

Proposition d'Assurance santé et soins dentaires ScotiaVie^{MD}

Contrat collectif numéro 50183

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 santé et soins dentaires 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*			
Êtes-vous un résident du Canada qui est aussi couvert au titre du régime d'assurance-maladie de votre province de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

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)			
Adresse électronique*				<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Êtes-vous un résident du Canada qui est aussi couvert au titre du régime d'assurance-maladie de votre province de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

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

Renseignements sur les enfants à votre charge (si vous demandez la couverture des enfants à charge).

Nom de famille		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom de famille		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom de famille		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

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

Suite au verso...

2 Couverture demandée

Veillez choisir un type d'assurance : Assurance santé
ou
 Assurance santé et soins dentaires

Veillez choisir la couverture : Individuelle
 Couple
plus
 Enfant(s) à charge

3 Renseignements médicaux – mini-questionnaire

Cette proposition n'est valide que si la proposition est signée par tous les proposants (âgés de 18 ans ou plus).

Veillez répondre aux questions dans la section 3 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. Veillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques.

	Vous	Votre conjoint (s'il y a lieu)	Enfant(s) à charge* (s'il y a lieu)
1. Au cours des 5 dernières années, avez-vous présenté une demande de prestations d'invalidité ou avez-vous souffert d'une maladie ou d'une blessure qui vous a empêché d'exercer votre profession ou vos activités habituelles pendant une période de plus de deux 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
2. Au cours des 2 dernières années, avez-vous consulté un médecin, suivi des traitements, été hospitalisé, reçu une ordonnance médicale ou rendu visite à un médecin pour une affection, une maladie ou un trouble physique ou mental?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Au cours des 2 dernières années, avez-vous reçu des traitements ou des services d'un professionnel de la santé, y compris ceux d'un naturopathe, physiothérapeute, massothérapeute, chiropraticien, psychologue, orthophoniste ou podiatre?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Utilisez-vous actuellement ou prévoyez-vous utiliser au cours des 6 prochains mois des médicaments, des appareils médicaux ou des dispositifs médicaux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance-vie, d'assurance-invalidité, d'assurance-médicaments ou d'assurance-maladie 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une des questions ci-dessus, veuillez remplir les sections 5, 6 et 7. Si tous les proposants ont répondu par la négative à toutes les questions, veuillez remplir la section 7 avant d'envoyer la présente proposition.

*Veillez noter que si vous demandez l'assurance pour plusieurs enfants à votre charge, les questions visent tous les enfants à assurer.

Si l'un ou l'autre des proposants a répondu par l'affirmative à l'une des questions 1 à 5, 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

4 Renseignements généraux (si vous avez répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre des questions de la section 3)

Veillez répondre aux questions dans les sections 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. Veillez 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			

6 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 santé et soins dentaires *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 ou d'enfant à charge de 18 ans ou plus, 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.

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 santé et soins dentaires *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 au Banque Scotia, y compris *ScotiaVie*, compagnie d'assurance, («Scotia»), conformément à l'Entente relative à la confidentialité du Groupe Banque Scotia («l'entente»), que vous pouvez consulter à l'adresse 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 X	Fait à (ville)	Date (jj-mm-aaaa) - -
Signature de votre conjoint (s'il y a lieu) X	Fait à (ville)	Date (jj-mm-aaaa) - -
Signature de l'enfant à charge de 18 ans ou plus X	Fait à (ville)	Date (jj-mm-aaaa) - -
Signature de l'enfant à charge de 18 ans ou plus X	Fait à (ville)	Date (jj-mm-aaaa) - -
Signature de l'enfant à charge de 18 ans ou plus X	Fait à (ville)	Date (jj-mm-aaaa) - -

Suite au verso...

7 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.

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 santé et soins dentaires *ScotiaVie* est établie par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

^{MD} 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.