

## Proposition d'Assurance maladies graves ScotiaVie<sup>MD</sup>

**Contrat collectif numéro 50184**

C. P. 215, succ. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 3Z9

Il vous suffit de remplir, de signer et d'envoyer la présente proposition dans l'enveloppe-réponse affranchie fournie. **IL N'EST PAS NÉCESSAIRE D'ENVOYER D'ARGENT MAINTENANT.** Si votre proposition d'assurance est acceptée, les primes seront réglées selon le mode de paiement que vous aurez indiqué. Dans la présente proposition, *vous* et *votre* s'entendent de la personne qui demande l'assurance, à moins que le contexte n'indique le contraire. L'Assurance maladies graves ScotiaVie est établie par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie aux termes d'un contrat d'assurance collective établi au nom de La Banque de Nouvelle-Écosse.

### 1 Renseignements sur vous (le proposant)

Nom de famille		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Nom à la naissance		Date de naissance (jj-mm-aaaa)		Pays de naissance	
Adresse du domicile (numéro et rue)				Appartement ou bureau	
Ville	Province	Pays		Code postal	
Téléphone (domicile)		Téléphone (autre)		Adresse électronique**	
<input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur*		Profession			

### Renseignements sur votre conjoint, s'il demande l'assurance (le conjoint proposant)

Nom de famille		Prénom	
Nom à la naissance			
Date de naissance (jj-mm-aaaa)		Pays de naissance	
Téléphone (domicile)		Téléphone (autre)	
<input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur*		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse électronique**		Profession	

\* *Non-fumeur* signifie que vous n'avez pas utilisé de produits du tabac ni d'auxiliaires antitabagiques depuis au moins 12 mois à la date de la présentation de la proposition.

\*\* Nous pourrions utiliser votre adresse électronique si nous devons communiquer avec vous aux fins de la gestion administrative de la présente proposition.

### 2 Montant d'assurance demandé (capital minimal de 25 000 \$ et égal à un multiple de 25 000 \$, à concurrence de 100 000 \$)

<b>Pour vous</b>	<input type="checkbox"/> 25 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 75 000 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$
<b>Pour votre conjoint</b>	<input type="checkbox"/> 25 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 75 000 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$

Bénéficiez-vous déjà, vous-même ou votre conjoint, d'une assurance maladies graves?  Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Nom de l'assuré	Nom de la compagnie d'assurance	Capital assuré	Avez-vous l'intention de remplacer cette assurance?
		\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez l'intention de remplacer cette assurance, ne la résiliez pas tant que vous n'aurez pas reçu et examiné votre nouveau certificat d'assurance.

**Suite au verso...**

### 3 Renseignements généraux

Cette proposition n'est valide que si la proposition est signée par tous les proposant.

Veillez répondre aux questions dans les sections 3, 4 et 5 complètement et correctement. Si vous n'êtes pas certain qu'un renseignement soit pertinent, indiquez-le quand même. Si vous ne fournissez pas toute l'information pertinente, vos demandes de règlement pourraient être refusées et votre assurance, résiliée. Veuillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques.

Votre médecin (nom)		Téléphone	
Adresse du médecin			
Date et motif de la dernière consultation			
Votre taille		Votre poids	
pi	po	m	cm
		<input type="checkbox"/> lb	<input type="checkbox"/> kg
Changement de poids au cours des 12 derniers mois			
<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Gain	<input type="checkbox"/> Perte	Changement de poids : _____
		<input type="checkbox"/> lb	<input type="checkbox"/> kg
Raison du changement de poids			

Médecin du conjoint (nom)		Téléphone	
Adresse du médecin			
Date et motif de la dernière consultation			
Taille du conjoint		Poids du conjoint	
pi	po	m	cm
		<input type="checkbox"/> lb	<input type="checkbox"/> kg
Changement de poids du conjoint au cours des 12 derniers mois			
<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Gain	<input type="checkbox"/> Perte	Changement de poids : _____
		<input type="checkbox"/> lb	<input type="checkbox"/> kg
Raison du changement de poids du conjoint			

### 4 Antécédents familiaux

Des membres de votre famille immédiate (parents, frères, sœurs) ou de celle de votre conjoint ont-ils déjà été atteints de l'une ou l'autre des affections suivantes : cancer (**précisez le type**), maladie du cœur, accident vasculaire cérébral, diabète, maladie polykystique des reins, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, chorée de Huntington ou toute autre maladie héréditaire? Dans l'affirmative, veuillez remplir le ou les tableaux ci-dessous.

**Vous-même** | **Votre conjoint**  
 Oui  Non |  Oui  Non

Vos antécédents familiaux		Âge au début	Âge actuel (si la personne est en vie)	Âge au décès (le cas échéant)
Affection(s)				
Père				
Mère				
Frère(s)				
Sœur(s)				

Antécédents familiaux de votre conjoint		Âge au début	Âge actuel (si la personne est en vie)	Âge au décès (le cas échéant)
Affection(s)				
Père				
Mère				
Frère(s)				
Sœur(s)				

Si l'espace prévu est insuffisant, veuillez utiliser des feuilles distinctes en prenant soin de les dater et de les signer.

## 5 Renseignements médicaux – mini-questionnaire

	Vous-même	Votre conjoint
1. Avez-vous, vous ou votre conjoint, consulté un professionnel de la santé, subi un examen médical ou fait l'objet d'un suivi médical ou avez-vous subi des tests ou été traité pour l'une ou l'autre des affections suivantes, ou avez-vous souffert de l'une ou l'autre de ces affections ou l'une d'elles a-t-elle été diagnostiquée chez vous :		
a) crise cardiaque, maladie cardiaque, douleurs à la poitrine, angine, hypertension ou hypotension artérielle, taux élevé de cholestérol, diabète ou hyperglycémie, anomalie à l'électrocardiogramme (ECG) ou troubles de la circulation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT) ou troubles du cerveau ou du système nerveux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) cancer, tumeur, polype, naevus, masse ou néoplasme, troubles des ganglions lymphatiques, troubles sanguins ou autres formes de maladie maligne?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) masse, kyste, écoulement inhabituel ou autre changement aux seins, anomalie à la mammographie ou biopsie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
e) virus d'immunodéficience humaine (VIH), syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), syndrome associé au SIDA (SAS) ou autres troubles immunologiques, y compris hépatite ou porteur du virus de l'hépatite?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
f) problèmes respiratoires, y compris toute affection du nez ou de la gorge, ou maladie pulmonaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
g) affection du côlon, des intestins, y compris la colite, ou de l'estomac?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
h) troubles ou maladie des organes génitaux, des reins, de la vessie, de la prostate, des voies urinaires ou du foie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Avez-vous, vous ou votre conjoint, déjà ressenti des symptômes ou vous êtes-vous déjà plaint de troubles pour lesquels vous n'avez pas encore consulté le médecin ou pour lesquels on vous a recommandé de subir des examens ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas encore été effectués?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous-même ou votre conjoint avez répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre des questions 1 a) à 1 h) ou à la question 2, veuillez donner des précisions ci-dessous. Si l'espace prévu est insuffisant, veuillez utiliser des feuilles distinctes en prenant soin de les dater et de les signer.

Question	Nom du proposant	Nature de l'affection	Date et durée	Traitement et état actuel	Médecin traitant ou hôpital

## 6 Renseignements médicaux – questionnaire complet

Veuillez remplir cette section seulement si vous-même ou votre conjoint demandez une couverture supérieure à 25 000 \$.

Veuillez répondre aux questions dans la section 6 complètement et correctement. Si vous n'êtes pas certain qu'un renseignement soit pertinent, indiquez-le quand même. Si vous ne fournissez pas toute l'information pertinente, vos demandes de règlement pourraient être refusées et votre assurance, résiliée. Veuillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques.

	Vous-même	Votre conjoint
1. Avez-vous, vous ou votre conjoint, déjà souffert d'une affection qui n'est pas indiquée à la question 1 de la section 6?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Avez-vous, vous ou votre conjoint, déjà fait usage de cocaïne, de narcotiques, d'hallucinogènes, d'héroïne, d'amphétamines ou de barbituriques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Avez-vous, vous ou votre conjoint, déjà reçu des conseils ou suivi un traitement pour l'usage de drogues ou d'alcool?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. A-t-on déjà suspendu votre permis de conduire (ou celui de votre conjoint) ou vous l'a-t-on retiré, ou avez-vous, vous ou votre conjoint, été accusé de conduite avec facultés affaiblies ou commis trois infractions au code de la route ou plus au cours des deux dernières années?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Avez-vous, vous ou votre conjoint, pratiqué au cours des 5 dernières années ou prévoyez-vous pratiquer des activités ou des sports dangereux (p. ex., course d'automobiles ou de motos, plongée autonome, parachutisme, vol libre)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. Avez-vous, vous ou votre conjoint, déjà présenté une proposition d'assurance maladies graves qui a été refusée ou qui a été acceptée moyennant une surprime ou moyennant quelque modification que ce soit?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. a) Consommez-vous, vous ou votre conjoint, des boissons alcoolisées?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nombre de boissons alcoolisées que vous consommez sur une base hebdomadaire :		

Si vous-même ou votre conjoint avez répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre des questions 1 à 6, veuillez donner des précisions ci-dessous. Si l'espace prévu est insuffisant, veuillez utiliser des feuilles distinctes en prenant soin de les dater et de les signer.

Question	Nom du proposant	Nature de l'affection	Date et durée	Traitement et état actuel	Médecin traitant ou hôpital

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie se réserve le droit de demander des renseignements médicaux additionnels en vue d'évaluer votre proposition ainsi que le droit d'accepter ou de refuser toute proposition. On pourrait vous demander des renseignements additionnels par téléphone.

## 7 Déclaration et autorisations (veuillez tout remplir)

**Vous certifiez** que tous les renseignements fournis dans la présente proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse se rapportant à la présente proposition sont complets et véridiques. **Vous comprenez et convenez** que toute fausse déclaration ou omission de renseignements importants dans la présente proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse se rapportant à la présente proposition pourrait entraîner l'annulation de toute assurance résultant de la présente proposition.

**Vous reconnaissez** avoir reçu, lu et compris parfaitement l'avis relatif au MIB figurant dans le dépliant sur l'Assurance maladies graves *ScotiaVie*. **Vous autorisez** le MIB à transmettre à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie les renseignements vous concernant qui figurent dans ses dossiers et qui sont nécessaires à l'évaluation du risque lié à la présente proposition ou à toute enquête liée à une demande de règlement. Vous convenez que toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original, et que cette autorisation restera en vigueur jusqu'à ce que votre assurance prenne fin. Si vous avez la qualité de conjoint proposant, vous autorisez également la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie à communiquer au proposant des renseignements à votre sujet relativement à la présente proposition, pour les besoins de l'évaluation de celle-ci et de la gestion du contrat collectif par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

**Vous comprenez et acceptez** : i) qu'aux fins de la gestion administrative de toute assurance émise à votre nom, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie peut communiquer vos renseignements personnels à des tiers administrateurs (dont certains peuvent être situés dans des territoires hors du Canada et régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires); ii) être lié(s) par les dispositions des Principes directeurs de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie en matière de protection des renseignements personnels, que vous pouvez consulter à l'adresse [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca).

**Vous autorisez** la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services à utiliser les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au contrat collectif d'Assurance maladies graves *ScotiaVie*, et à les échanger avec toute personne ou organisation qui possède des renseignements pertinents à votre sujet, notamment les professionnels de la santé, les établissements médicaux, le MIB, les agences d'enquête, les assureurs, les gestionnaires de régime et les réassureurs.

**Vous autorisez également** la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie à communiquer les renseignements personnels vous concernant à la Banque Scotia, y compris *ScotiaVie*, compagnie d'assurance, («Scotia»), conformément à l'Entente relative à la confidentialité de la Banque Scotia («l'entente»), que vous pouvez consulter à l'adresse [www.banquescotia.com/confidentialite](http://www.banquescotia.com/confidentialite) et dont un exemplaire vous sera envoyé avec vos documents d'assurance si votre proposition est acceptée. Scotia peut utiliser les renseignements aux fins indiquées dans l'entente, ainsi que pour la détermination de votre admissibilité à des produits et services, pour des motifs de gestion administrative et pour la gestion de sa relation d'affaires avec vous. Scotia demandera votre consentement pour permettre à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie de communiquer les renseignements touchant votre santé lorsque Scotia en a besoin. En ce qui concerne l'utilisation de vos renseignements personnels à des fins de marketing uniquement, vous pouvez en tout temps retirer votre consentement en appelant au 1-800-387-9844.

Votre signature <b>X</b>	Fait à (ville)	Date (jj-mm-aaaa) — —
Signature de votre conjoint (s'il demande l'assurance) <b>X</b>	Fait à (ville)	Date (jj-mm-aaaa) — —

Suite au verso...

## 8 Comment désirez-vous payer votre prime mensuelle?

A. Débit préautorisé (DPA)

**Veillez annexer à la présente une formule de chèque personnel portant la mention «NUL».**

Pour utiliser le débit préautorisé (DPA), vous devez accepter toutes les conditions de l'autorisation. En signant ci-dessous à titre de payeur, vous acceptez les conditions suivantes :

### Conditions

Vous autorisez la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la Sun Life), à prélever la prime mensuelle (y compris les taxes provinciales applicables) pour cette assurance sur le compte indiqué sur le chèque spécimen ci-joint, au moyen d'un débit préautorisé (DPA). Vous consentez à ce que votre institution financière traite tout retrait effectué en vertu de la présente autorisation comme un retrait à des fins de services personnels. Vous reconnaissez et acceptez que le montant de la prime mensuelle (y compris les taxes provinciales applicables) prélevée en vertu de la présente entente peut varier. **Vous acceptez de renoncer à l'exigence selon laquelle la Sun Life doit vous aviser de tout paiement effectué après le premier paiement, que le montant de la prime mensuelle change ou non.** Vous comprenez que la prime mensuelle est exigible le premier de chaque mois. La présente entente prend fin automatiquement, immédiatement après l'expiration du délai de grâce de 31 jours, lorsque la Sun Life ne peut effectuer un prélèvement sur votre compte.

Lorsque vous nous donnez cette autorisation d'effectuer des prélèvements sur votre compte, cela correspond à aviser l'établissement financier où se trouve votre compte. Cet établissement financier débitera le compte que vous avez indiqué comme si vous lui aviez fourni des directives par écrit. Avant d'effectuer le débit, l'établissement financier indiqué ne vérifiera pas si celui-ci est conforme à la présente autorisation.

La présente autorisation reste en vigueur jusqu'à ce que la Sun Life reçoive de votre part un avis écrit visant à la modifier ou à y mettre fin. L'avis doit être envoyé à l'adresse indiquée ci-dessous au moins dix (10) jours ouvrables avant le prochain prélèvement prévu. Vous nous fournirez une autre autorisation ou un autre accord si nous l'exigeons.

La Sun Life ne peut pas céder la présente autorisation à une autre entreprise ou à une autre personne en vue de permettre à celle-ci de prélever ces montants sur votre compte (par exemple, en cas de changement de contrôle dans la compagnie) sans vous en aviser au moins 10 jours à l'avance par écrit.

Vous avez droit à certains recours si un prélèvement ne respecte pas la présente entente. Par exemple, vous avez le droit de vous faire rembourser un prélèvement qui n'est pas autorisé ou qui ne respecte pas la présente entente de DPA. Pour en savoir plus sur les recours auxquels vous avez droit, pour obtenir un modèle de formulaire d'annulation de DPA ou pour de plus amples renseignements sur votre droit d'annuler une entente de DPA, communiquez avec votre institution financière ou visitez le [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

Vous pouvez communiquer avec nous pour nous faire part d'avis, présenter des demandes, obtenir des renseignements ou exercer des recours au sujet des prélèvements effectués en vertu du présent accord à l'adresse suivante :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie  
C.P. 215 succ. Waterloo  
Waterloo, ON N2J 3Z9  
Téléphone : 1-866-292-3512

Je confirme/nous confirmons que toutes les personnes dont la signature est nécessaire pour autoriser des prélèvements sur le compte bancaire/la facturation des primes à une carte de crédit ont signé ci-dessous.

Signature du titulaire du compte/de la carte X	Date (jj-mm-aaaa) - -
Signature du titulaire du compte/de la carte X	Date (jj-mm-aaaa) - -

B. Paiement par carte de crédit (Veillez facturer ma prime à ma carte Visa ou MasterCard)

**Périodicité des paiements**  Mensuelle  Annuelle

Une fois votre demande traitée, un représentant du centre d'appels de la Financière Sun Life communiquera avec vous pour obtenir les renseignements sur votre carte de crédit.

### Conditions

En ce qui concerne la prime exigée au titre du présent régime de garanties, vous nous autorisez : à facturer à votre carte de crédit la prime d'assurance exigible; à annuler la présente autorisation dans les 10 jours qui suivent la date à laquelle vous nous présentez un avis écrit à cet effet; à annuler automatiquement la présente entente si nous ne sommes pas en mesure de facturer la prime à votre carte de crédit.

L'Assurance maladies graves *ScotiaVie* est établie par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

<sup>MD</sup> Marque déposée de La Banque de Nouvelle-Écosse, utilisée sous licence. La marque Financière ScotiaVie désigne les activités d'assurance canadiennes de La Banque de Nouvelle-Écosse et de certaines de ses filiales canadiennes telles que Scotia-Vie, compagnie d'assurance.