

Écrire lisiblement
EN CARACTÈRES
D'IMPRIMERIE.

Dans le présent formulaire d'inscription, le mot *vous* s'entend de la personne qui demande l'assurance.
Les mots *nous* ou *la Compagnie* s'entendent de l'assureur, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie,
membre du groupe Financière Sun Life.

1 Renseignements généraux

Renseignements sur vous

Prénom	Nom	Initiale	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom à la naissance (le cas échéant)		Date de naissance (jj-mm-aaaa) - -	
Lieu de naissance (province)	Lieu de naissance (pays)	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Adresse du domicile (numéro et rue)		Appartement	
Ville		Province	Code postal
Téléphone (domicile) - -	Télécopieur - -	Adresse électronique	
Êtes-vous un résident du Canada et êtes-vous couvert par le régime d'assurance-maladie de votre province de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Nom de l'établissement d'enseignement	Numéro d'étudiant

Renseignements sur votre conjoint

Veuillez remplir cette section
pour demander l'assurance
pour votre conjoint.

Prénom	Nom	Initiale	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom à la naissance (le cas échéant)		Date de naissance (jj-mm-aaaa) - -	
Lieu de naissance (province)	Lieu de naissance (pays)	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Adresse électronique		Êtes-vous un résident du Canada et êtes-vous couvert par le régime d'assurance-maladie de votre province de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Renseignements sur les personnes à votre charge

Veuillez remplir cette section
pour demander l'assurance
pour les personnes à votre
charge.

Prénom	Initiale	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa) - -	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom	Initiale	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa) - -	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom	Initiale	Nom	<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 ne suffit pas, veuillez utiliser une feuille distincte en prenant soin de la signer et de la dater.

2 Couverture demandée

Veuillez visiter
www.plancontinuum.com pour
plus de précisions.

Régime de soins de santé

- individuelle
 deux personnes
 familiale

Régime de soins de santé et de soins dentaires

- individuelle
 deux personnes
 familiale

DC-127



3 Déclaration d'assurabilité

3.1 Antécédents médicaux

Renseignements sur vous

Si vous n'avez pas de médecin traitant, indiquez *aucun*.

Taille	pi	po	m	cm	Poids	<input type="checkbox"/> lb	Changement de poids au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> lb
						<input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain _____ <input type="checkbox"/> Perte _____	<input type="checkbox"/> kg
Raison du changement de poids								
Nom et adresse du médecin traitant et date et motif de la dernière consultation								
Diagnostic, traitement suivi, médicaments prescrits, résultats								

Si le médecin traitant nommé ci-dessus ne dispose pas de votre dossier médical le plus complet, veuillez indiquer le nom et l'adresse du médecin qui dispose de ce dossier.

--

Renseignements sur votre conjoint

Veuillez remplir cette section pour demander l'assurance pour votre conjoint.

Taille	pi	po	m	cm	Poids	<input type="checkbox"/> lb	Changement de poids au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> lb
						<input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain _____ <input type="checkbox"/> Perte _____	<input type="checkbox"/> kg
Raison du changement de poids								
Nom et adresse du médecin traitant et date et motif de la dernière consultation								
Diagnostic, traitement suivi, médicaments prescrits, résultats								

Si le médecin traitant nommé ci-dessus ne dispose pas de votre dossier médical le plus complet, veuillez indiquer le nom et l'adresse du médecin qui dispose de ce dossier.

--

Renseignements sur la ou les personnes à votre charge

Veuillez remplir cette section pour demander l'assurance des personnes à charge.

Prénom	Initiale	Nom						
Taille	pi	po	m	cm	Poids	<input type="checkbox"/> lb	Raison du changement de poids	
						<input type="checkbox"/> kg		
Changement de poids au cours des 12 derniers mois					<input type="checkbox"/> lb	Raison du changement de poids		
<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain _____ <input type="checkbox"/> Perte _____					<input type="checkbox"/> kg			
Prénom	Initiale	Nom						
Taille	pi	po	m	cm	Poids	<input type="checkbox"/> lb	Raison du changement de poids	
						<input type="checkbox"/> kg		
Changement de poids au cours des 12 derniers mois					<input type="checkbox"/> lb	Raison du changement de poids		
<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain _____ <input type="checkbox"/> Perte _____					<input type="checkbox"/> kg			
Prénom	Initiale	Nom						
Taille	pi	po	m	cm	Poids	<input type="checkbox"/> lb	Raison du changement de poids	
						<input type="checkbox"/> kg		
Changement de poids au cours des 12 derniers mois					<input type="checkbox"/> lb	Raison du changement de poids		
<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain _____ <input type="checkbox"/> Perte _____					<input type="checkbox"/> kg			

Si l'espace ne suffit pas, veuillez répondre sur une feuille distincte que vous devrez signer et dater.

3.2 Renseignements sur les médicaments et/ou les traitements

Au cours des 12 derniers mois, l'une des personnes à assurer a-t-elle pris des médicaments sur ordonnance, utilisé du matériel ou des appareils médicaux, suivi un traitement (thérapie, counselling, etc.), ou lui a-t-on conseillé de le faire? (S'applique également aux ordonnances non remplies.)

Vous	Conjoint	Enfant(s) à charge
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir le ou les tableaux ci-dessous

Nom de la personne à assurer	Affection, maladie ou trouble	Médicament ou traitement	Coût mensuel	Concentration	Posologie par 24 heures	Durée
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			

3.3 Renseignements médicaux

Les questions qui suivent s'adressent à vous ainsi qu'à votre conjoint et aux enfants à votre charge (s'ils doivent être assurés) :

	Vous	Conjoint	Enfant(s) à charge
a) Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour l'une ou l'autre des affections suivantes : cancer ou tumeur, troubles neurologiques, troubles cardiovasculaires, hypertension, accident vasculaire cérébral, diabète, troubles du foie ou troubles rénaux, troubles respiratoires, troubles gastro-intestinaux, troubles mentaux ou nerveux, alcoolisme ou toxicomanie, hépatite, troubles endocriniens, troubles sanguins, troubles de l'appareil génitourinaire ou de l'appareil reproducteur, arthrite rhumatoïde, sclérose en plaques ou troubles immunologiques, ou avez-vous subi des tests indiquant que vous êtes porteur du VIH?	<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 souffert de toute autre affection ou avez-vous subi une blessure, une intervention chirurgicale ou un traitement dans les cinq dernières années?	<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) Prévoyez-vous suivre un traitement médical ou chirurgical, ou être hospitalisé dans les six prochains mois; et avez-vous, vous ou votre conjoint, été dans l'impossibilité de travailler pendant plus de cinq jours consécutifs dans les deux dernières années?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) Ressentez-vous des symptômes ou souffrez-vous d'une affection pour lesquels vous n'avez pas consulté le médecin ou pour lesquels on vous a recommandé de subir des examens ou des tests qui n'ont pas encore été effectués?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
e) Avez-vous reçu des conseils ou des traitements pour consommation de drogues ou d'alcool?	<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) A-t-on déjà suspendu votre permis de conduire ou vous l'a-t-on retiré, ou avez-vous 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
g) Pratiquez-vous ou avez-vous l'intention de pratiquer des activités ou des sports dangereux (par exemple course d'automobiles ou de motos, plongée sous-marine, parachute ou deltaplane)?	<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) Vous êtes-vous déjà vu refuser ou ajourner une proposition d'assurance, ou résilier, annuler ou modifier en quoi que ce soit un contrat ou un certificat d'assurance, ou vous a-t-on déjà refusé de renouveler ou de remettre en vigueur une assurance?	<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 énoncées dans la section 3.3 (a-h), veuillez donner des précisions ci-dessous. Joindre les résultats de tous les examens médicaux et bilans de santé.

Si l'espace ne suffit pas, veuillez répondre sur une feuille distincte que vous devrez signer et dater.

Numéro de la question	Nom de la personne à assurer	Date (mm-aaaa)	Nom et adresse du médecin et de l'hôpital, s'il y a lieu	Le cas échéant, donnez les précisions nécessaires sur la nature de la maladie ou de la blessure, les symptômes, le nombre de crises, la durée, le traitement et les résultats
		-		
		-		
		-		
		-		

Prélèvement bancaire mensuel

Veillez fournir les renseignements demandés ci-dessous OU annexer à la présente demande d'adhésion une formule de chèque personnel portant la mention «NUL», et signer ci-dessous.

Nom du titulaire de compte	Initiale	Nom de famille
Nom de l'établissement financier	Adresse de l'établissement financier (numéro et rue)	
Numéro de la succursale	Numéro de l'établissement financier	Numéro de compte

Renseignements sur le payeur

Remplissez cette section si une autre personne que vous, y compris une société, paie votre contrat. Veuillez indiquer tous les renseignements sur le cotitulaire du compte joint, le cas échéant.

Nom (prénom et nom de famille) du/des payeur(s) ou raison sociale complète de la société/entité			
S'il y a lieu : date de naissance (jj-mm-aaaa)		Lien avec vous	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Pays	Code postal

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 de cette assurance (y compris les taxes provinciales applicables) sur le compte indiqué ci-dessus, 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 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 lorsque la Sun Life ne peut effectuer un prélèvement sur votre compte.

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 10 jours ouvrables avant le prochain prélèvement prévu. Vous pouvez obtenir un modèle de formulaire d'annulation de DPA ou en savoir plus sur votre droit d'annuler une entente de DPA auprès de votre institution financière ou en visitant le www.paiements.ca.

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, communiquez avec votre institution financière ou visitez le www.paiements.ca.

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Régimes d'associations et de groupes d'affinités
C.P. 2001, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 0A3
Téléphone : 1-800-669-7921
Courriel : Can_AssocAndAffinity@sunlife.com

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

Nom du titulaire du compte	Signature du titulaire du compte X	Date (jj-mm-aaaa) — —
Nom du titulaire du compte	Signature of account holder X	Date (jj-mm-aaaa) — —

N'envoyez pas d'argent avec cette demande. Vous recevrez un relevé de prime.

5 Déclaration et autorisation

Je certifie que les réponses données dans la présente proposition sont complètes et véridiques. Je reconnais que toute dissimulation, omission ou fausse déclaration relative à la présente proposition entraîne l'annulation de l'assurance.

Je déclare avoir lu, avoir détaché et avoir en ma possession l'Avis relatif au Medical Information Bureau (MIB) et, en signant ci-dessous, j'autorise cet organisme à transmettre à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ou à ses réassureurs tous les renseignements qu'il possède à mon sujet.

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services à utiliser et à échanger des renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion administrative ou au règlement des prestations se rapportant à la présente assurance avec toute personne qui possède des renseignements pertinents à mon sujet, notamment les professionnels de la santé et les établissements médicaux, le MIB, les agences d'enquête, les assureurs et les réassureurs ainsi qu'à utiliser les renseignements nécessaires à la gestion administrative du régime et à les échanger avec l'ASÉQ.

Je reconnais que toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Votre signature X		Signature de votre conjoint (le cas échéant) X	
Signé à (ville)	Signé à (province)		Date (jj-mm-aaaa) — —

Veillez retourner la proposition dûment remplie à l'adresse suivante :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Régimes d'associations et de groupes d'affinités
CP 2001 Succ Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 0A3

7 Protection des renseignements personnels

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

Au cours de l'étude de votre proposition, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie peut communiquer à ses réassureurs des renseignements à votre sujet ou au sujet de votre conjoint. La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie et ses réassureurs peuvent en outre transmettre les renseignements figurant dans leurs dossiers à d'autres sociétés d'assurances de personnes auxquelles vous, vous-même et/ou votre conjoint pourriez présenter une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, de même que ses réassureurs, peuvent également transmettre un rapport sommaire sur les résultats de leurs vérifications au *Medical Information Bureau* (MIB), organisme à but non lucratif composé de sociétés d'assurance de personnes qui effectue des échanges de renseignements au nom des sociétés membres. Si vous et/ou votre conjoint présentez 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.

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

Pour communiquer avec le MIB, vous pouvez écrire à l'adresse suivante :

Medical Information Bureau

330, avenue University

Toronto (Ontario) M5G 1R7

ou téléphoner au (416) 597-0590