle ou permanente, vous devez répondre à la question suivante. Êtes-vous un résident des États-Unis aux fins de l'impôt (statut qui s'applique aussi à un citoyen des États-Unis)? Oui Non Si «oui», veuillez fournir le numéro d'identification fiscale (NIF) américain.

Numéro d'identification fiscale américain

NCD

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

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

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

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

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

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

Société par actions/compagnie, fiducie ou autre entité

Nota : Pour tous les propriétaires qui ne sont pas des particuliers, des formulaires additionnels pourraient être requis, comme il est indiqué sous Nota à la page 1 et dans la section 8.

Nom			
Titre de la personne à qui les avis, les relevés et la correspondance sur le contrat doivent être envoyés			
Adresse postale (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Pays	Code postal

3 Propriété du contrat (suite)

3.2 Renseignements supplémentaires

Il faut répondre à la question suivante si :

- une personne à assurer a 65 ans ou plus
- la proposition est pour une assurance-vie universelle ou permanente (y compris les contrats spéciaux), et
- le capital-décès qui fait l'objet de la proposition est supérieur à 1 000 000 \$.

Ce contrat est-il souscrit dans le but d'en transférer la propriété à un tiers? Oui Non

Si «oui», donner tous les renseignements dans l'espace ci-dessous.

3.3 Renseignements postaux

Indiquer le choix du propriétaire proposant pour l'adresse où les avis et les relevés de contrat doivent être envoyés :

(Cocher une seule case.)

- Adresse de la Personne 1 à assurer
- Adresse de la Personne 2 à assurer
- Adresse du Propriétaire proposant 1
- Adresse du Propriétaire proposant 2
- Autre

Si «autre», fournir l'adresse ci-dessous.

Adresse du domicile (numéro et rue)	Appartement ou bureau	Ville	Province	Code postal
-------------------------------------	-----------------------	-------	----------	-------------

3.4 Propriétaire(s) proposant(s) en sous-ordre

Nota :

- S'il y a un seul propriétaire proposant et si le contrat doit demeurer en vigueur après son décès (lorsque le propriétaire proposant n'est pas la personne à assurer).
- S'il y a plus d'un propriétaire proposant et que plusieurs propriétaires résident à l'extérieur du Québec : Si ce contrat est détenu par plus d'une personne et si un des propriétaires du contrat meurt, l'intérêt du propriétaire décédé est transmis en parts égales aux propriétaires survivants, sauf si un propriétaire en sous-ordre a été désigné. Si, au décès de l'un des propriétaires du contrat, l'intérêt du propriétaire décédé doit être transmis à un propriétaire en sous-ordre, le nom de ce dernier doit être indiqué cidessous vis-à-vis du nom du propriétaire du contrat approprié.
- S'il y a plus d'un propriétaire proposant et que plusieurs propriétaires résident au Québec : Le droit de survie est sans objet au Québec. Au décès de l'un des propriétaires, son intérêt est transmis au propriétaire en sous-ordre dont le nom est indiqué ci-dessous. Le propriétaire survivant conserve son intérêt dans le contrat. Indiquer ci-dessous le nom du propriétaire proposant de même que le nom du propriétaire en sous-ordre.

	Propriétaire proposant	Propriétaire en sous-ordre	Lien avec le propriétaire proposant
Propriétaire 1			
Propriétaire 2			
Propriétaire 3			
Propriétaire 4			
Propriétaire 5			

4 Renseignements sur les bénéficiaires

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

Nota :

- Pour un contrat Vie universelle Sun Life II sur deux têtes payable au dernier décès avec l'option Montant d'assurance plus compte du contrat, il faut remplir le formulaire *Désignation ou modification de bénéficiaire de l'option Paiement anticipé au décès* (F272).
- Au Québec, la désignation du conjoint légal (mariage ou union civile) comme bénéficiaire est irrévocable, à moins que vous ne cochiez la case Révocable dans toute section relative à la désignation de bénéficiaire.

4.1 Désignations pour l'assurance-vie

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

Nota :

- Si cette section n'est pas remplie, le bénéficiaire sera le propriétaire proposant ou les ayants droit du propriétaire proposant.
- Au Québec, la part du bénéficiaire décédé avant vous sera transmise au(x) bénéficiaire(s) survivant(s) de même ordre uniquement si vous avez désigné des bénéficiaires pour recevoir les prestations de décès en parts égales. Si les parts ne sont pas égales, la part du bénéficiaire décédé avant la personne assurée vous reviendra ou sera versée à vos ayants droit.

Prénom	Nom	Lien avec le propriétaire proposant (en dehors du Québec, avec la personne à assurer)	Désignation de bénéficiaires	Part des bénéficiaires (%)
(pour la Personne 1)			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Total 100 %
(pour la Personne 2)			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Total 100 %

b) Bénéficiaires en sous-ordre (Le total des parts qui leur reviennent doit être égal à 100 %.)

Prénom	Nom	Lien avec le propriétaire proposant (en dehors du Québec, avec la personne à assurer)	Désignation de bénéficiaires	Part des bénéficiaires (%)
(pour la Personne 1)			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	
(pour la Personne 2)			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	

4.2 Désignations pour l'assurance maladies graves

Nota : Si vous désignez un bénéficiaire de la prestation d'assurance maladies graves, vous ne recevrez pas cette prestation.

a) Bénéficiaire de la prestation d'assurance maladies graves

Nota : Si cette section n'est pas remplie, le bénéficiaire est le propriétaire proposant ou les ayants droit du propriétaire proposant.

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

b) Bénéficiaire de la garantie Remboursement des primes au décès

Nota :

- Si cette section n'est pas remplie, le bénéficiaire sera le propriétaire proposant ou les ayants droit du propriétaire proposant.
- Tout montant remboursable en vertu de la garantie Remboursement des primes à la résiliation ou à l'expiration est versé au propriétaire proposant ou aux ayants droit du propriétaire proposant.

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

4 Renseignements sur les bénéficiaires (suite)

4.3 Fiduciaire si un mineur est désigné comme bénéficiaire de l'assurance-vie ou de l'assurance maladies graves

Nota :

- À remplir si un bénéficiaire mineur est désigné à la section 4.1 ou 4.2.
- Ailleurs qu'au Québec, si vous désirez désigner un enfant mineur à titre de bénéficiaire, un fiduciaire doit être nommé pour que ce dernier puisse recevoir les fonds au nom de l'enfant.
- Au Québec, tout montant à être payé à un bénéficiaire durant la minorité de celui-ci sera payé au(x) parent(s) ou au tuteur légal de ce bénéficiaire.

a) Premiers bénéficiaires : Je désigne

b) Bénéficiaires en sous-ordre : Je désigne

c) Bénéficiaire de la prestation d'assurance maladies graves : Je désigne

d) Bénéficiaire de la garantie Remboursement des primes au décès : Je désigne

comme fiduciaire afin qu'il reçoive au nom du bénéficiaire désigné, durant la minorité de celui-ci, toutes les sommes revenant à ce bénéficiaire et j'autorise ce fiduciaire à utiliser ces sommes à sa discrétion, mais uniquement à l'avantage du bénéficiaire, pour procurer à celui-ci de l'aide financière ou subvenir à ses besoins ou couvrir ses frais d'études.

5 Transformations/ Remplacements/ Exercices d'options

Remplir cette section pour les transformations/exercices d'options avec une augmentation de la couverture et les remplacements.

Nota :

- Les modifications de contrats établis avant 2017 pourraient entraîner la perte des droits acquis et ainsi avoir des répercussions fiscales non souhaitables.
- Pour les remplacements d'un contrat d'assurance-vie existant ou d'une proposition existante, la réglementation exige la production d'un formulaire de préavis de remplacement (ou état comparatif) ou du formulaire Remplacement d'une police d'assurance vie – Déclaration (non requis pour l'assurance maladies graves sauf au Québec).
- Pour les remplacements partiels, si le reste du contrat existant est résilié, la réglementation exige la production d'un formulaire de préavis de remplacement (ou état comparatif) ou du formulaire Remplacement d'une police d'assurance vie – Déclaration.
- Si plus d'un contrat est remplacé, il faut produire pour chacun des contrats remplacés un formulaire de préavis de remplacement (ou état comparatif) ou le formulaire Remplacement d'une police d'assurance vie – Déclaration.
- Les contrats indiqués ci-dessous seront résiliés ou modifiés à la date d'entrée en vigueur de l'assurance demandée dans cette proposition.
- La résiliation ou la modification des contrats indiqués ci-dessous peut entraîner la perte d'un ou de plusieurs des avantages suivants : exonération de la prime, exonération en cas d'invalidité, décès accidentel, avances sur contrat à un taux d'intérêt de 6 %, garantie d'assurabilité, revenu pour invalidité, assurance maladies graves, assurance sur la tête d'autres personnes ou avantages fiscaux.
- Cette opération pourrait entraîner un gain sur contrat imposable.
- Toute modification peut être assujettie à des restrictions quant au montant de la prime et du capital-décès, tel que déterminé par la compagnie au moment de la modification.
- La compagnie peut demander des preuves d'assurabilité.
- Tout crédit associé à un contrat résilié ou à un paiement au titre de la présente proposition sera affecté au compte de primes ou au compte du contrat (selon le nouveau contrat), sous réserve des minimums et maximums applicables à moins d'indications contraires de votre part.
- Si les changements au contrat concernent uniquement l'usage du tabac et qu'il y a une augmentation de la couverture exigeant une tarification, utiliser la Demande de modification, de remise en vigueur ou de réévaluation de la surprime d'un contrat (F110) au lieu de la présente proposition.

5.1 Invalidité

Nota : La ou les personnes à assurer doivent répondre à ces 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 à la question pour elle.

Est-ce que la Personne 1 est actuellement invalide ou reçoit des prestations d'invalidité d'un de ses contrats?

Oui Non

Si «oui», indiquer le numéro du contrat : ()

Est-ce que la Personne 2 est actuellement invalide ou reçoit des prestations d'invalidité d'un de ses contrats?

Oui Non

Si «oui», indiquer le numéro du contrat : ()

5 Transformations/ Remplacements/ Exercices d'options (suite)

5.2 Renseignements sur les transformations, remplacements et exercices d'options

a) Indiquer les numéros de contrats d'assurance de la compagnie qui seront **résiliés au complet** en raison de la présente proposition (remplacement, transformation complète ou transformation partielle, **le reste de l'assurance étant soit résilié soit annexé au nouveau contrat**).

b) Indiquer les numéros de contrats d'assurance de la compagnie dont le **capital-décès est réduit** (transformation partielle ou transformation d'une garantie, **le reste de l'assurance demeurant en vigueur en vertu du contrat d'origine**).

c) Indiquer les numéros de contrats d'assurance de la compagnie en vertu desquels est exercée **une option de Garantie d'assurabilité ou d'Assurance temporaire d'enfant, d'Assurance temporaire de conjoint, d'Assurance temporaire du conjoint assuré, d'Assurance temporaire de la personne assurée additionnelle, de Protection de l'entreprise ou de Protection du partenaire d'affaires**.

d) Autres directives

6 Renseignements sur le contrat et les garanties

Dans la présente section :

- le mot *vous* désigne le propriétaire proposant, et
- les mots *Personne 1* et *Personne 2* désignent respectivement la Personne 1 à assurer et la Personne 2 à assurer, sauf indication contraire.

6.1 Temporaire Sun Life

\$

- 10 ans 15 ans 20 ans 30 ans

a) Sur une tête Sur deux têtes, payable au premier décès Multiassurance \$ 10 ans 15 ans 20 ans 30 ans
 (À remplir pour la Personne 2.)

b) Catégorie de risque demandée pour la Personne 1

- 1 non-fumeur 2 non-fumeur 3 non-fumeur 4 fumeur 5 fumeur

c) Catégorie de risque demandée pour la Personne 2

- 1 non-fumeur 2 non-fumeur 3 non-fumeur 4 fumeur 5 fumeur

6.2 Vie Protection

Sun Life avec participation II

\$

ou Vie Capitalisation

Sun Life avec participation II

\$

a) 10 ans 20 ans Paiement à vie (jusqu'à 100 ans)

- b) Sur une tête Sur deux têtes, payable au premier décès Sur deux têtes, payable au dernier décès
 primes payables jusqu'au premier décès (offert seulement pour les contrats payables à vie)
 primes payables jusqu'au second décès

6 Renseignements sur le contrat et les garanties (suite)

c) Options de participations (en choisir une)

- Bonifications d'assurance libérée (BAL)
- Réduction annuelle de la prime (offerte uniquement si les primes sont payées annuellement)
- Paiement comptant
- Participations capitalisées
- Complément d'assurance

Montant de l'assurance de base	Montant du complément	Total (assurance de base + complément)
\$	\$	\$

d) Prélèvement des primes sur les participations

Voulez-vous que nous vous avisions si le contrat que vous avez demandé peut bénéficier du prélèvement des primes sur les participations? Oui Non

Le prélèvement des primes sur les participations est une procédure administrative (et non un droit contractuel) qui peut vous permettre d'utiliser les participations et la valeur accumulée dans le contrat pour payer une partie des primes futures, si certaines conditions sont respectées. La date du prélèvement des primes sur les participations n'est pas garantie. Elle pourrait être plus rapprochée ou plus éloignée selon les modifications qui seront apportées au barème des participations à l'avenir. Si votre contrat peut bénéficier du prélèvement des primes sur les participations, il se pourrait qu'à un moment donné après le début de ce prélèvement, vous ayez à reprendre le paiement des primes vous-même.

e) Demande d'inscription sur la liste d'envoi

À l'établissement du contrat, vous aurez le droit d'assister aux assemblées des propriétaires de contrat ayant droit de vote de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie et d'y voter en personne ou par procuration.

Voulez-vous recevoir les avis de convocation à ces assemblées et tous les renseignements pertinents? Oui Non

Si cette section n'est pas remplie, nous présumerons que la réponse est «oui».

6.3 Vie Accélération Sun Life avec participation

\$ (Montant de l'assurance de base + montant du complément)

a) Sur une tête Sur deux têtes, payable au premier décès Sur deux têtes, payable au dernier décès (primes payables jusqu'au second décès)

b) Demande d'inscription sur la liste d'envoi

À l'établissement du contrat, vous aurez le droit d'assister aux assemblées des propriétaires de contrat ayant droit de vote de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie et d'y voter en personne ou par procuration.

Voulez-vous recevoir les avis de convocation à ces assemblées et tous les renseignements pertinents? Oui Non

Si cette section n'est pas remplie, nous présumerons que la réponse est «oui».

6.4 Vie universelle Sun Life II

\$

b) Sur une tête Sur deux têtes, payable au premier décès Sur deux têtes, payable au dernier décès

- CDA payable jusqu'au premier décès
- CDA payable jusqu'au second décès

b) Options de capital-décès (en choisir une)

- Montant d'assurance plus compte du contrat
- Montant d'assurance uniforme
- Montant d'assurance uniforme plus indexation de % par an (indiquer un multiple de 0,25 % compris entre 1 % et 8 %)
- Montant d'assurance uniforme plus remboursement des paiements
- Montant d'assurance uniforme plus coût de base rajusté

c) Coût de l'assurance (CDA)

- Uniforme
- Taux d'une assurance temporaire renouvelable annuellement jusqu'à l'âge de 85 ans
- Taux d'une assurance temporaire renouvelable annuellement jusqu'à l'âge de 70 ans
- Uniforme pendant 10 ans
- Uniforme pendant 15 ans
- Uniforme pendant 20 ans

6 Renseignements sur le contrat et les garanties (suite)

d) Options de comptes de placement

Vous devez répartir vos paiements entre les options de comptes de placement qui suivent. Le pourcentage du paiement à affecter à un compte doit être un multiple de 5 %, et le total des pourcentages doit être égal à 100 %. De plus, un minimum de 100 \$ s'applique à chaque compte. Donc, nous effectuerons le transfert aux options de comptes de placement que vous avez choisies seulement si, compte tenu des pourcentages indiqués, nous pouvons investir au moins 100 \$ dans chaque compte.

Si vous avez choisi une option de compte de placement qui n'est plus offerte et que ce changement ne figure pas encore dans le présent formulaire, nous affecterons le montant sélectionné au compte à intérêt quotidien (CIQ). Nous vous aviserons des options offertes à ce moment-là afin que vous puissiez en choisir une autre. Vous pourrez ensuite nous indiquer votre nouveau choix. Nous affecterons les fonds du compte à intérêt quotidien (CIQ) à l'option de votre choix à la date où nous recevons vos directives.

Comptes à intérêt	Pourcentage	Comptes gérés	Pourcentage
Compte à intérêt quotidien		Indiciel d'actions mondiales BlackRock	
Comptes à intérêt garanti (CIG) : 1 an		Indiciel d'actions américaines BlackRock	
3 ans		Catégorie de société d'actions canadiennes Cambridge CI	
5 ans		Revenu et croissance Signature CI	
10 ans		Indiciel d'actions canadiennes BlackRock Sun Life	
Compte diversifié Sun Life Nota : un placement minimum de 10 000 \$ (déduction faite du coût de l'assurance pour la première année) est requis.		Indiciel d'obligations canadiennes BlackRock Sun Life	
		Rendement stratégique Dynamique Sun Life	
		Portefeuille équilibré Granite Sun Life	
		Portefeuille croissance équilibré Granite Sun Life	
		Portefeuille prudent Granite Sun Life	
		Portefeuille revenu élevé Granite Sun Life	
		Portefeuille croissance Granite Sun Life	
		Portefeuille revenu Granite Sun Life	
		Portefeuille modéré Granite Sun Life	
		Obligations canadiennes MFS Sun Life	
		Croissance actions canadiennes MFS Sun Life	
		Valeur mondial MFS Sun Life	
		Actions américaines MFS Sun Life	
		Multistratégie à rendement cible Sun Life	

Sous-total % + Sous-total % = 100%

Les intérêts produits par un CIG sont capitalisés automatiquement jusqu'à l'échéance du compte.

À l'échéance, le solde des CIG sera affecté automatiquement au compte d'opérations, à moins que vous ne cochiez la case suivante :

pour demander qu'il soit alors affecté à un nouveau compte de même durée.

Selon quel ordre de priorité désirez-vous que soient effectués les retraits et les transferts de vos comptes de placement? Si aucun choix n'est indiqué, les retraits seront «proportionnels». (Cocher une case.)

- Retraits proportionnels :** **Ordre de retrait substitutif 1 :** **Ordre de retrait substitutif 2 :**
- Retraits proportionnels prélevés sur tous les comptes de placement, en fonction de la valeur de chaque compte au moment du retrait.
 - Les retraits sont effectués selon l'ordre suivant :
 - Compte à intérêt quotidien
 - Comptes gérés, proportionnellement au solde de chacun de ces comptes
 - Comptes à intérêt garanti (en premier de la tranche dont l'échéance est la plus proche)
 - Compte diversifié Sun Life
 - Les retraits sont effectués selon l'ordre suivant :
 - Compte à intérêt quotidien
 - Comptes à intérêt garanti (en premier de la tranche dont l'échéance est la plus proche)
 - Comptes gérés, proportionnellement au solde de chacun de ces comptes
 - Compte diversifié Sun Life

6 Renseignements sur le contrat et les garanties (suite)

e) Maintien de l'exonération d'impôt du contrat

Cocher l'une des cases ci-dessous. **Nota** : Si cette section n'est pas remplie, le choix par défaut est Augmenter le montant d'assurance du pourcentage nécessaire (jusqu'à un maximum de 8 %), puis inverser les augmentations dès qu'il est possible de le faire sans risquer que le contrat cesse d'être exonéré (à noter que le coût de l'assurance sera modifié en conséquence).

- Maintenir le même montant d'assurance.
- Augmenter le montant d'assurance du pourcentage nécessaire (jusqu'à un maximum de 8 %), puis inverser les augmentations dès qu'il est possible de le faire sans risquer que le contrat cesse d'être exonéré (à noter que le coût de l'assurance sera modifié en conséquence). **Nota** : Non offert si l'option de capital-décès choisie est Montant d'assurance uniforme plus indexation, Montant d'assurance uniforme plus remboursement des paiements ou Montant d'assurance uniforme plus coût de base rajusté.
- Augmenter le montant d'assurance du pourcentage nécessaire (jusqu'à un maximum de 8 % et le coût de l'assurance sera augmenté en conséquence), sans inverser ensuite les augmentations.

En outre, un compte accessoire doit être établi pour y affecter les fonds excédentaires. **Nota** : Si aucun choix n'est fait, le compte par défaut sera le compte à intérêt quotidien.

- Compte à intérêt quotidien
- Compte à intérêt garanti – 1 an

f) Options implicites

Si l'aperçu requis n'est pas joint à la présente proposition et/ou si vous n'avez pas fourni tous les renseignements requis, votre contrat comprendra les options suivantes :

- Option de capital-décès – Montant d'assurance plus compte du contrat
- Coût de l'assurance – Taux uniformes garantis
- Compte accessoire – Transferts au compte à intérêt quotidien
- Exonération d'impôt du contrat – Augmenter le montant d'assurance du pourcentage nécessaire (jusqu'à un maximum de 8 %), puis inverser les augmentations dès qu'il est possible de le faire sans risquer que le contrat cesse d'être exonéré (à noter que le coût de l'assurance sera modifié en conséquence)
- Options de comptes de placement – Compte à intérêt quotidien 100 %
- Ordre de retrait – Retraits proportionnels au solde de chacun des comptes

6.5 Assurance maladies graves Sun Life \$

- Temporaire 10 ans
- Temporaire à 75 ans
Période de paiement garantie
 15 ans Jusqu'à 75 ans
- À vie
Période de paiement garantie
 10 ans 15 ans Jusqu'à 100 ans

Si vous faites une demande de transformation et que le contrat d'assurance maladies graves antérieur ne couvrait pas toutes les maladies couvertes de l'assurance de base pour laquelle vous faites une demande, souhaitez-vous demander la couverture pour ces maladies et présenter des preuves d'assurabilité? Oui Non

6.6 Autre \$

Nom du contrat :

6 Renseignements sur le contrat et les garanties (suite)

6.7 Garanties facultatives

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

a) Garanties offertes pour les contrats d'assurance-vie

Exonération en cas d'invalidité totale Personne 1 Personne 2

Assurance temporaire pour la Personne 1

Assurance temporaire pour une personne assurée additionnelle de la Personne 1

Temporaire 10 ans renouvelable \$

Temporaire 10 ans renouvelable \$

10 ans avec Protection-renouvellement \$

10 ans avec Protection-renouvellement \$

Temporaire 15 ans renouvelable \$

Temporaire 15 ans renouvelable \$

Temporaire 20 ans renouvelable \$

Temporaire 20 ans renouvelable \$

Temporaire 30 ans renouvelable \$

Temporaire 30 ans renouvelable \$

Assurance temporaire pour la Personne 2

Assurance temporaire pour une personne assurée additionnelle de la Personne 2

Temporaire 10 ans renouvelable \$

Temporaire 10 ans renouvelable \$

10 ans avec Protection-renouvellement \$

10 ans avec Protection-renouvellement \$

Temporaire 15 ans renouvelable \$

Temporaire 15 ans renouvelable \$

Temporaire 20 ans renouvelable \$

Temporaire 20 ans renouvelable \$

Temporaire 30 ans renouvelable \$

Temporaire 30 ans renouvelable \$

Garantie d'assurabilité Personne 1 \$ Personne 2 \$

Décès accidentel Personne 1 \$ Personne 2 \$

Assurance temporaire d'enfant Personne 1 \$ Personne 2 \$

Exonération en cas d'invalidité du propriétaire **Nota :** Remplir les sections 9 à 13 au sujet du propriétaire proposant.

Exonération en cas de décès du propriétaire **Nota :** Remplir les sections 9 à 13 au sujet du propriétaire proposant.

Protection de l'entreprise Personne 1 \$ Personne 2 \$

Other

Personne 1 \$ Nom de la garantie

Personne 2 \$ Nom de la garantie

b) Vie Protection Sun Life avec participation II et Vie Capitalisation Sun Life avec participation II seulement

Garantie Prime Plus (GPP) (non offerte avec l'option de paiements sur 10 ans.)

Options de paiement pour la GPP :

Paiements périodiques (paiements réguliers mensuels ou annuels) :

Mensuels \$ Annuels \$

6 Renseignements sur le contrat et les garanties (suite)

c) Temporaire Sun Life seulement

- Protection-renouvellement (**Temporaire Sun Life 10 ans**) : Personne 1 Personne 2
- Protection du partenaire d'affaires (offerte seulement dans le cas de trois personnes à assurer ou plus)

d) Assurance maladies graves Sun Life uniquement

Nota : Dans le cas de l'Assurance maladies graves Sun Life, une fois le contrat établi, il n'est plus possible d'augmenter les garanties facultatives ni d'en ajouter au contrat à l'exception de l'option de transformation en assurance de soins de longue durée. Cette option ne peut être ajoutée qu'une fois qu'un contrat pour jeune aura été établi, entre l'anniversaire du contrat le plus proche du 18^e anniversaire de naissance de la personne assurée et l'anniversaire du contrat le plus proche de son 19^e anniversaire.

- Exonération en cas d'invalidité totale
- Option de transformation en assurance de soins de longue durée
- Garantie Remboursement des primes :
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> au décès | | <input type="checkbox"/> à la résiliation (assurance à vie seulement) |
| <input type="checkbox"/> à la résiliation ou à l'expiration (Temporaire 10 ans ou Temporaire à 75 ans) | | <input type="checkbox"/> Adulte : |
| <input type="checkbox"/> Adulte : | | <input type="checkbox"/> 15 ans |
| <input type="checkbox"/> 15 ans | | <input type="checkbox"/> à 65 ans |
| <input type="checkbox"/> à 65 ans | | <input type="checkbox"/> à 75 ans |
| <input type="checkbox"/> à 75 ans | | <input type="checkbox"/> Enfant |
| <input type="checkbox"/> Enfant | | <input type="checkbox"/> à l'avance |
| <input type="checkbox"/> à l'avance | | <input type="checkbox"/> à 35 ans |
| <input type="checkbox"/> à 35 ans | | |
- Exonération en cas d'invalidité du propriétaire **Nota** : Remplir les sections 9 à 13 au sujet du propriétaire proposant.
- Exonération en cas de décès du propriétaire **Nota** : Remplir les sections 9 à 13 au sujet du propriétaire proposant.

7 Reconnaissance de variabilité

Dans la présente section, le mot *je* désigne le ou les propriétaires proposant.

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

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

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

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

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

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

8

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

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

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

Nota :

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

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

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

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

Vérification de l'identité

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

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

a) Pièce d'identité avec photo :

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

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

b) Processus double :

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

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

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



8

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

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

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

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

a) Pièce d'identité avec photo :

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

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

b) Processus double :

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

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

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

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

8

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

8.1 Détermination de tiers

Voici quelques exemples de tiers :

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

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

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

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

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

--

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

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

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

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

Nota :

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

8

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

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

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

Prénom du propriétaire proposant 1		Nom	
Prénom (EPV) s'il n'est pas propriétaire proposant		Lien avec le propriétaire proposant (EPV)	
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	
Prénom du propriétaire proposant 1		Nom	
Prénom (EPV) s'il n'est pas propriétaire proposant		Lien avec le propriétaire proposant (EPV)	
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	
Prénom du propriétaire proposant 2		Nom	
Prénom (EPV) s'il n'est pas propriétaire proposant		Lien avec le propriétaire proposant (EPV)	
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	
Prénom du propriétaire proposant 2		Nom	
Prénom (EPV) s'il n'est pas propriétaire proposant		Lien avec le propriétaire proposant (EPV)	
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	

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

Oui Non

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

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

Prénom du propriétaire proposant 1		Nom	
Prénom (NPV) s'il n'est pas propriétaire proposant		Nom	Lien avec le propriétaire proposant (NPV)
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	
Prénom du propriétaire proposant 1		Nom	
Prénom (NPV) s'il n'est pas propriétaire proposant		Nom	Lien avec le propriétaire proposant (NPV)
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	
Prénom du propriétaire proposant 2		Nom	
Prénom (NPV) s'il n'est pas propriétaire proposant		Nom	Lien avec le propriétaire proposant (NPV)
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	
Prénom du propriétaire proposant 2		Nom	
Prénom (NPV) s'il n'est pas propriétaire proposant		Nom	Lien avec le propriétaire proposant (NPV)
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	

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

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

Voici des exemples d'organisations internationales :

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

Prénom du propriétaire proposant 1		Nom	
Prénom (DOI) s'il n'est pas propriétaire proposant		Nom	Lien avec le propriétaire proposant (DOI)
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	
Prénom du propriétaire proposant 1		Nom	
Prénom (DOI) s'il n'est pas propriétaire proposant		Nom	Lien avec le propriétaire proposant (DOI)
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	

8

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

Prénom du propriétaire proposant 2		Nom	
Prénom (DOI) s'il n'est pas propriétaire proposant	Nom		Lien avec le propriétaire proposant (DOI)
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	
Prénom du propriétaire proposant 2		Nom	
Prénom (DOI) s'il n'est pas propriétaire proposant	Nom		Lien avec le propriétaire proposant (DOI)
Pays où la personne occupe la charge	Organisation ou institution	Charge occupée (indiquer tous les numéros de la liste qui s'appliquent)	

Source du paiement et but du produit

8.3 Fournir la source de paiement pour cette proposition. (Sélectionner tout ce qui s'applique.)

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

--

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

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

--

Personne 1

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Personne 2

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

**Propriétaire
proposant**

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

9 Renseignements personnels

Dans la présente section, le mot *vous* désigne la ou les personnes à assurer et/ou le propriétaire proposant. La ou les personnes à assurer et/ou le propriétaire proposant du contrat qui ont demandé les garanties facultatives Exonération en cas d'invalidité du propriétaire ou Exonération en cas de décès du propriétaire 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 vos demandes de règlement futures et annuler tous les contrats qu'elle a établis sur votre tête. Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.

Nota :

- Si la proposition comprend la garantie Assurance temporaire pour une personne assurée additionnelle ou porte sur un contrat multiassurance sur la tête de plus de deux personnes à assurer, une proposition distincte doit être remplie en vue de présenter les preuves d'assurabilité requises.
- Fournir des renseignements au sujet du propriétaire proposant dans les sections 9 à 13 seulement si les garanties facultatives Exonération en cas d'invalidité du propriétaire ou Exonération en cas de décès du propriétaire ont été demandées.

9.1 Usage du tabac**Nota :**

- Les personnes à assurer de moins de 16 ans n'ont pas à répondre à la question de la section 9.1.
- Il n'est pas nécessaire de répondre à la question de la section 9.1 s'il s'agit d'une demande de transformation et si le tarif de fumeur ou de non-fumeur est transféré au nouveau contrat.

	Personne 1	Personne 2	Propriétaire proposant
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? Si «oui», donner des précisions	<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	Produit(s)	Quantité et fréquence	Date(s) dernière fois (jj-mm-aaaa)
Personne 1			
Personne 2			
Propriétaire proposant			

9.2 Assurances souscrites par le passé et préavis de remplacement/État comparatif et/ou Remplacement d'une police d'assurance vie – Déclaration

	Personne 1	Personne 2	Propriétaire proposant
a) Avez-vous de l'assurance-vie et/ou de l'assurance maladies graves en vigueur sur votre tête?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si «oui», donner des précisions ci-dessous.

Personne à assurer	Date(s) d'établissement (mm-aaaa)	Type(s) de contrat(s)	Montant(s) (y compris les garanties)	Nom de la ou des compagnies	Remplacement	Personnelle ou d'entreprise
Personne 1		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Entreprise

EAPPF



Personne 1

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Personne 2

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

**Propriétaire
proposant**

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

9 Renseignements personnels (suite)

Personne 2	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Entreprise
Propriétaire proposant	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Entreprise

- b) Pour le remplacement d'un contrat d'assurance-vie existant ou d'une proposition existante, la réglementation exige la production d'un formulaire de préavis de remplacement (ou état comparatif) ou du formulaire Remplacement d'une police d'assurance vie – Déclaration. Cette proposition a-t-elle pour but de remplacer ou de réduire les garanties d'un contrat d'assurance existant ou d'une proposition d'assurance à l'étude auprès de n'importe quelle compagnie (autrement que par transformation)? Oui Non

Nota :

- Si «oui», remplir le formulaire de préavis de remplacement applicable et le joindre à la proposition.
- Si plus d'un contrat est remplacé, il faut produire un formulaire de préavis de remplacement distinct pour chacun des contrats remplacés.
- Pour l'assurance maladies graves, le formulaire de préavis de remplacement n'est requis que pour les propositions au Québec.
- Un formulaire de préavis de remplacement n'est pas requis lorsqu'il s'agit d'une proposition de transformation ou du remplacement d'une assurance prêt hypothécaire par une bancassurance ou une assurance créances.

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

Personne 1**Personne 2****Propriétaire
proposant** Oui Non Oui Non Oui Non**Personne
à assurer****Nom de la ou des compagnies****Type(s) de contrat(s)****Montant(s)
demandé(s)****Montant total de la nouvelle
assurance à mettre en vigueur
auprès de toutes les compagnies**

Personne 1				
Personne 2				
Propriétaire proposant				

Personne 1**Personne 2****Propriétaire
proposant**

- d) Avez-vous **déjà** eu une ou des propositions d'assurance-vie, d'assurance-invalidité, d'assurance maladies graves ou d'assurance de soins de longue durée ayant fait l'objet d'un refus, d'une surprime, d'un report, d'une annulation ou d'une modification quelconque?

 Oui Non Oui Non Oui Non

Si «oui», préciser le nom de la compagnie, la date et la raison dans l'espace ci-dessous.

Personne 1	
Personne 2	
Propriétaire proposant	

Contrat numéro (réservé au siège social)

Personne 1 Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Personne 2 Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Propriétaire proposant Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

9 Renseignements personnels (suite)

9.3 Renseignements sur l'emploi

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

a) Quelle profession exercez-vous?

Personne 1	
Personne 2	
Propriétaire proposant	

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

Personne 1	
Personne 2	
Propriétaire proposant	

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

Personne 1	
Personne 2	
Propriétaire proposant	

9.4 Renseignements financiers

Nota : Les personnes à assurer de moins de 16 ans n'ont pas à répondre aux questions de la section 9.4.

	Personne 1	Personne 2	Propriétaire proposant
a) Quel est votre revenu annuel gagné, y compris le salaire, les commissions et les gratifications?.....	\$	\$	\$
b) Quel est votre revenu annuel provenant d'autres sources, y compris rentes, dividendes, intérêts et revenus immobiliers?.....	\$	\$	\$
c) À combien estimez-vous votre valeur nette personnelle au Canada?	\$	\$	\$
d) À combien estimez-vous votre valeur nette personnelle à l'étranger?	\$	\$	\$
e) Au cours des 5 dernières années , avez-vous fait une faillite personnelle ou d'entreprise ou fait l'objet d'une requête de mise en faillite?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si «oui», donner des précisions ci-dessous.

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

Circonstances de la faillite

Personne 1		
Personne 2		
Propriétaire proposant		

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

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

Contrat numéro (réservé au siège social)

Personne 1

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Personne 2

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

**Propriétaire
proposant**

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

9 Renseignements personnels (suite)**9.5 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 9.5.

	Personne 1	Personne 2	Propriétaire proposant
a) Au cours des 10 dernières années , avez-vous 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? <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

Si «oui», fournir les renseignements suivants.

Produit(s)	Quantité consommée et fréquence	Date dernière fois (jj-mm-aaa)
<input type="checkbox"/> marijuana ou hashisch mélangé au tabac		
<input type="checkbox"/> marijuana ou hashisch non mélangé au tabac		
<input type="checkbox"/> autre _____		
<input type="checkbox"/> autre _____		

b) Consommez-vous de l'alcool? Si «oui», donner des précisions ci-dessous..... Oui Non | Oui Non | Oui Non

Personne à assurer	Produit(s) - Indiquer tout ce qui s'applique	Quantité consommée et fréquence		
Personne 1	<input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> Spiritueux	Bière : Nombre de bouteille(s) : _____ par <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine ou <input type="checkbox"/> mois	Vin : Nombre de verre(s) : _____ par <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine ou <input type="checkbox"/> mois	Spiritueux : oz : _____ ou ml : _____ par <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine ou <input type="checkbox"/> mois
Personne 2	<input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> Spiritueux	Bière : Nombre de bouteille(s) : _____ par <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine ou <input type="checkbox"/> mois	Vin : Nombre de verre(s) : _____ par <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine ou <input type="checkbox"/> mois	Spiritueux : oz : _____ ou ml : _____ par <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine ou <input type="checkbox"/> mois
Propriétaire proposant	<input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> Spiritueux	Bière : Nombre de bouteille(s) : _____ par <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine ou <input type="checkbox"/> mois	Vin : Nombre de verre(s) : _____ par <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine ou <input type="checkbox"/> mois	Spiritueux : oz : _____ ou ml : _____ par <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine ou <input type="checkbox"/> mois

	Personne 1	Personne 2	Propriétaire proposant
c) Avez-vous déjà été traité pour consommation d'alcool ou de drogues ou vous a-t-on déjà dit que vous deviez en réduire la quantité ou la fréquence ou que vous deviez 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si «oui», remplir le *Questionnaire relatif à la consommation d'alcool (F26)* et/ou le *Questionnaire relatif à l'usage de drogues (F12)*, selon le cas, et joindre ce(s) dernier(s) à la présente proposition.

9.6 Antécédents de conduite automobile

Nota : Les personnes à assurer de moins de 16 ans n'ont pas à répondre aux questions de la section 9.6.

	Personne 1	Personne 2	Propriétaire proposant
a) Avez-vous été accusé ou reconnu coupable d'une des infractions suivantes :			
i) au cours des 10 dernières années , une infraction liée à la conduite d'un véhicule sous l'effet de l'alcool ou d'une drogue ou au refus de passer l'alcootest? <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
ii) au cours des 3 dernières années , d'autres infractions liées à la conduite d'un véhicule? (Exclure les contraventions de stationnement et celles pour avoir omis de fournir la documentation d'assurance ou le titre de propriété du véhicule.)..... <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

Nota : Si «oui» à i) ou ii), donner des précisions ci-dessous. Dans le cas des contraventions pour excès de vitesse, indiquer le nombre de km/h en excédent de la vitesse permise.

Contrat numéro (réservé au siège social)

Personne 1

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Personne 2

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

**Propriétaire
proposant**

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

9 Renseignements personnels (suite)

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

9.7 Résidence et voyages à l'étranger

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

Personne à assurer	Pays et villes	Durée du séjour à chaque endroit	Raison du séjour à chaque endroit	Date(s) des séjours (mm-aaaa)
Personne 1				
Personne 2				
Propriétaire proposant				

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

Personne à assurer	Pays et villes	Durée du séjour à chaque endroit	Raison du séjour à chaque endroit	Date(s) des séjours (mm-aaaa)
Personne 1				
Personne 2				
Propriétaire proposant				

9.8 Autres renseignements

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

- a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous voyagé en aéronef comme pilote, membre de l'équipage ou agent de bord ou avez-vous l'intention de le faire dans les 12 prochains mois? Oui Non Oui Non Oui Non
- Si «oui», remplir le *Questionnaire relatif à l'aviation (F4)* et joindre ce dernier à la proposition.

Personne 1

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Personne 2

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

**Propriétaire
proposant**

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

9 Renseignements personnels (suite)

- | | Personne 1 | Personne 2 | Propriétaire
proposant |
|---|---|---|---|
| b) Au cours des 12 derniers mois , avez-vous pratiqué des activités dangereuses du type course de véhicules motorisés, plongée sous-marine, escalade, parachutisme, deltaplane, héliski et, dans l'arrière-pays ou hors pistes, ski/planche à neige/motoneige ou toute autre activité dangereuse, ou avez-vous l'intention de le faire dans les 12 prochains mois ? <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 |
| Si «oui», remplir le questionnaire approprié et joindre ce dernier à la proposition. | | | |
| c) Au cours des 10 dernières années , avez-vous été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle ou avez-vous été emprisonné? Êtes-vous actuellement en probation, en libération conditionnelle ou en libération d'office? <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 |
| Si «oui», donner des précisions ci-dessous. | | | |

**Personne à
assurer****Précisions**

<input type="checkbox"/> Personne 1 <input type="checkbox"/> Personne 2 <input type="checkbox"/> Propriétaire proposant	
<input type="checkbox"/> Personne 1 <input type="checkbox"/> Personne 2 <input type="checkbox"/> Propriétaire proposant	
<input type="checkbox"/> Personne 1 <input type="checkbox"/> Personne 2 <input type="checkbox"/> Propriétaire proposant	

9.9 Assurance individuelle sur la tête d'un enfant

Nota : Remplir la section suivante si la personne à assurer est âgée de moins de 16 ans et si une assurance-vie ou une assurance maladies graves individuelle est demandée sur sa tête (à l'exclusion de la garantie Assurance temporaire d'enfant).

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

La personne à assurer vit-elle avec le propriétaire proposant? Oui Non

Si «non», avec qui vit-elle et à quel endroit (nom et ville)?

Le propriétaire proposant connaît-il tous les antécédents médicaux de la personne à assurer? Oui Non Si «non», indiquer le nom de la personne qui fournit les renseignements personnels et médicaux requis et son lien avec l'enfant à assurer. Cette personne doit également signer à la page 43.

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

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

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

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

Contrat numéro (réservé au siège social)

Personne 1

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Personne 2

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

**Propriétaire
proposant**

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

9 Renseignements personnels (suite)

d) À combien estimez-vous la valeur nette des parents au Canada?

 \$

e) À combien estimez-vous la valeur nette des parents à l'étranger?

 \$

f) La personne à assurer a-t-elle des frères et sœurs de 15 ans ou moins? Oui Non Si «non», passer à la section 10.

i) Si «oui», pour les frères et sœurs qui sont assurables et âgés de 15 ans ou moins, y a-t-il un montant semblable d'assurance-vie et/ou d'assurance maladies graves en vigueur, à l'étude ou qui est envisagé? Oui Non

ii) Si «non» à i) et qu'il s'agit d'une proposition d'assurance-vie, indiquer dans l'espace ci-dessous le montant d'assurance pour ce frère ou cette sœur et la raison de la différence.

iii) Si «non» à i) et qu'il s'agit d'une proposition d'assurance maladies graves, indiquer dans l'espace ci-dessous le montant d'assurance pour ce frère ou cette sœur et la raison de la différence.

Personne 1

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Personne 2

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

**Propriétaire
proposant**

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

10 Renseignements sur le médecin ou la clinique

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

Personne 1	a) Avez-vous une clinique ou un médecin habituels? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si « oui », 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 « oui » en a). b) Au cours des 5 dernières années , 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 « oui », date du plus récent examen médical ou bilan de santé : (jj-mm-aaaa)	
	Répondre à c) s'il a été répondu « non » en a). c) Au cours des 5 dernières années , 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 « oui », date du plus récent examen médical ou bilan de santé : (jj-mm-aaaa)	
	Si « oui », 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 « oui », 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 « oui » en a). b) Au cours des 5 dernières années , 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 « oui », date du plus récent examen médical ou bilan de santé : (jj-mm-aaaa)	
	Répondre à c) s'il a été répondu « non » en a). c) Au cours des 5 dernières années , 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 « oui », date du plus récent examen médical ou bilan de santé : (jj-mm-aaaa)	
	Si « oui », nom et adresse du médecin consulté.				

Propriétaire proposant	a) Avez-vous une clinique ou un médecin habituels? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si « oui », 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 « oui » en a). b) Au cours des 5 dernières années , 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 « oui », date du plus récent examen médical ou bilan de santé : (jj-mm-aaaa)	
	Répondre à c) s'il a été répondu « non » en a). c) Au cours des 5 dernières années , 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 « oui », date du plus récent examen médical ou bilan de santé : (jj-mm-aaaa)	
	Si « oui », nom et adresse du médecin consulté.				

**Nota : Si un examen paramédical ou médical sera effectué, passer à la section 15.**

Personne 1

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Personne 2

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

**Propriétaire
proposant**

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Nota : Dans les sections 11 à 13, le mot *vous* désigne la ou les personnes à assurer et/ou le propriétaire proposant. La ou les personnes à assurer et/ou le propriétaire proposant du contrat, qui ont demandé les garanties facultatives Exonération en cas d'invalidité du propriétaire, Exonération en cas de décès du propriétaire ou les garanties Invalidité ou Décès du propriétaire, 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.

11 Antécédents familiaux

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

	Personne 1	Personne 2	Propriétaire proposant
a) Y a-t-il des membres de votre famille (mère, père, soeurs ou frères) qui ont reçu le diagnostic d'une des affections suivantes avant l'âge de 65 ans : maladie du coeur, accident vasculaire cérébral (AVC)/accident ischémique transitoire (AIT), cancer (y compris leucémie, lymphome et maladie de Hodgkin), diabète ou maladie de Parkinson?.....	<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) Y a-t-il des membres de votre famille (mère, père, soeurs ou frères) 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 tout autre trouble ou maladie héréditaire?.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

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

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					
Propriétaire proposant					

12 Taille et poids**12.1 Personnes à assurer âgées de plus de 10 ans**

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

Personne à assurer	Taille	Poids	Au cours des 12 derniers mois, la personne a-t-elle 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», donner des précisions, y compris le poids perdu et la cause de la perte de poids :
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», donner des précisions, y compris le poids perdu et la cause de la perte de poids :
Propriétaire proposant	<input type="checkbox"/> pi et po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si «oui», donner des précisions, y compris le poids perdu et la cause de la perte de poids :

Personne 1 Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Personne 2 Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Propriétaire proposant Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

12 Taille et poids (suite)

12.2 Personnes à assurer âgées de 1 à 10 ans

- a) Au cours des **2 dernières années**, un médecin ou autre professionnel de la santé vous a-t-il dit que votre taille, votre poids ou votre croissance physique ne progressait pas à un rythme normal? Oui Non
- b) Au cours des **2 dernières années**, un médecin ou autre professionnel de la santé vous a-t-il dit que vous deviez prendre du poids, perdre du poids ou suivre un régime? Oui Non
- c) Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous perdu plus de 4,5 kg (10 lb)? Oui Non

Si «oui» à a), b) ou c), quelle est votre taille actuelle mesurée? pi et po cm Quel est votre poids actuel pesé? lb kg

Donner des précisions, y compris le diagnostic et les conseils du médecin. Si vous avez perdu du poids au cours des **12 derniers mois**, indiquer combien de poids vous avez perdu et la cause de la perte de poids.

12.3 Enfants âgés de moins d'un an

- | | | |
|--|---|---|
| | Personne 1 | Personne 2 |
| a) Votre naissance a-t-elle été prématurée de plus de 4 semaines ou présentez-vous un retard de croissance de la taille ou du poids? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| b) Un médecin ou autre professionnel de la santé vous a-t-il dit que votre taille, votre poids ou votre croissance physique ne progressait pas à un rythme normal? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Si «oui» à a) ou b), quel était votre poids à la naissance? lb kg Quelle est votre taille actuelle mesurée? pi et po cm

Quel est votre poids actuel pesé? lb kg

Donner des précisions, y compris la situation actuelle et tout autre renseignement pertinent.

Personne 1	
Personne 2	

13 Antécédents médicaux personnels

13.1 Renseignements médicaux

Dans la présente section, le mot *vous* désigne la ou les personnes à assurer et/ou le propriétaire proposant. La ou les personnes à assurer et/ou le propriétaire proposant du contrat qui ont demandé les garanties facultatives Exonération en cas d'invalidité du propriétaire ou Exonération en cas de décès du propriétaire, 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

- | | | | |
|--|---|---|---|
| | Personne 1 | Personne 2 | Propriétaire proposant |
| a) Coeur et système circulatoire | | | |
| Avez-vous déjà été traité pour ce qui suit ou en avez-vous déjà présenté des symptômes : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• hypertension artérielle• taux de cholestérol élevé• angine• douleurs à la poitrine• crise cardiaque | <ul style="list-style-type: none">• maladie coronarienne• accident ischémique transitoire (AIT)• accident vasculaire cérébral (AVC) | <ul style="list-style-type: none">• souffle cardiaque• pouls irrégulier• caillot(s) sanguin(s)• maladie vasculaire périphérique (mauvaise circulation) | <ul style="list-style-type: none">• anévrisme• tout autre trouble ou maladie du coeur ou des vaisseaux sanguins |
|---|---|---|--|

Si «oui» pour l'une ou l'autre des affections en a), donner des précisions dans l'espace ci-dessous. Dresser la liste de chacune des affections, y compris les traitements requis, les dates, les durées et les résultats des tests et indiquer les noms et adresses des hôpitaux, des cliniques et des médecins consultés.

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

Personne 1

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Personne 2

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

**Propriétaire
proposant**

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

13 Antécédents médicaux personnels (suite)**Personne à
assurer****Précisions**

<input type="checkbox"/> Personne 1	
<input type="checkbox"/> Personne 2	
<input type="checkbox"/> Propriétaire proposant	
<input type="checkbox"/> Personne 1	
<input type="checkbox"/> Personne 2	
<input type="checkbox"/> Propriétaire proposant	

b) Masses anormales ou tumeurs malignes**Personne 1****Personne 2****Propriétaire
proposant**Avez-vous **déjà** été traité pour ce qui suit ou en avez-vous **déjà**présenté des symptômes : Oui Non | Oui Non | Oui Non

- cancer
- leucémie
- lymphome
- mélanome
- naevus dysplasique (grain de beauté atypique)
- carcinome basocellulaire
- tumeur
- kyste(s)
- polype(s)
- toute autre masse anormale ou tumeur maligne

Si «oui» pour l'une ou l'autre des affections en b), donner des précisions dans l'espace ci-dessous. Dresser la liste de chacune des affections, y compris les traitements requis, les dates, les durées et les résultats des tests et indiquer les noms et adresses des hôpitaux, des cliniques et des médecins consultés.

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

**Personne à
assurer****Précisions**

<input type="checkbox"/> Personne 1	
<input type="checkbox"/> Personne 2	
<input type="checkbox"/> Propriétaire proposant	
<input type="checkbox"/> Personne 1	
<input type="checkbox"/> Personne 2	
<input type="checkbox"/> Propriétaire proposant	

Contrat numéro (réservé au siège social)

Personne 1

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Personne 2

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

**Propriétaire
proposant**

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

13 Antécédents médicaux personnels (suite)**c) Glandes et/ou système endocrinien****Personne 1****Personne 2****Propriétaire
proposant**Avez-vous **déjà** été traité pour ce qui suit ou en avez-vous **déjà**présenté des symptômes : Oui Non Oui Non Oui Non

- diabète
- diabète gestationnel
- anomalie de la glycémie
- goitre
- hyperthyroïdie
- hypothyroïdie
- trouble ou maladie d'une glande ou des ganglions lymphatiques
- tout autre trouble ou maladie de la glande thyroïde ou pituitaire ou du système endocrinien

Si «oui», donner des précisions ci-dessous.

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

**Personne à
assurer****Précisions**

<input type="checkbox"/> Personne 1	
<input type="checkbox"/> Personne 2	
<input type="checkbox"/> Propriétaire proposant	
<input type="checkbox"/> Personne 1	
<input type="checkbox"/> Personne 2	
<input type="checkbox"/> Propriétaire proposant	

d) Système sanguin**Personne 1****Personne 2****Propriétaire
proposant**Avez-vous **déjà** été traité pour ce qui suit ou en avez-vous **déjà**présenté des symptômes : Oui Non Oui Non Oui Non

- anémie
- hémophilie
- tout autre trouble ou maladie du sang ou de la coagulation

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

e) Système gastro-intestinal**Personne 1****Personne 2****Propriétaire
proposant**Avez-vous **déjà** été traité pour ce qui suit ou en avez-vous **déjà**présenté des symptômes : Oui Non Oui Non Oui Non

- hépatite (y compris porteur d'hépatite)
- cirrhose
- jaunisse
- maladie de Crohn
- colite ulcéreuse
- syndrome du côlon irritable
- diverticulite
- diarrhée persistante
- saignement rectal ou intestinal
- ulcère (gastroduodéal ou gastrique)
- pancréatite
- tout autre trouble ou maladie de l'intestin, de l'oesophage, de l'estomac, du pancréas ou du foie

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

Contrat numéro (réservé au siège social)

13 Antécédents médicaux personnels (suite)

f) Yeux, oreilles, nez, gorge et bouche

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

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

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • cécité • perte permanente ou temporaire de la vue d'un oeil • glaucome | <ul style="list-style-type: none"> • névrite optique • surdité • troubles de l'audition | <ul style="list-style-type: none"> • labyrinthite • tout autre trouble ou maladie des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche |
|--|--|---|

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

g) Système respiratoire

Avez-vous **déjà**  t  traité pour ce qui suit ou en avez-vous **déjà** présenté des symptômes :

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

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • asthme • maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) | <ul style="list-style-type: none"> • emphysème • bronchite chronique ou récidivante • apnée du sommeil | <ul style="list-style-type: none"> • sarcoïdose • fibrose kystique • tuberculose • toux persistante | <ul style="list-style-type: none"> • enrrouement • difficulté à respirer ou dyspnée (essoufflement) • tout autre trouble ou maladie respiratoire |
|---|---|---|---|

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

h) Santé mentale

Avez-vous **déjà**  t  traité pour ce qui suit ou en avez-vous **déjà** présenté des symptômes :

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

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • anxiété chronique • dépression •  puisement professionnel | <ul style="list-style-type: none"> • syndrome de fatigue chronique • trouble d ficientaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) | <ul style="list-style-type: none"> • schizophrénie • tentative de suicide • trouble de l'alimentation | <ul style="list-style-type: none"> • tout autre trouble ou maladie d'ordre psychologique, affectif ou nerveux |
|---|--|--|--|

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

i) Peau et tissu conjonctif

Avez-vous **déjà**  t  traité pour ce qui suit ou en avez-vous **déjà** présenté des symptômes (exclure la dermatite due à l'herbe à puce, la dermatite de contact, l'acné, la rosacée, les coups de soleil et l'eczéma) :

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

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • lupus | <ul style="list-style-type: none"> • sclérodermie | <ul style="list-style-type: none"> • tout autre trouble ou maladie de la peau ou du tissu conjonctif |
|---|--|---|

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

13 Antécédents médicaux personnels (suite)

j) Système génito-urinaire

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

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

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • anomalie du taux de l'antigène prostatique spécifique (APS) • prostatite ou tout autre trouble ou maladie de la prostate • masse(s) ou kyste(s) au sein • anomalie à la mammographie | <ul style="list-style-type: none"> • anomalie à la cytologie du col de l'utérus («test Pap») • hystérectomie • trouble ou maladie des ovaires ou de l'utérus • maladie transmise sexuellement | <ul style="list-style-type: none"> • trouble ou maladie des organes génitaux • calcul rénal (calculs rénaux) • néphrite • infection du système urinaire • sang, sucre ou protéines dans l'urine • tout autre trouble ou maladie des reins ou de la vessie |
|---|---|---|

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

k) Système musculo-squelettique

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

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

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • arthrite ou arthrose • fibromyalgie • dystrophie musculaire | <ul style="list-style-type: none"> • paralysie • engourdissement ou faiblesse d'un bras ou d'une jambe | <ul style="list-style-type: none"> • tout autre trouble ou maladie des muscles, des articulations, des membres, du dos ou des os |
|---|--|---|

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

l) Système nerveux

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

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

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • autisme • paralysie cérébrale • syndrome de Down • retard du développement • épilepsie ou convulsion(s) | <ul style="list-style-type: none"> • sclérose en plaques (SP) • perte d'équilibre, perte de connaissance, perte de la sensation ou perte de la parole • coma | <ul style="list-style-type: none"> • commotion cérébrale • mal (maux) de tête violent(s) ou migraines • étourdissements • évanouissements • maladie de Parkinson • maladie de Huntington | <ul style="list-style-type: none"> • tremblement • maladie d'Alzheimer • démence ou troubles cognitifs • sclérose latérale amyotrophique (SLA) • tout autre trouble ou maladie du cerveau ou du système nerveux |
|---|---|--|--|

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

13.2 Consultations et examens médicaux

a) Avez-vous déjà subi un test de dépistage du VIH (sida) ou quelqu'un vous a-t-il déjà recommandé d'en subir un?

Personne 1	Personne 2	Propriétaire proposant
<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) Avez-vous déjà été traité pour ce qui suit ou en avez-vous déjà 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---

c) Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi des examens ou tests diagnostiques, comme une électrocardiographie, une scintigraphie, une résonance magnétique (IRM), une échographie, une biopsie, une analyse sanguine ou une analyse d'urine? (Exclure les examens ou tests que vous nous avez déjà mentionnés dans la présente proposition. Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.)

<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 1

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Personne 2

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

**Propriétaire
proposant**

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

13 Antécédents médicaux personnels (suite)

- | | Personne 1 | Personne 2 | Propriétaire
proposant |
|---|--|---|---|
| d) Êtes-vous enceinte?..... | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si «oui», indiquer le trimestre et le poids avant la grossesse : | | | |
| <input type="checkbox"/> 1 ^{er} (1 à 3 mois) | | | |
| <input type="checkbox"/> 2 ^e (4 à 6 mois) | | | |
| <input type="checkbox"/> 3 ^e (7 à 9 mois) | | | |
| Poids avant la grossesse | <input type="checkbox"/> lb
<input type="checkbox"/> kg | | |
| e) À part pour les affections qui ont déjà été déclarées, au cours des 5 dernières années, avez-vous été incapable d'accomplir, en raison d'une blessure ou d'une maladie, vos activités habituelles ou les tâches normales de votre profession pour une période de plus de 2 semaines?..... | <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) Avez-vous des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement? (Exclure les symptômes du rhume, de la grippe et des allergies saisonnières.)..... | <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) À part pour les affections qui ont déjà été déclarées, un médecin ou autre professionnel de la santé vous a-t-il recommandé des tests, des examens ou des consultations qui n'ont pas encore été effectués, ou êtes-vous en attente de résultats de tests ou d'examens? (Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.)..... | <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) À part pour les affections qui ont déjà été déclarées, au cours des 5 dernières années, avez-vous été admis dans un hôpital ou un autre établissement médical pour une durée de 24 heures ou plus? (Exclure la fausse couche, la vasectomie, la ligature des trompes, l'appendicectomie, la cure de hernie, l'accouchement, la chirurgie esthétique et l'ablation de la vésicule biliaire.)? | <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) À part pour les affections qui ont déjà été déclarées, vous a-t-on prescrit ou prenez-vous des médicaments d'ordonnance? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
- Si «oui» pour l'une ou l'autre des questions a) à i), donner des précisions dans la section 13.3.

13.3 Précisions

Si «oui» pour l'une ou l'autre des affections en 13.1 d) à l) et 13.2, donner des précisions dans l'espace ci-dessous. Dresser la liste de chacune des affections, y compris les traitements requis, les dates, les durées, et les résultats des tests et indiquer les noms et adresses des hôpitaux, des cliniques et des médecins consultés.

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

Personne à assurer	Numéro de la ou des questions	Précisions
Personne 1		
Personne 2		
Propriétaire proposant		

Contrat numéro (réservé au siège social)

Personne 1

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Personne 2

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

**Propriétaire
proposant**

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

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

Remplir cette section uniquement si une garantie Assurance temporaire d'enfant a été demandée.

Dans la présente section, le mot *vous* désigne la personne à assurer.La personne à assurer peut faire assurer ses enfants, biologiques ou adoptés, ses beaux-fils et ses belles-filles (non le gendre ni la bru) en vertu d'une garantie Assurance temporaire d'enfant. Fournir les renseignements suivants pour **chacun** des enfants à assurer en vertu de cette garantie.

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

Les enfants mentionnés vivent-ils tous avec vous? Oui NonSi «oui», avec qui les enfants vivent-ils? Personne 1 Personne 2

Si «non», fournir les renseignements suivants.

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

La personne à assurer connaît-elle tous les antécédents médicaux de chaque enfant? Oui NonSi «non», la personne qui connaît le mieux les antécédents médicaux des enfants est-elle présente? Oui Non**Nota** : Si la personne qui connaît le mieux les antécédents médicaux des enfants n'est pas présente, cette garantie ne peut être souscrite pour le moment.

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

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

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

Contrat numéro (réservé au siège social)

Personne 1

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Personne 2

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

Propriétaire
proposant

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

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

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

Si «oui», aux questions 1 à 3, donner des précisions dans l'espace ci-dessous.

Questions Précisions

Enfant 1		
Enfant 2		
Enfant 3		
Enfant 4		
Enfant 5		

15 Autorisation de divulguer de l'information à votre conseiller

Dans la présente section, le mot «vous» désigne, selon le contexte, la ou les personnes à assurer ou le propriétaire proposant qui a demandé une garantie d'exonération en cas d'invalidité ou de décès du propriétaire.

But de cette autorisation

En cochant «oui» ci-dessous, vous nous autorisez à communiquer vos renseignements personnels à votre conseiller, qui pourra les utiliser pour vous parler des options d'assurance qui s'offrent à vous.

Nous n'avons pas besoin de cette autorisation pour étudier votre proposition ni pour prendre une décision.

Communication des renseignements

Certains des renseignements que nous pourrions communiquer à votre conseiller sont les suivants :

- les résultats de tests médicaux et d'analyses de laboratoire;
- des renseignements personnels et confidentiels à propos de maladies, notamment des maladies mentales ou des maladies infectieuses et d'autres troubles médicaux ainsi que l'usage de médicaments;
- des renseignements sur votre santé qui sont découverts au cours de l'étude de votre proposition mais dont vous n'étiez pas au courant lorsque vous l'avez remplie;
- des renseignements sur l'usage de drogues, la consommation d'alcool et la réadaptation;
- des renseignements sur vos antécédents de travail et sur votre situation financière;
- les renseignements sur toute infraction criminelle, le cas échéant; et
- autres particularités et leur incidence sur notre décision de vous accorder l'assurance.

Nous pouvons choisir de ne pas communiquer des renseignements vous concernant que nous avons obtenus d'un médecin ou d'un établissement médical lorsque ces renseignements ne nous ont pas été divulgués dans le cadre de l'étude de la proposition.

Autorisation

En cochant «oui» ci-dessous, vous autorisez la compagnie à communiquer des renseignements vous concernant :

- qui ont été recueillis aux fins de la tarification de cette proposition, et
- uniquement au conseiller mentionné dans l'espace ci-dessous.

Prénom du conseiller	Nom	Code de conseiller
----------------------	-----	--------------------

En cochant «oui» ci-dessous, vous confirmez que vous comprenez ce qui suit :

- même si vous cochez «oui» ci-dessous, nous nous réservons le droit de ne pas communiquer à votre conseiller des renseignements personnels de nature délicate;
- vous pouvez annuler cette autorisation en tout temps en nous appelant au 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433); et
- cette autorisation est valable pendant 30 jours après la plus tardive des dates suivantes :
 - (a) date à laquelle nous établissons un nouveau contrat d'assurance, ou
 - (b) date à laquelle nous vous envoyons par la poste un avis vous informant du refus de votre proposition.

La Personne 1 consent-elle à la divulgation de renseignements la concernant? Oui Non

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

La Personne 2 consent-elle à la divulgation de renseignements la concernant? Oui Non

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

Le propriétaire proposant consent-il à la divulgation de renseignements le concernant? Oui Non

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



16 Assurance temporaire prévue par la note de couverture / Paiements

Dans la présente section, le mot *vous* désigne la ou les personnes à assurer. La ou les personnes à assurer en vertu du contrat 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.

16.1 Assurance temporaire prévue par la note de couture (N'est pas offerte pour les demandes de modification.)

Le propriétaire proposant souhaite-t-il demander l'assurance temporaire prévue par la note de couverture? Oui Non

Dans l'affirmative, répondre aux questions a) à c) ci-dessous. Dans le cas contraire, passer à la section 16.2.

Nota : Si la réponse aux questions a), b) ou c) est «oui» ou si aucune réponse n'est fournie, il n'y aura pas d'assurance temporaire prévue par la note de couverture. **Conseillers :** Revoir attentivement la note de couverture avec les clients afin qu'ils comprennent les conditions et exclusions de l'assurance temporaire prévue par la note de couverture.

	Personne 1	Personne 2
a) Au cours des 12 derniers mois , avez-vous consulté un médecin pour des douleurs à la poitrine ou pour l'une des affections suivantes dont vous souffriez ou soupçonniez l'existence : crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, cancer, infection par le VIH ou sida?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance-vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance-santé qui a fait l'objet d'un refus ou d'une modification quelconque?.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Au cours des 60 derniers jours , avez-vous été admis, ou vous a-t-on dit que vous deviez vous faire admettre, dans un hôpital ou une clinique à titre de malade hospitalisé pour une autre raison que la grossesse ou l'accouchement , ou vous a-t-on dit que vous deviez subir des tests qui n'ont pas encore été effectués ou que vous deviez subir une intervention chirurgicale qui n'a pas encore été pratiquée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

16.2 Paiements

Si la note de couverture a été demandée, il faut effectuer le paiement requis. Il faut remettre au moins 1/12^e de la prime annuelle pour obtenir l'assurance temporaire prévue par la note de couverture, ou payer par prélèvement bancaire (PB). Pour payer par PB, remplir la section b).

Si le paiement ne se fait pas par PB, indiquer le montant remis au conseiller avec la proposition. \$

a) 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 présumerons que les directives de paiement pour le PB seront fournies à la livraison.
 - Nous préleverons les paiements sur le compte du payeur seulement lorsque le contrat sera en vigueur, sauf s'il a été choisi, à la section b), que des fonds soient retirés pour régler le paiement initial.

i) Prélèvement bancaire (PB)

Nota :

- Si le **PB** est choisi, il faut remplir la section b).
- Si tous les payeurs du PB n'acceptent pas toutes les modalités de l'autorisation de PB à la section b), ils ne pourront pas se prévaloir du PB.
- Nous préleverons tous les paiements, y compris le paiement initial, sur le compte indiqué à la section b).

ii) Paiement annuel

Si le **paiement annuel** est choisi, il faut remettre la totalité du paiement annuel au conseiller 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 avec la proposition.

iii) Paiement à la livraison **Nota :** Sans objet si la note de couverture a été demandée.

Si le **paiement à la livraison** est choisi, 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 b) ci-dessous
- prélèvement par PB selon les renseignements sur le PB fournis dans la section b) ci-dessous, ou
- prélèvement par PB et renseignements sur le PB/directives de paiement fournis à la livraison

À remplir pour toute proposition d'assurance-vie universelle.

Renseignements sur les paiements périodiques futurs \$

16 Assurance temporaire prévue par la note de couverture / Paiements (suite)**b) Autorisation de prélèvement bancaire (PB)**

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

Tous les payeurs du prélèvement bancaire acceptent ce qui suit :

- la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la compagnie) peut effectuer en tout temps les prélèvements réguliers récurrents ou effectuer de temps à autre des prélèvements uniques sur leur compte bancaire indiqué dans la présente proposition d'assurance;
- tous les prélèvements 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 le seront à l'adresse du propriétaire proposant ou du 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 18 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.**

i) Retirer des fonds pour régler le paiement initial Oui Non

(Si «oui», remplir ii) ou iii). Si «non», remettre la totalité du paiement initial au conseiller au moment de remplir la proposition.) Nous préleverons immédiatement 1/12^e du paiement annuel requis comme paiement initial.

ii) Établir une nouvelle convention de PB Oui Non

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

iii) 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 iv).)

iv) La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie prélèvera tous les mois (mensuellement) 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 s'il a été choisi de le régler au moyen d'un prélèvement bancaire.

Toutes les personnes dont la signature est requise pour ce compte doivent signer l'autorisation à la page 43. 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 43.

Nous préleverons immédiatement le paiement initial.

Les prélèvements mensuels 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 les droits de résiliation, les payeurs devraient communiquer avec leur établissement financier. Il est possible d'obtenir un spécimen du formulaire de résiliation sur le site Web www.paiements.ca.

Les payeurs ont certains recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente autorisation. 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 avec celle-ci. Pour obtenir des précisions sur les recours possibles, les payeurs devraient communiquer avec leur établissement financier ou visiter le 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

16 Assurance temporaire prévue par la note de couverture / Paiements (suite)

v) 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)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	
Numéro de succursale	Numéro de compte		

17 Services de traduction – Autorisation et déclaration

La présente proposition a-t-elle été traduite pour le compte d'une personne à assurer et/ou d'un propriétaire proposant dans une langue autre que le français? Oui Non Si «**oui**», vous devez remplir les sous-sections ci-dessous.

Nota : Le traducteur doit être âgé de 18 ans ou plus et ne peut pas être :

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

17.1 Autorisation de la ou des personnes à assurer et/ou du ou des propriétaires proposant

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

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

Personne 1 Personne 2 Propriétaire proposant 1 Propriétaire 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 Propriétaire proposant 1: Oui Non

Propriétaire 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 Propriétaire proposant 1: Oui Non

Propriétaire 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 du traducteur avec la personne pour qui la traduction a été fournie :

Personne 1	<input type="checkbox"/> Conseiller <input type="checkbox"/> Autre Préciser : _____	Propriétaire proposant 1	<input type="checkbox"/> Conseiller <input type="checkbox"/> Autre Préciser : _____
Personne 2	<input type="checkbox"/> Conseiller <input type="checkbox"/> Autre Préciser : _____	Propriétaire 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		Propriétaire proposant 1	
Personne à assurer 2		Propriétaire proposant 2	

17.2 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 des personnes à assurer et/ou des propriétaires proposant susmentionnés à la sous-section 17.1 :

- 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; et
- vous leur avez expliqué les renseignements et toutes les personnes visées ont compris le contenu de la présente proposition et elles ont fourni tous les renseignements demandés.

Vous déclarez également ne détenir aucun intérêt dans la présente proposition et être âgé de plus de 18 ans.

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

18 Déclaration et autorisation

Déclaration et autorisation

Le ou les propriétaires proposant confirment avoir reçu et lu les renseignements suivants et qu'ils en acceptent les modalités :

- la Note de couverture, s'il y a lieu, et
- le Guide des définitions des maladies graves, s'ils ont présenté une proposition d'assurance maladies graves.

Le ou les propriétaires proposant et la ou les personnes à assurer (si les propriétaires proposant ne sont pas les personnes 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 ou les propriétaires proposant, la ou les personnes à assurer et le ou les payeurs du prélèvement bancaire (PB) confirment :

- qu'ils étaient présents quand a été remplie la partie qui les concerne de la proposition présentée à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la compagnie);
- qu'ils ont revu toutes leurs réponses et déclarations consignées dans la présente proposition;
- que tous les renseignements qui ont été fournis relativement à cette proposition sont complets et véridiques et que ces derniers ont été fournis par eux-mêmes au conseiller (ou à une autre personne autorisée par la compagnie) aux fins de la tarification, de la gestion de l'assurance ou d'un règlement d'assurance;
- qu'ils comprennent que si leurs réponses à toutes les questions ne sont pas véridiques et complètes (s'ils font de fausses déclarations), la compagnie peut annuler le 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 ont lu la section sur la reconnaissance de variabilité et qu'ils en acceptent les modalités (s'il y a lieu);
- qu'ils sont satisfaits de la quantité d'information qu'ils ont reçue sur le produit avant d'avoir signé cette proposition et qu'ils sont conscients qu'ils peuvent obtenir plus d'information à la section «Produits et services» du site Web www.sunlife.ca ou en appelant notre centre de service à la clientèle au numéro sans frais 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433);
- qu'en signant ci-dessous, ils confirment :
 - être conscients que les modifications apportées aux contrats établis avant 2017 pourraient entraîner la perte des droits acquis et ainsi avoir des répercussions fiscales non souhaitables; et
 - avoir eu l'occasion d'en discuter avec leurs conseillers en services financiers, juridiques ou fiscaux, et comprendre les incidences fiscales que des modifications de contrat pourraient entraîner;
- qu'ils comprennent que la compagnie n'est pas tenue responsable de la validité de toute désignation de bénéficiaire; et
- que les payeurs du PB, en signant ci-dessous, acceptent les modalités de l'autorisation de PB exposées à la section 16.2.

La ou les personnes à assurer ou le propriétaire proposant confirment que les renseignements décrits à la section 15 peuvent être communiqués à leur conseiller, s'ils ont répondu «oui» dans cette section.

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., aux réassureurs de la compagnie, à la compagnie d'assurance à qui elles ont soumis une proposition d'assurance pour elles-mêmes, s'il y a lieu, et au médecin-hygiéniste pour toute maladie infectieuse ou transmissible, lorsque la loi l'exige.

Province de signature	Date (jj-mm-aaaa)	Signature
	Fait le :	Propriétaire proposant (inscrire le titre du signataire autorisé, s'il y a lieu) X
	Fait le :	Propriétaire proposant (inscrire le titre du signataire autorisé, s'il y a lieu) X
	Fait le :	Personne à assurer (si autre que le propriétaire proposant ou, si âgée de moins de 16 ans [18 ans au Québec], signature du père, de la mère ou du tuteur) X
	Fait le :	Personne à assurer (si autre que le propriétaire proposant) X
	Fait le :	Payeur du PB (si autre que le propriétaire proposant ou la personne à assurer) X
	Fait le :	Payeur du PB (si autre que le propriétaire proposant ou la personne à assurer) X

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

19 Compte rendu du conseiller

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

Veillez joindre votre carte de visite.

Si cette proposition donne droit à un étui pour police, aimeriez-vous qu'il soit fourni avec la police? Oui Non

(S'il n'y a rien d'indiqué, la réponse est «non».)

19.1 Conseiller(s)

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

Nota : La part minimale est de 10 %.

Conseiller principal assurant le service

Prénom		Nom	
Code de conseiller Sun Life	Bureau	Part	%

Conseiller qui partage la commission

Prénom		Nom	
Code de conseiller Sun Life	Bureau	Part	%

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

Êtes-vous lié aux personnes à assurer et/ou aux propriétaires proposant? Oui Non

Par «lié», on entend :

- a) un membre de la famille (par exemple, conjoint, père, mère, grand-père, grand-mère, frère, soeur, enfant, petit-enfant ou membre de la belle-famille);
- b) une société par actions/compagnie ou fiducie dont vous ou un membre de votre famille, individuellement ou ensemble, détenez 50 % ou plus de n'importe quelle catégorie d'actions de la société par actions/compagnie;
- c) si votre entreprise est constituée en société, tout administrateur, dirigeant, employé ou agent et toute société mère, filiale ou société affiliée;
- d) un acte de fiducie dans le cadre duquel vous avez un lien avec la fiducie, le fiduciaire ou le bénéficiaire de la fiducie, ou pour lequel vous êtes le constituant de la fiducie, le fiduciaire ou le bénéficiaire de la fiducie.

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

19.2 Personne(s) à assurer

Personne 1

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

Personne 2

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



19 Compte rendu du conseiller (suite)

19.3 Exigences de tarification

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

	Personne 1	Personne 2
Aucune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrevue téléphonique organisée par la Financière Sun Life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen paramédical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes vitaux (taille, poids, tension artérielle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profil sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres observations ou directives spéciales

	Personne 1	Personne 2
Compte rendu d'enquête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indiquez le nom de la compagnie d'assurance auprès de qui nous devons obtenir les preuves médicales :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indiquez le nom du fournisseur de service auprès de qui vous avez demandé les preuves médicales :

Renseignements requis si une entrevue téléphonique doit être réalisée

Personne à assurer	Langue de préférence	Heures de préférence	Numéro de téléphone à privilégier
Personne 1	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____	<input type="checkbox"/> Matinée (de 8 h à midi) <input type="checkbox"/> Après-midi (midi à 17 h) <input type="checkbox"/> Soirée (de 17 h à 21 h)	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Bureau
Personne 2	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____	<input type="checkbox"/> Matinée (de 8 h à midi) <input type="checkbox"/> Après-midi (midi à 17 h) <input type="checkbox"/> Soirée (de 17 h à 21 h)	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Bureau

19 Compte rendu du conseiller (suite)

19.4 Déclaration et avis de divulgation du conseiller (seul le conseiller 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, confirme que :

- tous les renseignements sur l'identité donnés dans cette proposition correspondent à l'original des pièces d'identité qui m'ont été présentées;
- des démarches raisonnables ont été effectuées pour déterminer si un des propriétaires proposant agit au nom d'un tiers;
- la méthode à processus double pour la vérification de l'identité n'est pas la méthode préférée. Si je l'ai utilisée dans la présente proposition, c'est uniquement parce que le propriétaire proposant/propriétaire unique d'entreprise n'a pas la pièce d'identité avec photo requise. Je me suis assuré que les 2 documents consultés sont les pièces originales, dont la source est fiable et indépendante;
- j'ai informé tous les propriétaires proposant que je suis un conseiller indépendant sous contrat pour vendre des produits établis par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, et j'ai également précisé les autres compagnies que je représente;
- j'ai indiqué à tous les propriétaires proposant que je toucherai une rémunération sous forme de commissions ou de salaire pour la vente de produits d'assurance-vie et d'assurance-santé;
- j'ai indiqué à tous les propriétaires proposant qu'il était aussi possible que je reçoive une rémunération additionnelle sous forme de bonis ou de gratifications non monétaires comme des voyages ou la participation à des congrès;
- j'ai informé tous les propriétaires proposant de tout conflit d'intérêts qu'il peut y avoir pour moi dans le cadre de cette opération; et
- 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 19.5 ci-dessous), je soussigné, le conseiller, confirme également que :

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

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

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

19.5 Déclaration de l'adjoint administratif titulaire de permis

Nota : Il faut remplir cette section si un adjoint administratif titulaire de permis a rempli la proposition.

Un adjoint administratif titulaire de permis a-t-il rempli la proposition (sauf la section 8, s'il y a lieu)? Oui Non

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

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

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

Renseignements importants

Contrat numéro (réservé au siège social)

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 **La protection de vos renseignements personnels**

Pour le groupe Financière Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle vos renseignements personnels ainsi que 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, 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, sauf si nous y sommes interdit, ces personnes peuvent être établies en dehors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le www.sunlife.ca/confidentialite.

Accès aux renseignements vous concernant

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

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

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

MIB, Inc.
330, avenue University
Bureau 501
Toronto (Ontario) M5G 1R7

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

La Financière Sun Life

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

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

ADMINIF



Note de couverture

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)

Nous vous invitons à lire les explications ci-dessous pour bien comprendre le fonctionnement de la note de couverture.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (nous) et vous-même (le propriétaire proposant) convenons de ce qui suit :

Qu'est-ce que la note de couverture?

La note de couverture vous procure une assurance immédiate jusqu'à ce qu'elle prenne fin, comme nous l'expliquons ci-dessous.

Cela signifie que si une personne à assurer décède ou contracte une maladie grave couverte pendant que nous faisons la tarification, nous verserons le montant d'assurance, comme si nous avions établi le contrat demandé, sous réserve des conditions et exclusions énoncées ci-dessous.

Quand l'assurance temporaire prévue par la note de couverture entre-t-elle en vigueur?

L'assurance temporaire prévue par la note de couverture entre en vigueur à la date où la personne à assurer signe la section 18 de la proposition :

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

Vous devrez peut-être attendre jusqu'à 90 jours pour savoir si nous acceptons ou refusons votre proposition d'assurance.

Le bénéficiaire de l'assurance temporaire est la personne que vous avez désignée comme bénéficiaire dans la proposition. Vous pouvez désigner plus d'une personne comme bénéficiaire(s).

Quand l'assurance temporaire prend-elle fin?

L'assurance temporaire prévue par la note de couverture prend fin automatiquement au premier des événements suivants :

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

Si l'assurance temporaire prend fin pour la raison b), c), d), e) ou f), nous vous rembourserons tout montant que vous avez payé pendant que nous traitons votre proposition.

Quand recevrez-vous le contrat, ou le remboursement si nous refusons la proposition?

Vous devriez recevoir votre contrat, ou votre remboursement si nous refusons la proposition, dans les 90 jours suivant la date où la proposition a été remplie. Sinon, veuillez communiquer avec votre conseiller.

Conditions et exclusions

Cette note de couverture fait partie de la proposition d'assurance. Elle est assujettie à certaines conditions et exclusions qui varient selon le type d'assurance que vous avez demandé.

Réduction du capital-décès ou de l'assurance

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

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

Les conditions et exclusions suivantes s'appliquent à l'assurance-vie :

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

Si l'une ou l'autre des personnes à assurer est âgée de 71 ans ou plus, le total du capital-décès payable en vertu de la présente note de couverture est égal au moindre des deux montants suivants : 100 000 \$ ou le total du capital-décès (y compris toute garantie décès accidentel) demandé dans cette proposition et dans toute autre proposition d'assurance-vie que la compagnie est en train d'étudier.

Si les personnes à assurer sont toutes âgées de moins de 71 ans, le total du capital-décès payable en vertu de la présente note de couverture est égal au moindre des deux montants suivants : 1 000 000 \$ ou le total du capital-décès (y compris toute garantie décès accidentel) demandé dans cette proposition et dans toute autre proposition d'assurance-vie que la compagnie est en train d'étudier.

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

Nous ne paierons pas le capital-décès que prévoit la note de couverture :

ADMINIF

Remplir la présente note de couverture et la détacher pour
la remettre au propriétaire proposant si les conditions
énoncées dans la note de couverture ont été remplies.



- a) si une personne à assurer s'est donné la mort, qu'elle ait ou non souffert d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non compris ou voulu les conséquences de ce geste
- b) si une personne à assurer ou un propriétaire proposant fait de fausses déclarations ou ne déclare pas toutes les circonstances qu'il ou qu'elle connaît qui sont de nature à influencer sensiblement sur la prise en charge du risque
- c) si une personne à assurer décède avant l'âge de 15 jours, ou
- d) si, à la date de signature de la proposition d'assurance, une personne à assurer désignée dans la proposition :
 - i) était incapable, en raison d'une blessure ou d'une maladie, d'accomplir ses activités habituelles ou d'exercer sa profession habituelle depuis **plus de 2 semaines**
 - ii) présentait ou avait présenté des signes ou des symptômes associés au cancer au cours des **12 mois précédents**
 - iii) avait eu un accident vasculaire cérébral ou une crise cardiaque au cours des **12 mois précédents**, ou
 - iv) était hospitalisée ou était pensionnaire d'une maison de soins infirmiers, d'un sanatorium, d'une institution psychiatrique ou d'un autre établissement de soins de santé au cours des **45 jours précédents**.

Les conditions et exclusions suivantes s'appliquent à l'assurance maladies graves :

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

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

Si la personne à assurer a entre 18 et 65 ans, le montant total qui est payable en vertu de la présente note de couverture est égal au moindre des deux montants suivants : 500 000 \$ ou le montant total d'assurance maladies graves demandé dans cette proposition et dans toute autre proposition d'assurance maladies graves que la compagnie est en train d'étudier.

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

Cette note de couverture s'applique seulement aux maladies et aux états pathologiques définis dans le contrat d'assurance maladies graves demandé dans la proposition. Nous ne verserons aucune prestation pour des maladies ou états pathologiques qui ne sont pas spécifiquement mentionnés dans ce contrat.

Nous ne paierons pas la prestation d'assurance maladies graves que prévoit la note de couverture :

- a) si la personne à assurer a plus de 65 ans
- b) si, à la date de signature de la proposition d'assurance, la personne à assurer :
 - i) avait déjà fait l'objet d'un diagnostic d'une des maladies graves couvertes, si elle présentait des signes ou des symptômes d'une des maladies graves couvertes ou si elle avait obtenu une consultation médicale ou reçu des services de counselling, subi des examens ou des tests ou suivi un traitement menant au diagnostic d'une des maladies graves couvertes
 - ii) présentait des signes ou des symptômes d'une maladie chronique du rein ou du foie ou d'une maladie pulmonaire chronique ou si elle avait obtenu une consultation médicale ou reçu des services de counselling, subi des examens ou des tests ou suivi un traitement menant au diagnostic d'une maladie chronique du rein ou du foie ou d'une maladie pulmonaire chronique au cours des **24 mois précédents**
 - iii) était incapable, en raison d'une blessure ou d'une maladie, d'accomplir ses activités habituelles ou d'exercer sa profession habituelle depuis **plus de 2 semaines**, ou
 - iv) était hospitalisée ou était pensionnaire d'une maison de soins infirmiers, d'un sanatorium, d'une institution psychiatrique ou d'un autre établissement de soins de santé au cours des **45 jours précédents**
- c) si la personne à assurer est atteinte d'une maladie grave couverte qui est directement ou indirectement liée au fait qu'elle :
 - i) a tenté de se donner la mort ou s'est infligé des blessures corporelles, qu'elle ait ou non souffert d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non compris ou voulu les conséquences de ce geste
 - ii) a commis ou tenté de commettre une infraction criminelle
 - iii) a pris intentionnellement une drogue ou un médicament qui n'a pas été prescrit par un professionnel de la santé autorisé ou si elle n'a pas suivi les directives d'utilisation
 - iv) a pris intentionnellement une substance intoxicante, un narcotique ou une substance toxique, ou
 - v) conduisait ou manoeuvrait un véhicule alors qu'elle avait un taux d'alcool dans le sang supérieur à 80 milligrammes pour 100 millilitres de sang. Le mot «véhicule» désigne tout appareil de transport terrestre, aérien ou maritime qu'il est possible de mettre en mouvement par un moyen quelconque, y compris la force musculaire. Nous ne tenons pas compte du fait que le véhicule était en mouvement ou non.
- d) si la personne à assurer présente ou a présenté des signes ou des symptômes associés :
 - i) au cancer ou à une tumeur cérébrale bénigne, ou
 - ii) à la maladie de Parkinson ou aux syndromes parkinsoniens atypiques
- e) si le propriétaire proposant ou la personne à assurer fait de fausses déclarations ou ne déclare pas toutes les circonstances qu'il ou qu'elle connaît qui sont de nature à influencer sensiblement sur la prise en charge du risque, ou
- f) si la personne à assurer ne survit pas pendant 30 jours après la date du diagnostic d'une maladie grave couverte.

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

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

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

Reçu – Reçu de :

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

Le client a-t-il fourni ses renseignements bancaires et signé l'autorisation requise pour que le paiement initial soit fait par PB?

Oui Non

Signature du conseiller X
