Demande de transformation d'assurance et d'exercice d'une option

Numéro du contrat

Dans la présente proposition, les mots ***personne assurée, propriétaire*** et ***vous*** désignent, selon le contexte, la ou les personnes assurées ou le ou les propriétaires.

Les mots *nous* ou *la compagnie* désignent la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, qui est l'assureur et membre du groupe Sun Life.

Au début de chaque section, nous avons précisé qui est désigné par le mot ***vous***.

Instructions à l'intention du conseiller :

Utiliser le présent formulaire de proposition :

- pour toute demande de transformation, de transformation d'assurance collective ou d'exercice d'une option (sans augmentation de l'assurance) d'un produit d'assurance-vie de la Sun Life offert pour ces transformations ou exercices d'options par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Sun Life;
- pour toute demande de transformation ou d'exercice d'une option (sans augmentation de l'assurance);
  - pour l'assurance maladies graves, si les seules garanties qui sont ajoutées sont le Remboursement des primes au décès (RDPD), le Remboursement des primes à la résiliation (RDPR) ou le Remboursement des primes à la résiliation ou à l'expiration (RDPR/E); ou
  - pour l'assurance-vie, si les seules garanties qui sont ajoutées sont la Prime Plus, le Remboursement des primes au décès garanti, ou l'Assurance temporaire d'enfant (ATE).

Il est également possible de demander la catégorie non-fumeur dans le cadre de cette nouvelle proposition pour n'importe laquelle des opérations ci-dessus.

Utiliser la Proposition d'assurance-vie et d'assurance maladies graves au lieu du présent formulaire de proposition :

- pour toute demande de transformation ou d'exercice d'une option avec augmentation de l'assurance (le montant d'assurance demandé dépasse le montant offert pour la transformation ou l'exercice d'une option); ou
- pour toute demande de transformation ou d'exercice d'une option (sans augmentation de l'assurance) et l'ajout d'une garantie qui n'était pas incluse dans le contrat d'origine (ne s'applique pas si la garantie ajoutée est la garantie RDPD, RDPR, (RDPR/E), Prime Plus ou ATE).

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

Les contrats établis avant le 1er 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 1er janvier 2017 ne fait pas partie de ces modifications.

S'assurer **de remettre à la personne assurée** la page Renseignements importants qui contient la Déclaration de la Sun Life en matière de protection des renseignements personnels pour le Canada.

Nota :

- S'il y a plus de deux personnes assurées au titre de ce même numéro de contrat, remplir un deuxième formulaire et le joindre à la présente proposition.
- Les conseillers doivent se reporter à notre logiciel d'aperçus pour déterminer si la présente proposition doit être accompagnée d'un aperçu signé.

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 ssurer, 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 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 à jour les renseignements dans nos dossiers lorsque que vous nous informerez d'un changement.

AAPPF

Renseignements généraux

Dans la présente section, le mot *vous,* désignent, selon le contexte, la ou les personnes assurées ou le ou les propriétaires.

a) Renseignements sur la Personne assurée 1

Prénom		Nom	
Sexe : ☐ Homme ☐ Femme Nous comprenons que votre vécu peut être différent de celui associé à votre sexe assigné à la naissance. Ce renseignement nous sert à évaluer votre demande. Si vous étiez intersexué à la naissance, veuillez sélectionner le sexe qui vous a été assigné.			Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Nom antérieur, le cas échéant	Ville de naissance	Pays de naissance	
Adresse du domicile (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code zip
Téléphone	Téléphone (bureau)		

Preuve d'âge (À remplir uniquement si ces renseignements ne figurent pas dans la proposition d'origine.)

Document (indiquer le type)	Exigence
☐ Permis de conduire (Canada, É.-U., R.U., Bermudes) ☐ Registre d'état civil au Québec ☐ Certificat de naissance (Canada, É.-U., R.U., Bermudes) ☐ Carte d'identité provinciale ☐ Citoyenneté canadienne ☐ Carte des forces armées ☐ Certificat de statut d'Indien	Numéro d'enregistrement
☐ Passeport valide (Canada) ☐ Carte NEXUS valide ☐ Passeport valide (autre pays)	Date d'expiration (jj-mm-aaaa)
☐ Certificat de baptême ☐ Certificat de naissance délivré par un hôpital	Date d'émission (jj-mm-aaaa)
☐ Carte d'assurance-maladie provinciale (si la date de naissance y est indiquée). Comprend les cartes de la RAMQ, de Medicare et d'assurance-maladie de la C.-B. (appelée également carte MSP)	Date d'expiration (jj-mm-aaaa) ***ou*** Numéro d'enregistrement
☐ Carte de résident permanent	Date d'expiration (jj-mm-aaaa) ***ou*** Numéro d'identification

La personne assurée est-elle aussi un propriétaire? ☐ Oui ☐ Non

Si vous êtes aussi un propriétaire, demandez-vous une assurance-vie universelle ou permanente? ☐ Oui ☐ Non

Si «**oui**», quel est votre numéro d'assurance sociale? _____ **Nota :** Requis aux fins d'impôt pour l'assurance-vie.

FATCA - Si «**oui**», 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 vous êtes un résident des États-Unis aux fins de l'impôt, veuillez fournir votre numéro d'identification fiscal (NIF) américain.

_____

NCD - Si «**oui**», 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 : Vous avez fait une demande pour obtenir un NIF, mais vous ne l'avez pas encore reçu.

☐ Raison B : Le pays/territoire où vous habitez aux fins de votre résidence fiscale n'émet pas de NIF.

☐ Autre : Veuillez préciser. _____

Le propriétaire veut-il conserver l'âge? ☐ Oui ☐ Non

Nota : L'âge peut être conservé jusqu'à 10,5 mois pour une assurance avec participation et une assurance-vie universelle (VU), 12 mois pour toutes les autres assurances sans participation ou non VU et 6 mois pour une assurance maladies graves.

Renseignements sur la Personne assurée 2

Numéro du contrat

Renseignements généraux

Prénom	Nom

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme Nous comprenons que votre vécu peut être différent de celui associé à votre sexe assigné à la naissance. Ce renseignement nous sert à évaluer votre demande. Si vous étiez intersexué à la naissance, veuillez sélectionner le sexe qui vous a été assigné.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)

Nom antérieur, le cas échéant	Ville de naissance	Pays de naissance

Adresse du domicile (numéro et rue)	Appartement ou bureau

Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code zip

Téléphone	Téléphone (bureau)

Preuve d'âge (À remplir uniquement si ces renseignements ne figurent pas dans la proposition d'origine.)

Document (indiquer le type)	Exigence
☐ Permis de conduire (Canada, É.-U., R.U., Bermudes) ☐ Certificat de naissance (Canada, É.-U., R.U., Bermudes) ☐ Citoyenneté canadienne ☐ Certificat de statut d'Indien ☐ Registre d'état civil au Québec ☐ Carte d'identité provinciale ☐ Carte des forces armées	Numéro d'enregistrement
☐ Passeport valide (Canada) ☐ Passeport valide (autre pays) ☐ Carte NEXUS valide	Date d'expiration (jj-mm-aaaa)
☐ Certificat de baptême ☐ Certificat de naissance délivré par un hôpital	Date d'émission (jj-mm-aaaa)
☐ Carte d'assurance-maladie provinciale (si la date de naissance y est indiquée). Comprend les cartes de la RAMQ, de Medicare et d'assurance-maladie de la C.-B. (appelée également carte MSP)	Date d'expiration (jj-mm-aaaa) ***ou*** Numéro d'enregistrement
☐ Carte de résident permanent	Date d'expiration (jj-mm-aaaa) ***ou*** Numéro d'identification

La personne assurée est-elle aussi un propriétaire? ☐ Oui ☐ Non

Si vous êtes aussi un propriétaire, demandez-vous une assurance-vie universelle ou permanente? ☐ Oui ☐ Non

Si «**oui**», quel est votre numéro d'assurance sociale? _____ **Nota :** Requis aux fins d'impôt pour l'assurance-vie.

FATCA - Si «**oui**», 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 vous êtes un résident des États-Unis aux fins de l'impôt, veuillez fournir votre numéro d'identification fiscal (NIF) américain.

_____

NCD - Si «**oui**», 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 : Vous avez fait une demande pour obtenir un NIF, mais vous ne l'avez pas encore reçu.

☐ Raison B : Le pays/territoire où vous habitez aux fins de votre résidence fiscale n'émet pas de NIF.

☐ Autre : Veuillez préciser. _____

Le propriétaire veut-il conserver l'âge? ☐ Oui ☐ Non

Nota : L'âge peut être conservé jusqu'à 10,5 mois pour une assurance avec participation et une assurance-vie universelle (VU), 12 mois pour toutes les autres assurances sans participation ou non VU et 6 mois pour une assurance maladies graves.

Y a-t-il un propriétaire qui n'est pas une personne assurée? ☐ Oui ☐ Non Si «**non**», passer à c).

Numéro du contrat

Renseignements généraux

b) Renseignements sur le ou les propriétaires qui ne sont pas des personnes assurées

i) Renseignements sur le propriétaire qui est un particulier (qui n'est pas une société par actions/compagnie, une fiducie ou autre entité)
Fournir les renseignements suivants pour tout propriétaire particulier (qui n'est pas une société par actions/compagnie, une fiducie ou autre entité).

Prénom du propriétaire		Nom	
Sexe : ☐ Homme ☐ Femme Nous comprenons que votre vécu peut être différent de celui associé à votre sexe assigné à la naissance. Ce renseignement nous sert à évaluer votre demande. Si vous étiez intersexué à la naissance, veuillez sélectionner le sexe qui vous a été assigné.		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
Profession	Adresse du domicile (numéro et rue)		Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code zip
Lien avec la personne assurée			

Demandez-vous une assurance-vie universelle ou permanente? ☐ Oui ☐ Non

Si «**oui**», quel est votre numéro d'assurance sociale? _____ **Nota :** Requis aux fins d'impôt pour l'assurance-vie.

FATCA - Si «**oui**», 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 vous êtes un résident des États-Unis aux fins de l'impôt, veuillez fournir votre numéro d'identification fiscal (NIF) américain.

_____

NCD - Si «**oui**», 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 : Vous avez une demande pour obtenir un NIF, mais vous ne l'avez pas encore reçu.

☐ Raison B : Le pays/territoire où vous habitez aux fins de votre résidence fiscale n'émet pas de NIF.

☐ Autre : Veuillez préciser. _____

Prénom du propriétaire		Nom	
Sexe : ☐ Homme ☐ Femme Nous comprenons que votre vécu peut être différent de celui associé à votre sexe assigné à la naissance. Ce renseignement nous sert à évaluer votre demande. Si vous étiez intersexué à la naissance, veuillez sélectionner le sexe qui vous a été assigné.		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
Profession	Adresse du domicile (numéro et rue)		Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code zip
Lien avec la personne assurée			

Demandez-vous une assurance-vie universelle ou permanente? ☐ Oui ☐ Non

Si «**oui**», quel est votre numéro d'assurance sociale? _____ **Nota :** Requis aux fins d'impôt pour l'assurance-vie.

FATCA - Si «**oui**», 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 vous êtes un résident des États-Unis aux fins de l'impôt, veuillez fournir votre numéro d'identification fiscal (NIF) américain.

_____

NCD - Si «**oui**», êtes-vous résident d'un pays ou territoire autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt? ☐ Oui ☐ Non

Numéro du contrat

Renseignements généraux

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 : Vous avez une demande pour obtenir un NIF, mais vous ne l'avez pas encore reçu.

☐ Raison B : Le pays/territoire où vous habitez aux fins de votre résidence fiscale n'émet pas de NIF.

☐ Autre : Veuillez préciser. _____

ii) Renseignements sur le propriétaire qui est une société par actions/compagnie, une fiducie ou autre entité
Fournir les renseignements suivants pour tout propriétaire qui est une société par actions/compagnie, une fiducie ou autre entité.

Nom de la société par actions/compagnie, fiducie ou autre entité			
Titre de la personne à qui les avis et la correspondance sur le contrat doivent être envoyés			
Adresse postale (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code zip

Demandez-vous une assurance-vie universelle ou permanente? ☐ Oui ☐ Non

Si «**oui**», il faut remplir 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.

Nom de la société par actions/compagnie, fiducie ou autre entité			
Titre de la personne à qui les avis et la correspondance sur le contrat doivent être envoyés			
Adresse postale (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code zip

Demandez-vous une assurance-vie universelle ou permanente? ☐ Oui ☐ Non

Si «**oui**», il faut remplir 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.

c) Renseignements sur le ou les propriétaires en sous-ordre

Nota : Vous devriez désigner un propriétaire en sous-ordre :

- s'il y a un seul propriétaire et si le contrat doit demeurer en vigueur après son décès (lorsque le propriétaire n'est pas la personne assurée); ou
- s'il y a plus d'un propriétaire.

Y a-t-il un propriétaire en sous-ordre? ☐ Oui ☐ Non Si «**non**», passer à la section Renseignements sur les bénéficiaires.

Plusieurs propriétaires du contrat en dehors 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 ci-dessous vis-à-vis du nom du propriétaire du contrat approprié.

Plusieurs propriétaires 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 de même que le nom du propriétaire en sous-ordre.

Propriétaire (propriétaire du contrat)	Propriétaire en sous-ordre	Lien avec le propriétaire (propriétaire du contrat)

Numéro du contrat

Renseignements généraux

Propriétaire (propriétaire du contrat)	Propriétaire en sous-ordre	Lien avec le propriétaire (propriétaire du contrat)

d) Renseignements postaux

Dans quelle langue souhaitez-vous que votre contrat et toute correspondance future soient rédigés? Cocher une seule case :

☐ Français

☐ Anglais **Nota:** Les residents du Québec recevront une copie française et une copie anglaise de leur contrat.

Renseignements sur les bénéficiaires

Dans la présente section, le mot *vous* désigne tous les propriétaires. Si cette section n'est pas remplie, le bénéficiaire sera le propriétaire ou les ayants droit du propriétaire.

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.

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

Nota : 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 droits.

Demandez-vous l'assurance maladies graves? ☐ Oui ☐ Non Si «**oui**», passer à c).

Voulez-vous désigner un ou des premiers bénéficiaires pour la Personne assurée 1? ☐ Oui ☐ Non

Prénom	Nom		
Lien avec le propriétaire (en dehors du Québec, avec la personne assurée)		☐ Bénéficiaire révocable ☐ Bénéficiaire irrévocable	Part des bénéficiaires (%)
Prénom	Nom		
Lien avec le propriétaire (en dehors du Québec, avec la personne assurée)		☐ Bénéficiaire révocable ☐ Bénéficiaire irrévocable	Part des bénéficiaires (%)
			%

Voulez-vous désigner un ou des premiers bénéficiaires pour la Personne assurée 2? ☐ Oui ☐ Non

Prénom	Nom		
Lien avec le propriétaire (en dehors du Québec, avec la personne assurée)		☐ Bénéficiaire révocable ☐ Bénéficiaire irrévocable	Part des bénéficiaires (%)
Prénom	Nom		
Lien avec le propriétaire (en dehors du Québec, avec la personne assurée)		☐ Bénéficiaire révocable ☐ Bénéficiaire irrévocable	Part des bénéficiaires (%)
			%

Numéro du contrat

Renseignements sur les bénéficiaires

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

Voulez-vous désigner un ou des bénéficiaires en sous-ordre pour la Personne assurée 1? ☐ Oui ☐ Non

Prénom	Nom		
Lien avec le propriétaire (en dehors du Québec, avec la personne assurée)		☐ Bénéficiaire révocable ☐ Bénéficiaire irrévocable	Part des bénéficiaires (%)
Prénom	Nom		
Lien avec le propriétaire (en dehors du Québec, avec la personne assurée)		☐ Bénéficiaire révocable ☐ Bénéficiaire irrévocable	Part des bénéficiaires (%)
			%

Voulez-vous désigner un ou des bénéficiaires en sous-ordre pour la Personne assurée 2? ☐ Oui ☐ Non

Prénom	Nom		
Lien avec le propriétaire (en dehors du Québec, avec la personne assurée)		☐ Bénéficiaire révocable ☐ Bénéficiaire irrévocable	Part des bénéficiaires (%)
Prénom	Nom		
Lien avec le propriétaire (en dehors du Québec, avec la personne assurée)		☐ Bénéficiaire révocable ☐ Bénéficiaire irrévocable	Part des bénéficiaires (%)
			%

c) 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.

i) Bénéficiaire de la prestation d'assurance maladies graves

Prénom	Nom		
Lien avec le propriétaire (en dehors du Québec, avec la personne assurée)		☐ Bénéficiaire révocable ☐ Bénéficiaire irrévocable	Part des bénéficiaires (%)
Prénom	Nom		
Lien avec le propriétaire (en dehors du Québec, avec la personne assurée)		☐ Bénéficiaire révocable ☐ Bénéficiaire irrévocable	Part des bénéficiaires (%)
			%

ii) Bénéficiaire de la garantie Remboursement des primes au décès

Prénom	Nom		
Lien avec le propriétaire (en dehors du Québec, avec la personne assurée)		☐ Bénéficiaire révocable ☐ Bénéficiaire irrévocable	Part des bénéficiaires (%)
Prénom	Nom		
Lien avec le propriétaire (en dehors du Québec, avec la personne assurée)		☐ Bénéficiaire révocable ☐ Bénéficiaire irrévocable	Part des bénéficiaires (%)
			%

Numéro du contrat

Renseignements sur les bénéficiaires

iii) Bénéficiaire de la garantie Remboursement des primes à la résiliation ou à l'expiration

Nota : Si les renseignements ne sont pas fournis, nous versons la garantie Remboursement des primes à la résiliation ou à l'expiration au propriétaire ou aux ayants droit du propriétaire.

Prénom	Nom		
Lien avec le propriétaire (en dehors du Québec, avec la personne assurée)		☐ Bénéficiaire révocable ☐ Bénéficiaire irrévocable	Part des bénéficiaires (%)
Prénom	Nom		
Lien avec le propriétaire (en dehors du Québec, avec la personne assurée)		☐ Bénéficiaire révocable ☐ Bénéficiaire irrévocable	Part des bénéficiaires (%)
			%

d) Fiduciaire si le bénéficiaire est mineur (À remplir si un bénéficiaire mineur est désigné en a, b ou c.)

Avez-vous désigné un bénéficiaire mineur en a, b ou c et voulez-vous désigner un fiduciaire pour ce bénéficiaire? ☐ Oui ☐ Non

Nota :

- Au Québec, tout montant à être payé à un bénéficiaire durant la minorité de celui-ci sera payé au parent (père ou mère) ou au tuteur légal de ce bénéficiaire.
- Ailleurs qu'au Québec, si vous désignez un enfant mineur comme bénéficiaire, vous devez nommer un fiduciaire qui recevra les fonds au nom de l'enfant.

i) Premiers bénéficiaires : Vous désignez

ii) Bénéficiaires en sous-ordre : Vous désignez

iii) Bénéficiaire de la prestation d'assurance maladies graves : Vous désignez

iv) Bénéficiaire de la garantie Remboursement des primes au décès : Vous désignez

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.

Type d'opération et renseignements sur le contrat

Dans la présente section, le mot *vous* désigne tous les propriétaires du contrat.

Nota :

- Le ou les propriétaires doivent répondre à la question 1.
- Le ou les propriétaires, ainsi que la ou les personnes assurées si elles ne sont pas les propriétaires, doivent répondre aux questions 2 et 3. Si une personne assurée 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.
- Répondre aux questions 2 et 3 uniquement s'il s'agit d'une transformation ou de l'exercice d'une option. Ne pas répondre s'il s'agit d'une transformation d'assurance collective.

1. Quel type d'opération demandez-vous? ☐ Transformation ☐ Transformation d'assurance collective ☐ Exercice d'une option

2. Le contrat d'origine comportait-il la garantie d'exonération de la prime, la garantie d'exonération du coût du risque, la garantie d'exonération en cas d'invalidité ou la garantie en cas d'invalidité du propriétaire pour la personne assurée ou le propriétaire? ☐ Oui ☐ Non

   Si «**oui**», répondre à la question 3.

Numéro du contrat

Type d'opération et renseignements sur le contrat

3. Est-ce que la personne assurée ou le propriétaire sont actuellement invalides? Ont-ils fait une demande de prestations d'invalidité au titre d'un contrat qui est transformé ou au titre d'un contrat en vertu duquel est exercée une option, ou ont-ils l'intention de le faire?

☐ Oui ☐ Non

À remplir uniquement pour les transformations :

Nota :

- Les modifications de contrats établis avant 2017 pourraient entraîner la perte des droits acquis et ainsi avoir des répercussions fiscales non souhaitables.
- Toutes les transformations doivent satisfaire aux minimums en vigueur pour les produits, aux conditions du contrat à transformer et à nos règles administratives.
- Si plus d'un contrat est transformé, un seul contrat sera établi à la suite de la transformation.

Numéro du contrat

☐ Transformation intégrale ☐ Transformation partielle

Montant qui n'est pas transformé : ☐ demeure en vigueur ☐ doit être résilié

Numéro du contrat

☐ Transformation intégrale ☐ Transformation partielle

Montant qui n'est pas transformé : ☐ demeure en vigueur ☐ doit être résilié

Numéro du contrat

☐ Transformation intégrale ☐ Transformation partielle

Montant qui n'est pas transformé : ☐ demeure en vigueur ☐ doit être résilié

a) Transformation de :

☐ Assurance temporaire

☐ Assurance maladies graves (temporaire uniquement)

☐ Garantie Assurance temporaire maladies graves (sur la tête de la personne assurée ou d'une personne assurée additionnelle)

☐ Assurance temporaire pour une personne assurée additionnelle

☐ Assurance-vie universelle

☐ Assurance temporaire de conjoint

☐ Autre

b) Transformation en :

☐ **Vie Protection Sun Life avec participation II** $

ou

☐ **Vie Capitalisation Sun Life avec participation II** $

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

Préciser : ☐ Sur une tête ☐ Sur deux têtes, payable au premier décès

☐ Sur deux têtes, payable au dernier décès

☐ primes payables jusqu'au premier décès (offert uniquement pour les contrats payables à vie)

☐ primes payables jusqu'au second décès

Nota : Remplir aussi la section Renseignements supplémentaires s'il s'agit d'une transformation ou de l'exercice d'une option en faveur de la Vie Protection Sun Life avec participation II ou de la Vie Capitalisation Sun Life avec participation II.

☐ **Vie Accélération Sun Life avec participation** $ (Montant de l'assurance de base + montant du complément)

Préciser : ☐ Sur une tête ☐ Sur deux têtes, payable au premier décès

☐ Sur deux têtes, payable au dernier décès (primes payables jusqu'au second décès)

Numéro du contrat

Type d'opération et renseignements sur le contrat

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**».

☐ Assurance-vie permanente sans participation $

☐ 10 ans ☐ 15 ans ☐ 20 ans ☐ Paiement à vie (jusqu'à 100 ans)

Préciser : ☐ Sur une tête ☐ Sur deux têtes, payable au premier décès

☐ Sur deux têtes, payable au dernier décès

☐ primes payables jusqu'au premier décès (seulement si paiement à vie)

☐ primes payables jusqu'au dernier décès

☐ Vie universelle Sun Life II $

Préciser : ☐ 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

Nota : Remplir aussi la section Renseignements supplémentaires s'il s'agit d'une transformation ou de l'exercice d'une option en faveur de la Vie universelle Sun Life II.

☐ Vie universelle Sun Life (Bermudes seulement) $

Préciser : ☐ Sur une tête ☐ Sur deux têtes, payable au premier décès

☐ Sur deux têtes, payable au dernier décès

Nota : Remplir aussi la section Renseignements supplémentaires s'il s'agit d'une transformation ou de l'exercice d'une option en faveur de la Vie universelle Sun Life (Bermudes seulement).

☐ Solution Vie Sun Life (uniquement s'il s'agit d'une transformation de la Temporaire Sun Life un an et de la Temporaire Sun Life jusqu'à 65 ans) $

☐ Assurance-vie temporaire Évolution Sun Life (uniquement s'il s'agit d'une transformation d'assurance temporaire) $

Durée : Ans

Nota : Pour déterminer les durées de terme disponibles, les conseillers doivent se référer aux pages du contrat en cours de conversion.

Préciser : ☐ Sur une tête ☐ Sur deux têtes, payable au premier décès

☐ Multiassurance (À remplir pour la Personne assurée 2) $ Durée : Ans

☐ Assurance maladies graves Sun Life $

☐ Temporaire à 75 ans *ou* ☐ À vie

Période de paiement garantie — Période de paiement garantie

☐ 15 ans ☐ Jusqu'à 75 ans — ☐ 10 ans ☐ 15 ans ☐ Jusqu'à 100 ans

☐ Contrat d'assurance-vie universelle en vigueur — Numéro du contrat — Montant de l'augmentation $

☐ Autre

c) Renseignements sur les garanties :

i) Nouveau contrat

☐ Transférer la ou les garanties suivantes (préciser) :

Numéro du contrat

Type d'opération et renseignements sur le contrat

Si l'Assurance temporaire d'enfant est transférée au nouveau contrat, indiquer le nom et la date de naissance des enfants qui seront couverts par l'Assurance temporaire d'enfant.

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

Réduisez-vous le montant d'Assurance temporaire d'enfant? ☐ Oui ☐ Non

Si «**oui**», indiquer le nouveau montant d'Assurance temporaire d'enfant. $

☐ Ajouter la ou les garanties suivantes :

Nota : Les garanties faculatives 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.

☐ Assurance temporaire d'enfant $

☐ RDPD

☐ RDPR (À vie uniquement)

Adulte	Enfant
☐ 15 ans	☐ à l'avance
☐ à 65 ans	☐ à 35 ans
☐ à 75 ans	

☐ RDPR/E (Temporaire à 75 ans uniquement)

Adulte	Enfant
☐ 15 ans	☐ à l'avance
☐ à 65 ans	☐ à 35 ans
☐ à 75 ans	

☐ Remboursement des primes au décès garanti (Pour les contrats payables sur 15 ou 20 ans assurance-vie permanente sans participation seulement.)

ii) Contrat d'origine

☐ Résilier la ou les garanties suivantes (préciser) :

d) Déclaration relative à l'usage du tabac

Nota : Dans la question suivante, le mot *vous* désigne le ou les propriétaires.

	Personne assurée 1	**Personne assurée 2**
Demandez-vous le tarif non-fumeur dans le cadre de cette nouvelle proposition?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Si «**oui**», le contrat existant a-t-il le tarif non-fumeur?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Si «**non**», vous devez répondre aux questions sous Déclaration relative à l'usage du tabac dans la section Preuves supplémentaires.

À remplir uniquement pour les transformations d'assurance collective :

Nota :

- Toutes les transformations doivent satisfaire aux minimums en vigueur pour les produits, aux conditions du contrat collectif et à nos règles administratives.
- Joindre au présent formulaire une copie de l'avis relatif à la cessation de services du Client.

a) Transformation en :

☐ Solution Vie Sun Life

☐ Transférer la garantie Décès accidentel du contrat collectif d'origine

☐ Temporaire Sun Life 1 an

☐ Temporaire Sun Life jusqu'à 65 ans

Numéro du contrat

Type d'opération et renseignements sur le contrat

Numéro du contrat collectif	Numéro du certificat

Nom de la compagnie titulaire du contrat collectif	Montant transformable	Montant à transformer
	$	$

Date à laquelle l'assurance collective a pris fin, dernière date au travail ou date d'expiration des garanties : Date (jj-mm-aaaa)

S'agit-il d'une transformation d'assurance du conjoint? ☐ Oui ☐ Non Si «**oui**», fournir les renseignements suivants sur le conjoint :

Prénom	Nom	NAS (requis aux fins d'impôt pour l'assurance-vie)	Date de naissance (jj-mm-aaaa)

Le conjoint doit également signer la section Déclaration et autorisation de la présente proposition.

b) Déclaration relative à l'usage du tabac

Au cours des **12 derniers mois**, la personne assurée a-t-elle fumé des cigarettes, des cigarillos, des petits ou des gros cigares ou la pipe, ou fait usage de produits de vapotage, de tabac à chiquer, de gomme ou de timbres à la nicotine ou d'un produit quelconque contenant de la nicotine ou du tabac? ☐ Oui ☐ Non

À remplir uniquement pour l'exercice d'une option :

Nota : Toutes les options doivent satisfaire aux minimums en vigueur pour les produits, aux conditions du contrat qui contient l'option et à nos règles administratives.

a) Nouveau contrat :

☐ Vie Protection Sun Life avec participation II $

ou

☐ Vie Capitalisation Sun Life avec participation II $

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

Nota : Remplir aussi la section Renseignements supplémentaires s'il s'agit d'une transformation ou de l'exercice d'une option en faveur de la Vie Protection Sun Life avec participation II ou de la Vie Capitalisation Sun Life avec participation II.

☐ Vie Accélération Sun Life avec participation $ (Montant de l'assurance de base + montant du complément)

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**».

☐ Assurance-vie permanente sans participation $

☐ 10 ans ☐ 15 ans ☐ 20 ans ☐ Paiement à vie (jusqu'à 100 ans)

☐ Vie universelle Sun Life II $

Nota : Remplir aussi la section Renseignements supplémentaires s'il s'agit d'une transformation ou de l'exercice d'une option en faveur de la Vie universelle Sun Life II.

☐ Vie universelle Sun Life (Bermudes seulement) $

Nota : Remplir aussi la section Renseignements supplémentaires s'il s'agit d'une transformation ou de l'exercice d'une option en faveur de la Vie universelle Sun Life (Bermudes seulement).

☐ Assurance-vie temporaire Évolution Sun Life $

Durée : Ans

Nota : La durée doit être comprise entre 5 et 40 ans et peut être par tranches d'un an.

Numéro du contrat

Type d'opération et renseignements sur le contrat

☐ Autre

b) Option à exercer :

☐ Garantie d'assurabilité

☐ Âge ☐ Date du mariage (jj-mm-aaaa) ☐ Date de naissance de l'enfant (jj-mm-aaaa)

☐ Date de l'adoption légale (jj-mm-aaaa) ☐ Autre

☐ Assurance temporaire d'enfant

Au cours des **12 derniers mois**, la personne assurée a-t-elle fumé des cigarettes, des cigarillos, des petits ou des gros cigares ou la pipe, ou fait usage de produits de vapotage, de tabac à chiquer, de gomme ou de timbres à la nicotine ou d'un produit quelconque contenant de la nicotine ou du tabac? ☐ Oui ☐ Non

☐ Protection de l'entreprise

Nota : Remplir le *Questionnaire sur la situation financière (F96)* et joindre ce dernier à la présente proposition, accompagné d'une copie des états financiers des deux dernières années à propos de l'entreprise nommée dans la proposition pour le nouveau contrat.

☐ Protection du partenaire d'affaires (contrats d'assurance temporaire uniquement)

Prénom de la personne décédée	Nom	Montant d'assurance de la personne décédée (montant de l'assurance de base)
		$

Indiquer le numéro du contrat :

Numéro du contrat qui prévoit l'option à exercer

i) Nouveau contrat

☐ Transférer la ou les garanties suivantes (préciser) :

☐ Ajouter la garantie suivante :

☐ Assurance temporaire d'enfant $

☐ Remboursement des primes au décès garanti (Pour les contrats payables sur 15 ou 20 ans assurance-vie permanente sans participation seulement.)

ii) Contrat d'origine

☐ Résilier la ou les garanties suivantes (préciser) :

c) Déclaration relative à l'usage du tabac (Ne pas remplir lorsqu'il y a exercice d'une option d'Assurance temporaire d'enfant.)

Nota : Dans la question suivante, le mot *vous* désigne le ou les propriétaires.

	Personne assurée 1
Demandez-vous le tarif non-fumeur dans le cadre de cette nouvelle proposition?	☐ Oui ☐ Non
Si «**oui**», le contrat existant a-t-il le tarif non-fumeur?	☐ Oui ☐ Non

Si «**non**», vous devez répondre aux questions sous Déclaration relative à l'usage du tabac dans la section Preuves supplémentaires.

Renseignements supplémentaires requis s'il s'agit d'une transformation ou de l'exercice d'un option en faveur de la Vie Protection Sun Life avec participation II ou de la Vie Capitalisation Sun Life avec participation II.

i) **Options de participation (Si aucun choix n'est indiqué, l'option implicite est BAL.)**

☐ Bonifications d'assurance libérée (BAL)

Nota : Si des BAL sont ajoutées et qu'elles dépassent le montant d'assurance maximum, il faut également remplir la section Preuves supplémentaires.

☐ Réduction annuelle de la prime (offerte uniquement si les primes sont payées annuellement)

☐ Paiement comptant

Numéro du contrat

Type d'opération et renseignements sur le contrat

☐ Participations capitalisées

☐ Complément d'assurance

Nota : Si un Complément d'assurance est ajouté et qu'il dépasse le montant d'assurance maximum, il faut également remplir la section Preuves supplémentaires.

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

Voulez-vous ajouter la garantie Prime Plus (GPP)? ☐ Oui ☐ Non

ii) **Garantie Prime Plus (GPP)** (Non offerte avec l'option de paiements sur **10 ans**. Offerte uniquement si l'option BAL ou Complément d'assurance est sélectionnée sous i) Options de participation.)

Nota : Si la GPP est ajoutée, il faut également remplir la section Preuves supplémentaires.

Options de paiement pour la GPP

Paiements périodiques (paiements réguliers mensuels ou annuels) : ☐ Mensuels $ ☐ Annuels $

iii) **Prélèvement des primes sur les participations (Si rien n'est indiqué, nous présumons que la réponse est «oui».)**

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 de participations à l'avenir. Le contrat pourrait d'ailleurs ne jamais bénéficier du prélèvement des primes sur les participations. Si le contrat peut bénéficier du prélèvement des primes sur les participations, il se pourrait qu'à un moment donné après le début de cette méthode de paiement, vous ayez à reprendre le paiement des primes vous-même.

iv) **Demande d'inscription sur la liste d'envoi (Si rien n'est indiqué, nous présumons que la réponse est «oui».)**

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

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

Si aucun choix n'est indiqué, nous présumons que la réponse est «**oui**».

Renseignements supplémentaires requis s'il s'agit d'une transformation ou de l'exercice d'une option en faveur de la Vie universelle Sun Life II

Nota : Pour modifier la répartition des placements s'inscrivant dans un contrat d'assurance-vie universelle en vigueur, remplir le formulaire Changement de comptes de placement et affectation des versements.

i) **Options de capital-décès (Si aucun choix n'est indiqué, l'option implicite est Montant d'assurance plus la valeur du compte du contrat.)** (en choisir une)

☐ Montant d'assurance plus compte du contrat

☐ Montant d'assurance uniforme

ii) **Coût de l'assurance (CDA) (Si aucun choix n'est indiqué, l'option implicite est uniforme.)**

☐ 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

iii) **Options de comptes de placement (Si cette section n'est pas remplie, l'option implicite est Compte à intérêt quotidien 100 %.)**

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 %. Vous pouvez choisir jusqu'à 10 comptes. De plus, un minimum de 100 $ s'applique à chaque compte de placement.

Si vous avez choisi une option de compte de placement qui n'est plus offerte et que ce changement ne figure pas encore dans la présente proposition, 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.

Numéro du contrat

Type d'opération et renseignements sur le contrat

Comptes à intérêt	Pourcentage
Compte à intérêt quotidien	%
Comptes à intérêt garanti (CIG) : 1 an	%
3 ans	%
5 ans	%
10 ans	%
Compte diversifié Sun Life	%
Sous-total	%

Comptes gérés	Pourcentage
Indiciel d'actions mondiales BlackRock	%
Indiciel d'actions américaines BlackRock	%
Catégorie de société d'actions canadiennes Cambridge CI	%
Revenu et croissance Signature CI	%
Indiciel d'actions canadiennes BlackRock Sun Life	%
Obligations canadiennes Universel 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	%
+ 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 :

- Retraits proportionnels prélevés sur tous les comptes de placement, en fonction de la valeur de chaque compte au moment du retrait.

ou ☐ Ordre de retrait substitutif 1 :

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

ou ☐ Ordre de retrait substitutif 2 :

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

iv) **Maintien de l'exonération d'impôt du contrat**

Nota :

• Si la présente proposition est signée aux Bermudes, ne **pas** remplir cette section sur le 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 implicite est Maintenir le montant d'assurance.

☐ Maintenir le montant d'assurance

☐ Augmenter le montant d'assurance du pourcentage nécessaire (jusqu'à un maximum de 8 %), puis annuler les augmentations dès qu'il est possible de le faire sans risquer que le contrat cesse d'être exonéré (**nota :** le coût de l'assurance sera modifié en conséquence).

☐ 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 annuler 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 implicite sera le compte à intérêt quotidien.

☐ Compte à intérêt quotidien

☐ Compte à intérêt garanti – 1 an

Numéro du contrat

Type d'opération et renseignements sur le contrat

Renseignements supplémentaires requis s'il s'agit d'une transformation ou de l'exercice d'une option en faveur de l'Universelle Sun Life (Bermudes seulement)

Nota : Pour modifier la répartition des placements s'inscrivant dans un contrat d'assurance-vie universelle en vigueur, remplir le formulaire Demande de service lié au contrat Universelle Sun Life.

i) **Options de capital-décès (Si aucun choix n'est indiqué, l'option implicite est Montant d'assurance plus la valeur du compte du contrat.)**

Choisir l'une des options suivantes :

☐ Montant d'assurance uniforme
☐ Montant d'assurance indexé
☐ Montant d'assurance plus la valeur du compte du contrat

Dans le cas d'une multiassurance, la valeur du compte du contrat payable est calculée proportionnellement selon le rapport existant entre chaque montant d'assurance et le total des montants d'assurance, à moins que vous ne choisissiez l'un des modes de paiement suivants : ☐ valeur du compte du contrat payable la première fois

ou

☐ valeur du compte du contrat payable la dernière fois qu'une garantie principale sera payée en vertu du contrat.

ii) **Coût de l'assurance (Si aucun choix n'est indiqué, l'option implicite est Taux uniformes garantis.)**

☐ Taux garantis d'une assurance temporaire annuelle ***ou*** ☐ Taux uniformes garantis

iii) **Boni sur placements (Si rien n'est indiqué, nous présumons que la réponse est «non».)** ☐ Oui ☐ Non

iv) **Options de comptes de placement (Si cette section n'est pas remplie, l'option implicite est Compte à intérêt quotidien 100 %.)**

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 de placement.

Si vous avez choisi une option de compte de placement qui n'est plus offerte et que ce changement ne figure pas encore dans la présente proposition, 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.

Comptes à intérêt	Pourcentage
Compte à intérêt quotidien	%
Comptes à intérêt garanti (CIG)	
1 an	%
3 ans	%
5 ans	%
10 ans	%
20 ans	%
Sous-total	%

Comptes basés sur des indices	Pourcentage
Indice boursier américain	%
Indice obligataire canadien	%
Indice boursier canadien	%
Indice d'actions étrangères	%
+ Sous-total	%
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 standard. (Une fois le contrat établi, l'ordre choisi ne peut plus être modifié. Cocher une seule case.)

☐ Ordre de retrait standard :
- Compte d'opérations
- Compte à intérêt quotidien
- Comptes basés sur le rendement d'un indice
- Comptes basés sur le rendement de fonds gérés
- CIG (dont l'échéance est la plus proche)

ou

☐ Ordre de retrait substitutif :
- Compte d'opérations
- Compte à intérêt quotidien
- CIG (dont l'échéance est la plus proche)

Numéro du contrat

Reconnaissance de variabilité

Le mot *vous* désigne tous les propriétaires du contrat.

Vous comprenez 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;
- 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, vous comprenez 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. Vous comprenez que le rendement passé n'est pas une prévision ni une bonne indication des résultats futurs.

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

Vous comprenez 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. Vous comprenez 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.

Vous savez 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.

Numéro du contrat

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 **est un particulier**.

Nota :

- Dans la présente section, le mot *vous* désigne le ou les propriétaires.
- Le ou les propriétaires de la présente proposition doivent répondre aux questions.

Si un propriétaire **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 - Dossier comprenant les directives et le formulaire) à l'égard de ce propriétaire.*

Il faut toujours vérifier l'identité des Clients et déterminer s'il y a participation de tiers. Cela permet à la Sun Life et à vous de gérer le risque et de vous 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.

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

Vérification de l'identité
Propriétaire 1 (Renseignements sur un particulier propriétaire)

Prénom du propriétaire	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.			Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code zip

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 la version authentique, 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 lavérification (jj-mm-aaaa)

☐ b) Processus double :

Il faut voir 2 documents valides et à jour provenant de 2 sources différentes et fiables. Toute l'information doit être obtenue de 2 des 3 options ci-dessous, et il faut confirmer qu'elle correspond à ce qui a été fourni par la personne :

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

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

Nota : Des renseignements précis sont requis dans le champ Source (p. ex., province de l'Ontario, Hydro-Québec, CIBC, Bell Canada). Les entités financières, les fournisseurs de services publics, les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux et les administrations municipales sont considérés comme des sources d'information fiables.

Source 1	Type de document	Numéro de compte ou de référence	Information obtenue dans le cadre de la méthode utilisée ☐ Nom ☐ Date de naissance ☐ Adresse ☐ Compte financier	Date de vérification (jj-mm-aaaa)
Source 2	Type de document	Numéro de compte ou de référence	Information obtenue dans le cadre de la méthode utilisée ☐ Nom ☐ Date de naissance ☐ Adresse ☐ Compte financier	Date de vérification (jj-mm-aaaa)

Vérification de l'identité
Propriétaire 2 (Renseignements sur un particulier propriétaire)

Prénom du propriétaire	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.			Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code zip

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 la version authentique, 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 lavérification (jj-mm-aaaa)

☐ b) Processus double :

Il faut voir 2 documents valides et à jour provenant de 2 sources différentes et fiables. Toute l'information doit être obtenue de 2 des 3 options ci-dessous, et il faut confirmer qu'elle correspond à ce qui a été fourni par la personne :

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 : Des renseignements précis sont requis dans le champ Source (p. ex., province de l'Ontario, Hydro-Québec, CIBC, Bell Canada). Les entités financières, les fournisseurs de services publics, les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux et les administrations municipales sont considérés comme des sources d'information fiables.

Source 1	Type de document	Numéro de compte ou de référence	Information obtenue dans le cadre de la méthode utilisée ☐ Nom ☐ Date de naissance ☐ Adresse ☐ Compte financier	Date de vérification (jj-mm-aaaa)
Source 2	Type de document	Numéro de compte ou de référence	Information obtenue dans le cadre de la méthode utilisée ☐ Nom ☐ Date de naissance ☐ Adresse ☐ Compte financier	Date de vérification (jj-mm-aaaa)

Détermination de tiers

Voici quelques exemples de tiers :

• Payeur • Mandataire (procuration) • Cessionnaire/créancier hypothécaire

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	Profession/profession avant la retraite/activité principale

Numéro du contrat

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

Adresse/Adresse du domicile (numéro et rue) **Nota** : Indiquer une case postale ou «poste restante» n'est pas acceptable.			Appartement ou bureau	Téléphone
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	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	Téléphone
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 :

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

À la connaissance de chaque propriétaire, est-ce qu'un propriétaire, un membre de la famille ou un proche collaborateur d'un propriétaire 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; les enfants du conjoint d'un propriétaire; les frères/sœurs ou les demi-frères/demi-sœurs-soeurs par alliance et de sang d'un propriétaire; les parents biologiques/adoptifs ou le conjoint du père ou de la mère d'un propriétaire; 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.
- Par «proche collaborateur», on entend une personne qui est étroitement associée à un propriétaire 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 :
  - opérations effectuées entre une PPE ou un DOI et un propriétaire;
  - activités commerciales entre une PPE ou un DOI et un propriétaire;
  - couverture médiatique qui associe une PPE ou un DOI à un propriétaire;
  - relation personnelle, comme une relation amoureuse ou une amitié profonde, entre une PPE ou un DOI et un propriétaire.

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

Prénom du propriétaire	Nom	
Prénom (EPV), s'il n'est pas propriétaire	Nom	Lien avec le propriétaire (EPV)

Numéro du contrat

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

Prénom (EPV), s'il n'est pas propriétaire	Nom	Lien avec le propriétaire (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	Nom

Prénom (EPV), s'il n'est pas propriétaire	Nom	Lien avec le propriétaire (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	Nom

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

Prénom du propriétaire	Nom

Prénom (NPV), s'il n'est pas propriétaire	Nom	Lien avec le propriétaire (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	Nom

Prénom (NPV), s'il n'est pas propriétaire	Nom	Lien avec le propriétaire (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	Nom

Prénom (NPV), s'il n'est pas propriétaire	Nom	Lien avec le propriétaire (NPV)

Numéro du contrat

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

Prénom (NPV), s'il n'est pas propriétaire	Nom	Lien avec le propriétaire (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) – (en vie ou décédé, charge occupée actuellement ou au cours des 5 dernières années) ☐ 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	Nom

Prénom (DOI), s'il n'est pas propriétaire	Nom	Lien avec le propriétaire (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	Nom

Prénom (DOI), s'il n'est pas propriétaire	Nom	Lien avec le propriétaire (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	Nom

Prénom (DOI), s'il n'est pas propriétaire	Nom	Lien avec le propriétaire (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	Nom

Prénom (DOI), s'il n'est pas propriétaire	Nom	Lien avec le propriétaire (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, but du produit et source de la richesse

Fournir la source de paiement pour la présente proposition. (Sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.)

☐ salaire ou revenu gagné
☐ compte de placement existant
☐ prestation de décès ou succession
☐ prestations sociales
☐ épargne du propriétaire
☐ revenu de régime de retraite
☐ vente d'une propriété
☐ revenu d'entreprise
☐ fonds obtenus par voie de don
☐ fonds hérités
☐ fonds empruntés
☐ autre (préciser ci-dessous)

Numéro du contrat

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

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

- ☐ remplacement du revenu
- ☐ protection hypothécaire
- ☐ protection contre les créanciers
- ☐ protection des biens
- ☐ protection du patrimoine
- ☐ protection d'entreprise
- ☐ dons de bienfaisance
- ☐ planification fiscale ou successorale
- ☐ autre (préciser ci-dessous)

Remplir la section ci-dessous si un propriétaire a répondu « ***oui*** » à l'une des questions de la sous-section Personnes politiquement exposées (PPE)/dirigeant d'une organisation internationale (DOI), portant sur la détermination d'EPV/de NPV/de DOI.

Consigner la source de la richesse du propriétaire. Il s'agit de la provenance des avoirs d'une personne qui peut être raisonnablement expliquée, plutôt que ce à quoi l'on pourrait s'attendre. Par exemple, l'origine de la richesse d'une personne peut être une accumulation d'activités et d'événements.

Indiquer la source de la richesse accumulée (Sélectionner tout ce qui s'applique.)

Propriétaire 1

- ☐ patrimoine familial
- ☐ héritage
- ☐ règlement de divorce
- ☐ revenu provenant de l'achat ou de la vente de placements (p. ex., placements immobiliers, valeurs mobilières, redevances, brevets)
- ☐ cadeaux
- ☐ prestations de régimes de retraite ou de pension
- ☐ gains de casino ou de loterie
- ☐ autres actifs personnels (p. ex., vente de biens immobiliers résidentiels, œuvres d'art)
- ☐ revenu d'entreprise
- ☐ vente de biens d'entreprise
- ☐ salaire, bonis, commissions
- ☐ autre (préciser ci-dessous) :

Propriétaire 2

- ☐ patrimoine familial
- ☐ héritage
- ☐ règlement de divorce
- ☐ revenu provenant de l'achat ou de la vente de placements (p. ex., placements immobiliers, valeurs mobilières, redevances, brevets)
- ☐ cadeaux
- ☐ prestations de régimes de retraite ou de pension
- ☐ gains de casino ou de loterie
- ☐ autres actifs personnels (p. ex., vente de biens immobiliers résidentiels, œuvres d'art)
- ☐ revenu d'entreprise
- ☐ vente de biens d'entreprise
- ☐ salaire, bonis, commissions
- ☐ autre (préciser ci-dessous) :

Numéro du contrat

Personne assurée 1 Preuve numéro (réservé au siège social) **Personne assurée 2** Preuve numéro (réservé au siège social)

Preuves supplémentaires

Il est important que vous fournissiez des renseignements complets et véridiques dans la proposition pour que nous puissions l'évaluer correctement. Si vous doutez de la pertinence d'un renseignement, transmettez-le quand même. Si vous négligez de fournir des renseignements importants dont vous êtes au courant, la compagnie pourrait refuser les demandes de règlement futures et annuler tous les contrats qu'elle a établis.

Nota : Sous a), le mot *vous* désigne le ou les propriétaires.

a) **Est-ce que vous :**

Nota : Dans les questions suivantes, le mot *vous* désigne tous les propriétaires du contrat.

1) ajoutez la garantie RDPD à un produit Assurance maladies graves Sun Life? ☐ Oui ☐ Non
2) ajoutez des bonifications d'assurance libérée ou un complément d'assurance dont le montant dépasse le montant d'assurance maximum? ☐ Oui ☐ Non
3) ajoutez des bonifications d'assurance libérée ou un complément d'assurance et que le montant du contrat d'origine (le contrat à transformer) dépasse le montant d'assurance maximum? ☐ Oui ☐ Non
4) ajoutez le Remboursement des primes au décès garanti à un produit d'assurance-vie permanente sans participation? ☐ Oui ☐ Non
5) ajoutez la garantie Prime Plus, indépendamment du capital nominal? ☐ Oui ☐ Non
6) ajoutez une garantie Assurance temporaire d'enfant? ☐ Oui ☐ Non

b) **Renseignements sur la ou les personnes assurées**

Nota :
- Dans les questions suivantes, le mot *vous* désigne la ou les personnes assurées.
- Pour toute réponse **affirmative** donnée ci-dessus, la ou les personnes assurées doivent remplir cette section. Si une personne assurée est âgée de moins de 16 ans (18 ans au Québec), le parent (père ou mère) ou le tuteur légal qui connaît tous les antécédents médicaux ou personnels de cette personne doit fournir les renseignements en son nom.
- Au besoin, utiliser une autre feuille que la personne assurée signera et datera.

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

i) crise cardiaque ou autre trouble ou maladie du coeur, accident vasculaire cérébral (AVC)/ accident ischémique transitoire (AIT), cancer ou toute autre masse anormale ou tumeur maligne, diabète ou trouble ou maladie des reins, des poumons ou du foie — **Personne assurée 1** ☐ Oui ☐ Non — **Personne assurée 2** ☐ Oui ☐ Non

Préciser le diagnostic, la date du diagnostic, le type de traitement et tout autre renseignement pertinent.
Si «**oui**», préciser le diagnostic, la date du diagnostic, le type de traitement et tout autre renseignement pertinent.

Personne assurée 1 – Précisions

Personne assurée 2 – Précisions

ii) sida, infection par le VIH ou autre maladie ou trouble du système immunitaire — ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

Préciser le diagnostic, la date du diagnostic, le type de traitement et tout autre renseignement pertinent.
Si «**oui**», préciser le diagnostic, la date du diagnostic, le type de traitement et tout autre renseignement pertinent.

Personne assurée 1 – Précisions

Personne assurée 2 – Précisions

2) Avez-vous connaissance de symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement? ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

Préciser les symptômes, la date du début des symptômes et tout autre renseignement pertinent.

EAPPF

Numéro du contrat

Preuves supplémentaires

Si «**oui**», préciser les symptômes, la date du début des symptômes et tout autre renseignement pertinent.

Personne assurée 1 – Précisions

Personne assurée 2 – Précisions

3) Avez-vous **déjà** souffert d'une maladie ou d'un problème de santé qui n'a pas déjà été mentionné, et pour lequel vous avez dû ou devez subir des examens, suivre un traitement ou être en observation? Êtes-vous en attente d'examens ou de résultats de tests pour tout autre problème médical? **(Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.)** ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

Préciser le diagnostic, la date du diagnostic, le type de traitement et tout autre renseignement pertinent.
Si «**oui**», préciser le diagnostic, la date du diagnostic, le type de traitement et tout autre renseignement pertinent.

Personne assurée 1 – Précisions

Personne assurée 2 – Précisions

4) 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

Préciser le nom de la compagnie, la date de la proposition, le type de contrat, la décision et la raison.
Si «**oui**», préciser le nom de la compagnie, la date de la proposition, le type de contrat, la décision et la raison.

Personne assurée 1 – Précisions

Personne assurée 2 – Précisions

c) **Déclaration relative à l'usage du tabac** (À remplir s'il s'agit d'une transformation ou de l'exercice d'une option (sauf l'Assurance temporaire d'enfant) avec demande de modification de la catégorie fumeur à non-fumeur pour le nouveau contrat.)

Nota :
- Dans les questions suivantes, le mot *vous* désigne la ou les personnes assurées.
- La ou les personnes assurées doivent répondre aux questions suivantes. Si une personne assurée est âgée de moins de 16 ans (18 ans au Québec), le parent (père ou mère) ou le tuteur légal **qui connaît tous les antécédents médicaux ou personnels de cette personne** doit fournir les renseignements en son nom.
- Si vous avez répondu «**oui**» à la question de la Déclaration relative à l'usage du tabac dans la section Type d'opération et renseignements sur le contrat, il faut répondre aux questions suivantes.
- Un test simple peut être exigé pour vérifier votre réponse.

1. Quelle est la dernière fois où vous avez fait usage de produits du tabac ou de produits contenant de la nicotine (p. ex. : cigares, cigarettes, pipe, tabac à chiquer, gomme ou timbres à la nicotine)? Remplir le tableau ci-dessous.

Numéro du contrat

Preuves supplémentaires

Personne à assurer	Cette semaine	12 derniers mois	Dernier usage il y a entre 1 et 5 ans	Dernier usage il y a plus de 5 ans	Jamais fait usage de produits du tabac ni de produits contenant de la nicotine
Personne assurée 1	☐ Type de produit(s) utilisé(s) : ☐ Cigarettes, cigarillos, petit cigares, pipe ou autres produits contenant du tabac ou de la nicotine ☐ Gros cigars **Si gros cigares,** nombre consommé au cours **des 12 derniers mois :** _____	☐ Type de produit(s) utilisé(s) : ☐ Cigarettes, cigarillos, petit cigares, pipe ou autres produits contenant du tabac ou de la nicotine ☐ Gros cigars **Si gros cigares,** nombre consommé au cours **des 12 derniers mois :** _____	☐ Dernier usage (jj-mm-aaaa) _____	☐	☐
Personne assurée 2	☐ Type de produit(s) utilisé(s) : ☐ Cigarettes, cigarillos, petit cigares, pipe ou autres produits contenant du tabac ou de la nicotine ☐ Gros cigars **Si gros cigares,** nombre consommé au cours **des 12 derniers mois :** _____	☐ Type de produit(s) utilisé(s) : ☐ Cigarettes, cigarillos, petit cigares, pipe ou autres produits contenant du tabac ou de la nicotine ☐ Gros cigars **Si gros cigares,** nombre consommé au cours **des 12 derniers mois :** _____	☐ Dernier usage (jj-mm-aaaa) _____	☐	☐

2. **Personne assurée 1 :** Taille _____ ☐ cm ☐ pi et po Poids _____ ☐ kg ☐ lb

Personne assurée 2 : Taille _____ ☐ cm ☐ pi et po Poids _____ ☐ kg ☐ lb

	Personne assurée 1	**Personne assurée 2**
3. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous perdu plus de 4,5 kg ou 10 lb?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Personne assurée 1 : Si «**oui**», remplir le tableau ci-dessous.

Poids perdu : _____ ☐ lb ☐ kg	Cause de la perte de poids : ☐ régime ☐ exercice ☐ intervention chirurgicale ☐ autre
Si «**autre**», donner des précisions ci-dessous.	

Personne assurée 2 : Si «**oui**», remplir le tableau ci-dessous.

Poids perdu : _____ ☐ lb ☐ kg	Cause de la perte de poids : ☐ régime ☐ exercice ☐ intervention chirurgicale ☐ autre
Si «**autre**», donner des précisions ci-dessous.	

4. a) Au cours des **5 dernières années**, avez-vous fait usage de cannabis ou de haschisch? ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, indiquer votre consommation moyenne ci-dessous.

Personne à assurer	Consommation quotidienne	Consommation hebdomadaire	Consommation mensuelle	Moins d'une fois par mois	Dernière consommation (jj-mm-aaaa)
Personne assurée 1	☐ N^bre^ de fois par jour : _____ Quantité par usage en grammes : _____	☐ N^bre^ de fois par semaine : _____	☐ N^bre^ de fois par mois : _____	☐	_____
Personne assurée 2	☐ N^bre^ de fois par jour : _____ Quantité par usage en grammes : _____	☐ N^bre^ de fois par semaine : _____	☐ N^bre^ de fois par mois : _____	☐	_____

b) Si vous avez répondu **oui** à la question a), mélangez-vous le cannabis ou le haschisch à du tabac? ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

c) Si vous avez répondu **oui** à la question a), s'agit-il d'un usage à des fins médicinales? ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

d) Si vous avez répondu **oui** à la question c), s'agit-il de la prescription d'un médecin? ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, est-ce votre médecin ou professionnel de la santé habituel? ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, donner des précisions à la question 7.

Si **non**, donner des précisions ci-dessous.

Numéro du contrat

Preuves supplémentaires

Prénom du médecin			Nom	
Adresse du médecin (numéro et rue)				Appartement ou bureau
Ville	Province		Pays	Code postal

e) Si vous avez répondu **oui** à la question d), quelle affection ou maladie est traitée? ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

f) **Au cours des 10 dernières années**, avez-vous fait usage de drogues ou de narcotiques sans ordonnance médicale (p. ex. : cocaïne, LSD, ecstasy, héroïne, fentanyl, stéroïdes anabolisants ou amphétamines)? ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, donner des précisions ci-dessous.

Personne à assurer	Drogue ou narcotique	Quantité consommée et fréquence	Dernière consommation (jj-mm-aaaa)
Personne assurée 1			
Personne assurée 2			

g) Avez-vous **déjà** reçu un traitement ou des conseils ou assisté à une réunion relativement à un problème de consommation de drogue ou d'alcool? ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ 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.

h) Si vous avez répondu **non** à la question g), un médecin ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il déjà recommandé de suivre un traitement, de consulter un spécialiste ou de réduire votre consommation de drogue ou d'alcool? ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ 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.

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

i)	sida ou infection par le VIH	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
ii)	douleurs à la poitrine, hypertension artérielle, pouls irrégulier ou trouble ou maladie du coeur	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
iii)	accident vasculaire cérébral (AVC), anévrisme, accident ischémique transitoire (AIT) ou paralysie	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
iv)	asthme, toux persistante ou tout autre trouble ou maladie des poumons	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
v)	diabète, anomalie de la glycémie ou trouble ou maladie des reins	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
vi)	cancer, tumeur ou toute autre masse anormale ou tumeur maligne	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
vii)	ulcère (gastroduodénal ou gastrique), colite ulcéreuse ou maladie de Crohn	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
viii)	hépatite (y compris porteur d'hépatite) ou tout autre trouble ou maladie du foie	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
ix)	autres antécédents médicaux qui n'ont pas déjà été mentionnés	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Donner des précisions sur toute réponse **affirmative** à la question 5.

	Question numéro	Date (mm-aaaa)	Indiquer les traitements connexes, les durées, les dates, les tests ou analyses et les résultats. Indiquer aussi le nom et l'adresse de chaque médecin qui a examiné ou traité la personne et de chaque établissement médical ou hôpital où elle a été soignée.
☐ Personne assurée 1 ☐ Personne assurée 2			
☐ Personne assurée 1 ☐ Personne assurée 2			
☐ Personne assurée 1 ☐ Personne assurée 2			

Numéro du contrat

Preuves supplémentaires

☐ Personne assurée 1 ☐ Personne assurée 2			
☐ Personne assurée 1 ☐ Personne assurée 2			
☐ Personne assurée 1 ☐ Personne assurée 2			
☐ Personne assurée 1 ☐ Personne assurée 2			

6. Renseignements supplémentaires relatifs aux questions de cette section.

Personne assurée 1

Personne assurée 2

7. Quel type de professionnel de la santé consultez-vous pour vos soins médicaux ou soins de santé habituels? Cocher une seule case et donner des précisions ci-dessous :

Personne assurée 1

☐ Médecin de famille ☐ Infirmier praticien ☐ Clinique

☐ Vous n'avez pas recours à la médicine traditionnelle, mais vous consultez un :

Prénom du professionnel de la santé		Nom	
Adresse	Ville	Province	Code postal
Date de votre première consultation (jj-mm-aaaa)	Date de votre dernier rendez-vous (jj-mm-aaaa)	Raison du rendez-vous	
Traitement ou médicament prescrit		Résultat du rendez-vous et suivi prévu	

Personne assurée 2

☐ Médecin de famille ☐ Infirmier praticien ☐ Clinique

☐ Vous n'avez pas recours à la médicine traditionnelle, mais vous consultez un :

Prénom du professionnel de la santé		Nom	
Adresse	Ville	Province	Code postal
Date de votre première consultation (jj-mm-aaaa)	Date de votre dernier rendez-vous (jj-mm-aaaa)	Raison du rendez-vous	
Traitement ou médicament prescrit		Résultat du rendez-vous et suivi prévu	

d) **Antécédents familiaux** (À remplir s'il s'agit d'une transformation en faveur d'une assurance maladies graves avec demande de modification de la catégorie fumeur à non-fumeur pour le nouveau contrat.)

Nota : Dans la question suivante, le mot *vous* désigne tous les propriétaires du contrat.

1. Demandez-vous une transformation en faveur de l'assurance maladies graves? ☐ Oui ☐ Non

Si «**oui**», fournir les renseignements suivants :

Numéro du contrat

Preuves supplémentaires

Nota :

- Dans les questions suivantes, le mot *vous* désigne la ou les personnes assurées.
- La ou les personnes assurées doivent répondre à ces questions. Si une personne assurée est âgée de moins de 16 ans (18 ans au Québec), le parent (père ou mère) ou le tuteur légal qui connaît tous les antécédents médicaux ou personnels de cette personne doit fournir les renseignements en son nom.
- Les personnes assurées de plus de 65 ans n'ont pas à répondre aux questions suivantes. **Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**

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

3. 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? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si «**oui**» en réponse à 2) ou 3), remplir le tableau suivant.

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

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

Nota :

- Dans la présente section, le mot *vous* désigne la personne assurée.
- La personne assurée peut faire assurer ses enfants, biologiques ou adoptés, ou les enfants de son conjoint en vertu d'une garantie Assurance temporaire d'enfant.

S'il y a plus d'une personne assurée, l'assurance est demandée pour l'enfant ou les enfants de quelle personne? ☐ Personne assurée 1 ☐ Personne assurée 2

La personne assurée a-t-elle des enfants actuellement? ☐ Oui ☐ Non

Si «**oui**», fournir les renseignements suivants :

Nota :

- S'il y a plus de 3 enfants à assurer, imprimer un autre exemplaire des pages sur l'Assurance temporaire d'enfant et joindre ces dernières à la présente proposition.
- Les renseignements ci-dessous doivent être fournis par la personne demandant l'assurance pour ses enfants.

Renseignements sur l'Enfant 1 à assurer

Prénom de l'enfant	Nom
Lien avec la personne assurée ☐ Enfant ☐ Enfant du conjoint ☐ Enfant adopté	

Numéro du contrat

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

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme Nous comprenons que votre vécu peut être différent de celui associé à votre sexe assigné à la naissance. Ce renseignement nous sert à évaluer votre demande. Si vous étiez intersexué à la naissance, veuillez sélectionner le sexe qui vous a été assigné.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)

Cet enfant vit-il avec vous? ☐ Oui ☐ Non

Si «**oui**», avec qui l'enfant vit-il? ☐ Assuré 1 ☐ Assuré 2

Si «**non**», fournir les renseignements suivants.

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/État	Code postal/Code zip

Connaissez-vous tous les antécédents médicaux de cet enfant? ☐ Oui ☐ Non

Si «**non**», la personne qui connaît le mieux les antécédents médicaux de cet enfant est-elle présente? ☐ Oui ☐ Non

Nota : Si la personne qui connaît le mieux les antécédents médicaux de l'enfant n'est pas présente, cet enfant ne peut pas demander cette garantie pour le moment.

Si la personne qui connaît le mieux les antécédents médicaux de l'enfant **est présente**, indiquer le nom de cette personne et le lien qu'elle a avec cet enfant.

Nom de la personne qui répond aux questions au nom de l'enfant	Lien avec l'enfant

Renseignements sur l'Enfant 2 à assurer

Prénom de l'enfant	Nom
Lien avec la personne assurée ☐ Enfant ☐ Enfant du conjoint ☐ Enfant adopté	
Sexe : ☐ Homme ☐ Femme Nous comprenons que votre vécu peut être différent de celui associé à votre sexe assigné à la naissance. Ce renseignement nous sert à évaluer votre demande. Si vous étiez intersexué à la naissance, veuillez sélectionner le sexe qui vous a été assigné.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)

Cet enfant vit-il avec vous? ☐ Oui ☐ Non

Si «**oui**», avec qui l'enfant vit-il? ☐ Assuré 1 ☐ Assuré 2

Si «**non**», fournir les renseignements suivants.

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/État	Code postal/Code zip

Connaissez-vous tous les antécédents médicaux de cet enfant? ☐ Oui ☐ Non

Si «**non**», la personne qui connaît le mieux les antécédents médicaux de cet enfant est-elle présente? ☐ Oui ☐ Non

Nota : Si la personne qui connaît le mieux les antécédents médicaux de l'enfant n'est pas présente, cet enfant ne peut pas demander cette garantie pour le moment.

Si la personne qui connaît le mieux les antécédents médicaux de l'enfant **est présente**, indiquer le nom de cette personne et le lien qu'elle a avec cet enfant.

Nom de la personne qui répond aux questions au nom de l'enfant	Lien avec l'enfant

Renseignements sur l'Enfant 3 à assurer

Prénom de l'enfant	Nom
Lien avec la personne assurée ☐ Enfant ☐ Enfant du conjoint ☐ Enfant adopté	

Numéro du contrat

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

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme Nous comprenons que votre vécu peut être différent de celui associé à votre sexe assigné à la naissance. Ce renseignement nous sert à évaluer votre demande. Si vous étiez intersexué à la naissance, veuillez sélectionner le sexe qui vous a été assigné.	Date de naissance (jj-mm-aaaa)

Cet enfant vit-il avec vous? ☐ Oui ☐ Non

Si «**oui**», avec qui l'enfant vit-il? ☐ Assuré 1 ☐ Assuré 2

Si «**non**», fournir les renseignements suivants.

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/État	Code postal/Code zip

Connaissez-vous tous les antécédents médicaux de cet enfant? ☐ Oui ☐ Non

Si «**non**», la personne qui connaît le mieux les antécédents médicaux de cet enfant est-elle présente? ☐ Oui ☐ Non

Nota : Si la personne qui connaît le mieux les antécédents médicaux de l'enfant n'est pas présente, cet enfant ne peut pas demander cette garantie pour le moment.

Si la personne qui connaît le mieux les antécédents médicaux de l'enfant **est présente**, indiquer le nom de cette personne et le lien qu'elle a avec cet enfant.

Nom de la personne qui répond aux questions au nom de l'enfant	Lien avec l'enfant

Nota : Fournir des précisions pour toute réponse **affirmative** de chaque enfant aux questions 1 à 4. Si l'enfant est âgé d'au moins 16 ans (18 ans au Québec), il doit répondre aux questions suivantes et signer la section Déclaration et autorisation de la présente proposition.

1. 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

Enfant à assurer	Précisions
Enfant à assurer	Précisions
Enfant à assurer	Précisions

2. 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

Enfant à assurer	Précisions
Enfant à assurer	Précisions
Enfant à assurer	Précisions

b) cancer, leucémie ou toute autre masse anormale ou tumeur maligne ☐ Oui ☐ Non

Enfant à assurer	Précisions
Enfant à assurer	Précisions
Enfant à assurer	Précisions

c) diabète ou autre maladie ou trouble de la glande thyroïde ou du système endocrinien ☐ Oui ☐ Non

Enfant à assurer	Précisions

Numéro du contrat

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

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

d) hémophilie, trouble de la coagulation ou autre maladie ou trouble du sang ☐ Oui ☐ Non

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

e) maladie de Crohn, colite ulcéreuse, hépatite ou autre maladie ou trouble de l'intestin, de l'estomac ou du foie ☐ Oui ☐ Non

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

f) asthme, fibrose kystique, tuberculose ou autre maladie ou trouble respiratoire ☐ Oui ☐ Non

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

g) dépression, anxiété, trouble déficitaire de l'attention ou autre maladie ou trouble d'ordre psychologique, affectif ou nerveux ☐ Oui ☐ Non

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

h) maladie ou trouble des reins ou du système urinaire ☐ Oui ☐ Non

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

i) dystrophie musculaire, sclérose en plaques ou autre maladie ou trouble neurologique ☐ Oui ☐ Non

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

Numéro du contrat

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

Enfant à assurer	Précisions

j) syndrome de Down, retard du développement, autisme, paralysie cérébrale ou autre maladie ou trouble d'ordre congénital ☐ Oui ☐ Non

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

k) épilepsie, convulsion ou autre maladie ou trouble du cerveau ☐ Oui ☐ Non

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

3. Un des enfants a-t-il **déjà** subi un test de dépistage du VIH (sida)? ☐ Oui ☐ Non

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

4. Un des enfants 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

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

Enfant à assurer	Précisions

Numéro du contrat

Autorisation de divulguer de l'information à votre conseiller

Dans la présente section, le mot *vous* désigne tous les propriétaires du contrat.

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 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 assurée 1 consent-elle à la divulgation de renseignements la concernant? ☐ Oui ☐ Non

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

La personne assurée 2 consent-elle à la divulgation de renseignements la concernant? ☐ Oui ☐ Non

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

PAPRSIGF

Numéro du contrat

Paiements

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 supposerons que les directives pour le prélèvement bancaire seront fournies à la livraison.
- Nous prélèverons les paiements sur le compte du payeur seulement lorsque le contrat sera en vigueur, sauf si l'option relative au paiement initial a été choisie, sous Autorisation de prélèvement bancaire (PB).

Quel est le mode de paiement?

☐ Paiement annuel : Si ce mode de paiement est choisi, il faut remettre le plein montant du paiement annuel au conseiller au moment de remplir la proposition. Le chèque doit être établi à l'ordre de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

☐ Paiement à la livraison : Si ce mode de paiement est choisi, il faut également fournir les renseignements sous Paiement à la livraison et, s'il y a lieu, sous Autorisation de prélèvement bancaire (PB).

☐ Prélèvement bancaire (PB) : Si ce mode de paiement est choisi, il faut également fournir les renseignements sous Autorisation de prélèvement bancaire (PB).

☐ Paiements périodiques futurs (ce mode de paiement n'est offert que pour les propositions d'assurance-vie universelle) : Si ce mode de paiement est choisi, il faut également fournir le Montant des paiements périodiques futurs.

☐ Bermudes seulement

Périodicité : ☐ Trimestrielle ☐ Annuelle (**Nota** : Si rien n'est indiqué, nous présumons que la réponse est «Annuelle».)

Monnaie : ☐ Bermudes ☐ États-Unis (**Nota** : Si rien n'est indiqué, nous présumons que la réponse est «Bermudes».)

Montant des paiements périodiques futurs $

Paiement à la livraison

Veuillez indiquer le mode de paiement choisi pour le paiement initial :

☐ 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 les prélèvements bancaires fournis sous Autorisation de prélèvement bancaire (PB)

☐ Prélèvement bancaire en fonction des renseignements fournis sous Autorisation de prélèvement bancaire (PB)

☐ Prélèvement bancaire en fonction des renseignements fournis à la livraison

Autorisation de prélèvement bancaire (PB)

Tous les payeurs associés au prélèvement bancaire (PB) sont-ils aussi une personne assurée ou un propriétaire, ou les deux? ☐ Oui ☐ Non

Si «**non**», indiquer le nom du ou des payeurs.

Prénom du payeur	Nom
Prénom du payeur	Nom

Nota :

- Tous les payeurs associés au PB doivent accepter de se conformer aux conditions suivantes pour se prévaloir du droit d'utiliser ce mode de paiement.
- Nous prélèverons tous les paiements, y compris le paiement initial, sur le compte indiqué.

Tous les payeurs associés au PB 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 considérés comme faits à titre personnel 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 autorisation le seront à l'adresse du propriétaire/propriétaire du contrat la plus récente qui est consignée au dossier de la compagnie au moment de l'envoi d'un avis.

Numéro du contrat

Paiements

- La compagnie peut facturer des frais si un prélèvement n'est pas honoré et mettre fin au mode de paiement par prélèvement bancaire.
- Toutes les personnes dont la signature est requise pour le compte bancaire indiqué ci-dessous ont signé la section Déclaration et autorisation à titre de payeur associé au 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 associés au 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;**
  - **des changements du montant ou de la date des prélèvements demandés par eux ou par la compagnie.**

a) Les payeurs veulent-ils que nous prélevions des fonds pour régler le paiement initial? ☐ Oui ☐ Non

Si «**oui**» et s'il s'agit d'une transformation intégrale et qu'il y a un crédit de prime, celui-ci sera transféré à la nouvelle proposition pour aider à régler le paiement initial.

S'il y a un crédit de prime, voulez-vous que nous prélevions quand même le paiement initial? ☐ Oui ☐ Non

Si «**non**», assurez-vous que le plein montant du paiement initial a été remis au conseiller au moment de remplir la présente proposition.

b) Le payeur veut-il ajouter le contrat à une convention de PB en vigueur? ☐ Oui ☐ Non

Si «**oui**», indiquer le numéro de contrat associé au PB en vigueur. Numéro du contrat

Si «**oui**», les prélèvements réguliers pour ce contrat seront faits le même jour du mois que dans le cas du PB en vigueur pour le numéro de contrat indiqué, à moins de directives contraires données ici : Jour du prélèvement mensuel pour la présente proposition

c) Le payeur veut-il commencer un nouveau PB? ☐ Oui ☐ Non Si «**oui**», fournir les renseignements demandés sous d).

d) La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie prélèvera tous les mois 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 par PB.

Toutes les personnes dont la signature est requise pour ce compte doivent signer la section Déclaration et autorisation. Pour les comptes conjoints qui requièrent plus d'une signature pour le prélèvement de fonds, tous les titulaires du compte doivent signer la section Déclaration et autorisation.

Nous prélèverons immédiatement le paiement initial.

Les prélèvements réguliers commenceront un mois après la date du contrat ou le (jj-mm-aaaa)

Les payeurs peuvent mettre fin à la présente autorisation n'importe quand en donnant à la compagnie un préavis de 10 jours. Pour obtenir des précisions sur leurs droits de résiliation, les payeurs devraient communiquer avec leur institution financière. 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 autorisation de prélèvement bancaire ou qui n'est pas conforme à celle-ci. Pour obtenir des précisions sur les recours possibles, les payeurs devraient communiquer avec leur institution financière ou visiter le site Web *www.paiements.ca.*

Il est possible de nous joindre en tout temps à :
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
C. P. 1601, succursale Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4C5
1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433)
Télécopieur : 1-866-487-4745
www.sunlife.ca

Numéro du contrat

Paiements

Joindre un spécimen de chèque portant la mention «nul» OU donner les renseignements suivants : (N'utiliser que les comptes de chèques.)

Nom du titulaire de compte 1	Nom du titulaire de compte 2
Nom de l'institution financière	
Adresse de l'institution financière (numéro et rue)	

Ville	Province	Code postal

Numéro de la succursale bancaire	Numéro de la banque ou de l'institution financière
Numéro du compte	

Ce chèque spécimen indique les renseignements que vous devez fournir.

Remarques :

Le numéro de succursale/de transit comporte généralement 4-5 chiffres.

Le numéro de la banque/de l'institution financière comporte toujours 3 chiffres :

BMO 001

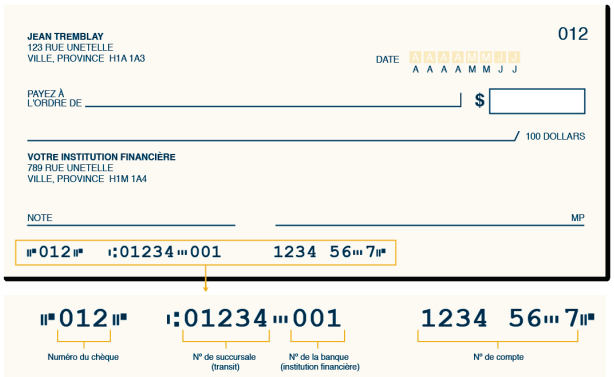
Banque Scotia 002

RBC 003

TD 004

CIBC 010

Le numéro de compte peut comporter jusqu'à 12 chiffres.



Directives spéciales

Numéro du contrat

Services de traduction – Autorisation et déclaration

La présente proposition a-t-elle été traduite pour le compte d'une personne assurée et/ou d'un propriétaire 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, ou
- toute autre personne qui a un intérêt dans le contrat d'assurance (exclusion faite du conseiller).

a) Autorisation de la ou des personnes assurées et/ou du ou des propriétaires

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

1. Pour qui la présente proposition a-t-elle été traduite dans une langue autre que le français?
   ☐ Personne assurée 1 ☐ Personne assurée 2 ☐ Propriétaire 1 ☐ Propriétaire 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 assurée 1 : ☐ Oui ☐ Non Personne assurée 2 : ☐ Oui ☐ Non
   Propriétaire 1 : ☐ Oui ☐ Non Propriétaire 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 assurée 1 : ☐ Oui ☐ Non Personne assurée 2 : ☐ Oui ☐ Non
   Propriétaire 1 : ☐ Oui ☐ Non Propriétaire 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 assurée 1	☐ Conseiller ☐ Autre Préciser :	Personne assurée 2	☐ Conseiller ☐ Autre Préciser :
Propriétaire 1	☐ Conseiller ☐ Autre Préciser :	Propriétaire 2	☐ Conseiller ☐ Autre Préciser :

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

Personne assurée 1		Personne assurée 2	
Propriétaire 1		Propriétaire 2	

b) 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 assurées et/ou des propriétaires susmentionnés à la sous-section a) :

- 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;
- 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 18 ans ou plus.

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

Numéro du contrat

Déclaration et autorisation

Déclaration et autorisation

En signant ci-dessous, les propriétaires confirment avoir reçu et lu le Guide des définitions des maladies graves et qu'ils en acceptent les modalités, s'ils ont demandé l'assurance maladies graves.

En signant ci-dessous, les propriétaires et les personnes assurées (si les propriétaires ne sont pas les personnes assurées) confirment avoir reçu et lu la déclaration de la Sun Life en matière de protection des renseignements personnels pour le Canada et qu'ils en acceptent les modalités.

En signant ci-dessous, les propriétaires acceptent d'aviser la Sun Life de tout changement touchant leurs renseignements personnels fournis dans ce formulaire et tout autre document.

- Exemples de changements pour particulier : nom, adresse, numéro de téléphone, profession, et nature de l'activité principale.
- Exemples de changements pour une entité : nom et adresse de l'entité, information sur la propriété, le contrôle et les administrateurs.

Déclaration

En signant ci-dessous, les propriétaires, les personnes assurées et les payeurs associés au prélèvement bancaire (PB) reconnaissent, déclarent et confirment :

- qu'ils étaient présents quand a été remplie la partie qui les concerne de la présente 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 proposition;
- que tous les renseignements qui ont été fournis relativement à la présente 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 ou d'un règlement d'assurance, et pour permettre à la 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;
- qu'ils comprennent que si leurs réponses à toutes les questions ne sont pas complètes et véridiques (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 Sun Life en matière de protection des renseignements personnels pour le Canada;
- qu'ils acceptent que leurs renseignements personnels peuvent être communiqués à nos partenaires de distribution comme les agences générales principales ou comptes nationaux, les intermédiaires de marché et leurs employés et mandataires pour les besoins indiqués dans la déclaration de la 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 la présente 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;
- que les payeurs associés au PB, acceptent les modalités de l'autorisation de prélèvement bancaire exposées à la section Paiements.

En signant ci-dessous, la ou les personnes assurées confirment que les renseignements de la section Autorisation de divulguer de l'information à votre conseiller peuvent être communiqués à leur conseiller, s'ils ont répondu «**oui**» dans cette section.

Numéro du contrat

Déclaration et autorisation

Autorisation des personnes assurées

En signant ci-dessous, les personnes assurées (ou, si une personne assurée 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, LLC ou tout autre organisme ou établissement, y compris les membres du groupe 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 assurées, 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;
- la Sun Life à fournir la décision de tarification prise pour cette proposition d'assurance à leur médecin de famille, à un professionel de la santé ou à tout autre médecin qu'ils nommeront;
- 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;
- la compagnie à fournir les renseignements personnels nécessaires obtenus pour la tarification, et ces renseignements seulement, à leur médecin, au MIB, LLC, 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.

Fait à	Fait le (jj-mm-aaaa)	Propriétaire (inscrire le titre du signataire autorisé, s'il y a lieu) X
Fait à	Fait le (jj-mm-aaaa)	Propriétaire (inscrire le titre du signataire autorisé, s'il y a lieu) X
Fait à	Fait le (jj-mm-aaaa)	Personne assurée (si autre que le propriétaire) X
Fait à	Fait le (jj-mm-aaaa)	Personne assurée (si autre que le propriétaire ou, si âgée de moins de 16 ans [18 ans au Québec], signature du père, de la mère ou du tuteur) X
Fait à	Fait le (jj-mm-aaaa)	Personne assurée (conjoint couvert au titre de la transformation d'assurance collective) X
Fait à	Fait le (jj-mm-aaaa)	Personne assurée au titre de l'Assurance temporaire d'enfant (si âgée de plus de 16 ans [18 ans au Québec]) X
Fait à	Fait le (jj-mm-aaaa)	Payeur associé au PB (si autre que le propriétaire ou la personne assurée) X
Fait à	Fait le (jj-mm-aaaa)	Payeur associé au PB (si autre que le propriétaire ou la personne assurée) X

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

© Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, 2025

Numéro du contrat

Compte rendu du conseiller

Renseignements sur les paiements

Paiement remis avec la présente proposition	Périodicité des paiements futurs	Montant des versements périodiques futurs
$	☐ Annuelle ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle (Bermudes seulement)	$

Renseignements postaux

L'adresse postale est-elle la même que l'adresse du domicile? ☐ Oui ☐ Non

Adresse postale (numéro, rue et numéro de boîte postale)			
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code zip

Renseignements sur le conseiller

Nota : La part minimale est de 10 %.

Y a-t-il partage de la commission? ☐ Oui ☐ Non

Prénom du conseiller principal assurant le service	Nom	Code	Part	Bureau
Prénom du conseiller qui partage la commission	Nom	Code	Part	Bureau
		Part totale	%	

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

Êtes-vous lié aux personnes assurées et/ou aux propriétaires? ☐ 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 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**», donner des précisions.

Personne(s) assurée(s)

Personne assurée 1

Avez-vous rencontré la personne assurée en personne? ☐ Oui ☐ Non

Si «**non**», donner des précisions.

Depuis quand connaissez-vous la personne assurée?

Personne assurée 2

Avez-vous rencontré la personne assurée en personne? ☐ Oui ☐ Non

Si «**non**», donner des précisions.

AGTSTMTF

Numéro du contrat

Compte rendu du conseiller

Depuis quand connaissez-vous la personne assurée?

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 en signant ci-dessous que :

- si la vérification de l'identité a été effectuée au moyen d'une pièce d'identité avec photo, tous les renseignements sur l'identité que contient la présente proposition correspondent à ceux de la pièce d'identité avec photo authentique, délivrée par un gouvernement qui vous a été présentée en personne;
- si la vérification de l'identité a été effectuée au moyen du processus double, les renseignements auxquels vous vous êtes reporté étaient valides et à jour, et provenaient de 2 sources différentes et fiables. Ces renseignements correspondent à ceux du celles du propriétaire/propriétaire/propriétaire unique d'entreprise;
- tous les renseignements sur l'identité donnés dans la présente proposition correspondent à l'original des pièces d'identité qui m'ont été présentées;
- j'ai informé chaque propriétaire 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 chaque propriétaire que je toucherai une rémunération sous forme de commissions ou de rétribution pour la vente de produits d'assurance-vie et d'assurance-santé;
- j'ai indiqué à chaque propriétaire 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 chaque propriétaire de tout conflit d'intérêt qu'il peut y avoir pour moi dans le cadre de cette opération;
- je détiens un permis ou un certificat dans la province où la présente proposition a été remplie et où la présente page de signature a été signée.

S'il est indiqué dans la section Services de traduction – Autorisation et déclaration que j'ai agi à titre de traducteur, en signant ci-dessous, je déclare avoir fait ce qui suit pour le compte de la ou des personnes assurées et/ou du ou des propriétaires 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.

S'il y a lieu (voir la section Déclaration de l'adjoint administratif titulaire de permis). Je soussigné, le conseiller, confirme également en signant ci-dessous que :

- j'ai passé en revue les renseignements fournis dans la présente proposition avec chaque propriétaire unique d'entreprise, personne assurée et payeur du PB;
- à ma connaissance, tous les renseignements que contient la présente proposition sont complets et véridiques et ils m'ont été fournis par Client en personne ou lors d'une vidéoconférence.
- la proposition comporte tous le éléments pertinents à l'assurance demandée;
- j'ai vu chaque personne signer la présente proposition ou j'ai lancé le processus de signature à distance.

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

Nota :

- Si vous n'êtes pas en mesure de déterminer si la personne agit pour le compte d'un tiers, mais que vous avez des motifs raisonnables de soupçonner que c'est le cas, envoyez les raisons pour lesquelles vous soupçonnez que la personne agit au nom d'un tiers par courriel à *blanchiment.de.fonds@sunlife.com*.
- Si vous avez des motifs raisonnables de soupçonner une PPE ou un DOI non divulgué(e) est en cause dans la présente, envoyez des précisions par courriel à *blanchiment.de.fonds@sunlife.com*.

Numéro du contrat

Déclaration de l'adjoint administratif titulaire de permis

Un adjoint administratif titulaire de permis a-t-il rempli la proposition (sauf la section Vérification de l'identité)? ☐ Oui ☐ Non

En signant ci-dessous, je soussigné, l'adjoint administratif titulaire de permis, confirme que :

- j'ai passé en revue les renseignements fournis dans la présente proposition avec chaque propriétaire unique d'entreprise, personne assurée et payeur du PB;
- à ma connaissance, tous les renseignements que contient la présente proposition sont complets et exacts et ils m'ont été fournis par le Client en personne ou autrement qu'en personne lors d'une vidéoconférence;
- la proposition comporte tous le éléments pertinents à l'assurance demandée;
- j'ai vu chaque personne signer la présente proposition ou j'ai lancé le processus de signature à distance.

Prénom de l'adjoint administratif titulaire de permis	Nom

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

Nota : N'envoyer qu'un seul exemplaire du présent formulaire.

- Conseillers Sun Life : l'original ou une télécopie au numéro sans frais 1-866-487-4745.
- Tous les autres : par l'intermédiaire de votre AGP ou des Comptes nationaux.

Numéro du contrat

Renseignements importants

Nota : Détacher cette feuille pour la remettre à la personne assurée. Ne pas la présenter avec la proposition.

Déclaration de la Sun Life en matière de protection des renseignements personnels pour le Canada

Protection des renseignements personnels

Notre raison d'être est d'aider nos Clients à atteindre une sécurité financière durable et un mode de vie sain. Nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels sur vous pour : concevoir et offrir des produits et services pertinents; améliorer votre expérience et gérer nos activités; effectuer nos activités de tarification et d'administration et l'évaluation des dossiers de règlement; assurer une protection contre la fraude, les erreurs et les fausses déclarations; vous renseigner sur d'autres produits et services; satisfaire aux obligations légales et de sécurité. Nous obtenons ces renseignements directement de vous, lorsque vous utilisez nos produits et services, et d'autres sources. Nous conservons vos renseignements de façon confidentielle et uniquement pour la durée nécessaire. Les personnes qui peuvent y avoir accès comprennent nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers), les fournisseurs de services, nos réassureurs et toute personne que vous aurez autorisée. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur de votre province/territoire. Vos renseignements pourraient alors être régis par les lois en vigueur dans ces endroits. En tout temps, vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, au besoin, les faire corriger. Sauf dans certains cas, vous pouvez retirer votre consentement. Toutefois, cela pourrait nous empêcher de vous fournir le produit ou le service demandé. Pour en savoir plus, lisez notre déclaration mondiale et nos principes directeurs locaux. Pour obtenir un exemplaire, consultez la page *www.sunlife.ca/confidentialite* ou appelez-nous.

Accès aux renseignements vous concernant

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

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 assujetti 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, LLC, vous pouvez visiter le site Web à l'adresse *www.mib.com*, téléphoner au **1-866-692-6901** ou écrire à l'adresse suivante :

MIB, LLC
50 Braintree Hill Park
Suite 400
Braintree, MA 02184- 8734

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

La Sun Life

La 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 gestion de patrimoine et de l'assurance. La 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 Sun Life, n'hésitez pas à visiter notre site Web à *www.sunlife.ca*. ou appeler au 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433).

ADMIN1F

Numéro du contrat