

Assurance-santé personnelle – Ajout d'une garantie facultative

Contrat 037000	Numéro d'identification	
Prénom du propriétaire		Nom de famille

A Renseignements sur le contrat

Choix protection-santé (CPS) – Remplir uniquement les sections **A** et **C**.

Ajouter l'assurance dentaire. La période d'examen de 30 jours et/ou la période de 60 jours suivant la fin de la couverture au titre des garanties collectives ne sont pas encore écoulées.

Nom du fournisseur de garanties collectives : Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

Autre

Numéro du contrat collectif	Numéro du certificat	Date de fin de la couverture au titre des garanties collectives (jj-mm-aaaa)	
Nom de l'employeur			Téléphone de l'employeur

Indiquer la couverture dont bénéficiaient le ou les membres de votre famille au titre de ce contrat :

soins dentaire soins de santé complémentaires (y compris traitements d'un physiothérapeute, d'un chiropraticien, etc.)

autre

Assurance-santé personnelle (ASP)

Ajouter l'assurance dentaire facultative. La période d'examen de 30 jours n'est pas encore écoulée. Remplir uniquement les sections A et B.

Ajouter l'assurance facultative pour frais hospitaliers en chambre à deux lits. Remplir toutes les sections du formulaire.

Ajouter l'assurance pour soins médicaux d'urgence en voyage (n'est pas offerte pour tous les contrats). Remplir toutes les sections du formulaire.

Pour vos questions concernant l'ajout d'une garantie facultative à votre contrat, veuillez communiquer avec votre conseiller, ou avec nous au 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433).

Nota : Cette garantie facultative sera ajoutée à la prochaine période de couverture, si la proposition est acceptée

B Renseignements personnels

Renseignements généraux

Si vous-même, ou un membre de votre famille, avez **déjà** détenu de l'assurance maladie et dentaire auprès de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, veuillez indiquer les numéros de contrat et de certificat.

Numéro du contrat	Numéro du certificat
-------------------	----------------------

Une proposition d'assurance-vie, d'assurance maladies graves, d'assurance de soins de longue durée, d'assurance-invalidité, d'assurance-médicaments, d'assurance dentaire ou d'assurance-santé a-t-elle **déjà** été refusée, modifiée ou fait l'objet d'une surprime?

Propriétaire Oui Non Conjoint/Partenaire Oui Non Enfant 1 Oui Non

PHIOPTAF



B Renseignements personnels (suite)

Dans l'affirmative, veuillez donner les précisions suivantes :

Nom du membre de la famille	Décision	Détails (genre d'assurance, nom de la compagnie, date de la proposition d'assurance, raison de la surprime, du refus ou de la modification)
	<input type="checkbox"/> refus <input type="checkbox"/> surprime <input type="checkbox"/> modification	

Nom et adresse de la clinique ou du médecin habituels (s'il y en a plusieurs, indiquer séparément le ou les médecins ou la ou les cliniques pour chaque personne)

Si vous répondez oui à l'une des questions, veuillez fournir des précisions ci-dessous. Mentionnez les dates, le traitement et les médicaments.

	Propriétaire	Conjoint/Partenaire	Enfant(s)
1. Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé ou suivi un traitement pour les problèmes de santé suivants ou en avez-vous déjà présenté quelque symptôme?			
a) crise cardiaque, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé ou autre maladie ou trouble du coeur ou de la circulation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) cancer, tumeur ou autre masse anormale ou tumeur maligne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) diabète, hyperglycémie, hyperthyroïdie, hypothyroïdie ou autre maladie ou trouble de la glande thyroïde, du système endocrinien ou des reins	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) reflux acide, syndrome du côlon irritable, colite, maladie de Crohn, hépatite, cirrhose ou autre maladie ou trouble de l'estomac, de l'intestin, du pancréas ou du foie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
e) asthme, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), apnée du sommeil, allergies ou autre maladie ou trouble respiratoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
f) dépression, anxiété, trouble déficitaire de l'attention (TDA), trouble de l'alimentation, autisme, épilepsie, sclérose en plaques, migraines, maladie d'Alzheimer, démence ou tout autre trouble ou maladie d'ordre psychologique, affectif ou nerveux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
g) acné, rosacée, eczéma, psoriasis, lupus, sclérodémie ou autre maladie ou trouble de la peau ou du tissu conjonctif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
h) arthrite, fibromyalgie, ostéoporose, paralysie, douleur chronique ou persistante ou tout autre trouble ou toute autre maladie du dos, des articulations ou musculosquelettique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
i) cécité, glaucome, perte de la vue, surdité, troubles de l'audition ou autre maladie ou trouble des yeux ou des oreilles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
j) abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé ou suivi un traitement pour les problèmes de santé suivants ou en avez-vous déjà présenté quelque symptôme : SIDA, séropositivité au VIH ou trouble immunitaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Au cours des 5 dernières années , avez-vous reçu un revenu pour invalidité, ou une maladie ou une blessure vous a-t-elle empêché d'accomplir vos tâches habituelles ou celles de votre emploi pour une période de plus de 2 semaines?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

B Renseignements personnels (suite)

4. À part pour les affections qui ont déjà été déclarées, au cours des **2 dernières années**, avez-vous été traité par un professionnel de la santé, y compris un naturopathe, un physiothérapeute, un massothérapeute, un chiropraticien, un psychologue, un orthophoniste ou un podiatre? Dans l'affirmative, indiquez le genre et la raison du traitement. Oui Non

5. Au cours des **2 dernières années**, avez-vous consulté un médecin ou été hospitalisé ou vous a-t-on recommandé un traitement ou prescrit des médicaments? Oui Non

6. Faites-vous actuellement usage ou prévoyez-vous faire usage, dans les **3 prochains mois**, d'un médicament d'ordonnance, d'un appareil médical ou d'instruments de test médicaux? Oui Non

7. Un professionnel de la santé vous a-t-il recommandé des tests, un traitement, des examens, une intervention chirurgicale, une hospitalisation ou des consultations qui n'ont pas encore été effectués, ou êtes-vous en attente de résultats de tests ou d'examens? Oui Non

8. Avez-vous actuellement des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un professionnel de la santé? Oui Non

9. Avez-vous perdu 10 livres (4,5 kilogrammes) au cours de la dernière année? Oui Non

10. Taille et poids

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Taille</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> po</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> cm</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Poids</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> lb</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> kg</td> </tr> </table>	Taille	<input type="checkbox"/> po		<input type="checkbox"/> cm	Poids	<input type="checkbox"/> lb		<input type="checkbox"/> kg	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Taille</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> po</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> cm</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Poids</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> lb</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> kg</td> </tr> </table>	Taille	<input type="checkbox"/> po		<input type="checkbox"/> cm	Poids	<input type="checkbox"/> lb		<input type="checkbox"/> kg	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Taille</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> po</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> cm</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Poids</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> lb</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> kg</td> </tr> </table>	Taille	<input type="checkbox"/> po		<input type="checkbox"/> cm	Poids	<input type="checkbox"/> lb		<input type="checkbox"/> kg
Taille	<input type="checkbox"/> po																									
	<input type="checkbox"/> cm																									
Poids	<input type="checkbox"/> lb																									
	<input type="checkbox"/> kg																									
Taille	<input type="checkbox"/> po																									
	<input type="checkbox"/> cm																									
Poids	<input type="checkbox"/> lb																									
	<input type="checkbox"/> kg																									
Taille	<input type="checkbox"/> po																									
	<input type="checkbox"/> cm																									
Poids	<input type="checkbox"/> lb																									
	<input type="checkbox"/> kg																									

Si vous avez répondu «oui» à l'une des questions précédentes, veuillez donner des précisions ci-dessous. Au besoin, utilisez une feuille distincte. Toutes les feuilles additionnelles doivent être signées et datées par le propriétaire et chaque personne à charge à assurer par ce contrat. Si une des personnes à charge a moins de 16 ans (18 ans au Québec), la signature de son père, de sa mère ou de son tuteur légal est requise.

Numéro de la question	Nom du membre de la famille	Quel était le diagnostic?	Raison de la perte de poids	Date d'apparition des symptômes ou du problème (jj-mm-aaaa)	Date disparition des symptômes ou du problème (jj-mm-aaaa)	Date du dernier traitement ou service (jj-mm-aaaa)	Genre de traitement donné (inclure nom et posologie des médicaments) et nom du médecin

C Déclaration et autorisation concernant l'Assurance-santé personnelle

Veuillez lire et signer cette section. L'omission, la déformation ou la falsification intentionnelles de renseignements figurant sur ce formulaire ou afférents à ce formulaire constitue une fraude et peut entraîner l'annulation de l'assurance accordée.

C Déclaration et autorisation concernant l'Assurance-santé personnelle (suite)

Attestation et convention : Vous confirmez par la présente que les déclarations contenues dans cette proposition sont vraies et complètes, et la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie («la compagnie») fondera son évaluation de votre proposition sur ces renseignements. La proposition, toute modification écrite de votre contrat d'assurance résultant de cette proposition et votre contrat d'assurance actuel constituent ensemble le contrat établi entre vous et la compagnie. Vous devez vérifier la modification de contrat pour vous assurer que ses dispositions vous conviennent.

Déclaration : Le propriétaire, son conjoint, ses personnes à charge et les payeurs confirment :

- (a) qu'ils étaient présents quand a été remplie la partie qui les concerne de la proposition présentée à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie;
- (b) qu'ils ont revu toutes leurs réponses et déclarations consignées dans la présente proposition;
- (c) que ces renseignements sont véridiques, exacts et complets et que la compagnie peut s'y fier;
- (d) qu'ils comprennent et acceptent que les problèmes de santé suivants peuvent ne pas être couverts par le contrat :
 - une blessure survenue à la date de cette proposition ou avant
 - toute maladie dont les signes sont apparus à la date de cette proposition ou avant
- (e) qu'ils comprennent et acceptent que l'assurance entrera en vigueur seulement si la proposition est approuvée par la compagnie. Si vos antécédents médicaux justifient une surprime ou une exclusion particulière, nous vous en aviserons. Vous devrez alors accepter les changements ou retirer votre proposition en nous adressant un avis par écrit;
- (f) qu'ils comprennent que si leurs réponses à toutes les questions ne sont pas véridiques, exactes et complètes (s'ils font de fausses déclarations), la compagnie peut annuler le contrat;
- (g) qu'ils acceptent que les renseignements personnels, médicaux et financiers les concernant peuvent être communiqués à d'autres personnes selon les modalités prévues dans la déclaration de la Financière Sun Life en matière de protection des renseignements personnels pour le Canada;
- (h) s'ils sont les payeurs, qu'ils acceptent que si cette proposition est approuvée, la compagnie continue à prélever des fonds pour payer les primes conformément à l'autorisation que nous avons dans nos dossiers;
- (i) qu'ils sont satisfaits de la quantité d'information qu'ils ont reçue sur le produit avant d'avoir signé cette proposition et qu'ils sont conscients qu'ils peuvent obtenir plus d'information à la section «Produits et services» du site Web www.sunlife.ca ou en appelant notre centre de service à la clientèle au numéro sans frais 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433).

Autorisation du propriétaire, de son conjoint et de ses personnes à charge (ou, si une des personnes à charge a moins de 16 ans [18 ans au Québec], son père, sa mère ou son tuteur légal) autorisent :

- les médecins, les professionnels de la santé, les établissements à vocation médicale, les compagnies d'assurance, les agences d'investigation, le Medical Information Bureau (bureau de renseignements médicaux) ou tout autre organisme ou établissement, y compris les membres du groupe Financière Sun Life, dont fait partie la compagnie, ou toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements sur l'état de santé d'un propriétaire, de son conjoint et de l'une ou l'autre des personnes à sa charge, 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 compagnie à fournir les renseignements personnels nécessaires obtenus pour la tarification, et ces renseignements seulement, à leur médecin, au Medical Information Bureau (MIB), au directeur médical d'une compagnie d'assurance donnée, si une proposition d'assurance a été soumise à cette compagnie, et pour toute maladie infectieuse ou transmissible, au médecin-hygiéniste lorsque la loi l'exige.

Une photocopie de la présente autorisation dûment signée a la même valeur que l'original.

Fait à (ville)	Fait à (province)	Date (jj-mm-aaaa)	Signature
			Propriétaire X
			Conjoint/Partenaire X
			Personne à charge ayant 16 ans (18 ans au Québec) X
			Personne à charge ayant 16 ans (18 ans au Québec) X

C Déclaration et autorisation concernant l'Assurance-santé personnelle (suite)

			Payeur (s'il n'est pas le propriétaire ou le conjoint/partenaire) X
			Cotitulaire du compte bancaire (s'il s'agit d'un compte conjoint) X

D Déclaration du conseiller**Déclaration du conseiller**

J'ai vérifié chacune des questions de cette proposition avec le propriétaire et son conjoint ou partenaire ainsi que les personnes à sa charge ayant 16 ans (18 ans au Québec), et la proposition contient tous les renseignements qui m'ont été fournis relativement à cette proposition. À ma connaissance, la proposition contient tous les renseignements pertinents pour l'assurance demandée.

Cocher ici si vous avez reçu cette proposition par la poste et si vous ne l'avez pas vérifiée avec le propriétaire.

Fait à	Date (jj-mm-aaaa)	Signature du conseiller/courtier X		
Signature du superviseur (au Québec seulement) X		Numéro du conseiller	Téléphone du conseiller	Télécopieur du conseiller

Avant de soumettre cette proposition, assurez-vous :

- qu'on a répondu à toutes les questions pour chaque membre de la famille à assurer;
- qu'on a fourni tous les détails pertinents, y compris les dates, pour chaque question à laquelle il a été répondu «oui» dans la section Renseignements personnels;
- que toutes les signatures sont incluses, y compris celle du payeur (si le payeur n'est pas le propriétaire ni le conjoint ou partenaire) et celle de chaque personne à charge ayant 16 ans (18 ans au Québec).
- Si les primes sont payées annuellement par chèque, il faut joindre à ce formulaire un chèque au montant des primes pour les mois qui restent avant la date du prochain renouvellement.

Le formulaire dûment rempli peut être envoyé par la poste ou par télécopieur. Les coordonnées se trouvent ci-dessous.

Assurance-santé personnelle
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
227, rue King Sud
C.P. 1601, succursale Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4C5
Téléphone : 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433)
Télécopieur : 1-866-487-4745
www.sunlife.ca