

Contrat n°
70251

Écrire lisiblement
EN CARACTÈRES
D'IMPRIMERIE.



L'association canadienne des pilotes et des propriétaires d'aéronefs

Dans la présente proposition, le mot vous s'entend, selon le contexte, de la personne qui demande l'assurance. Les mots nous ou la Compagnie s'entendent de l'assureur, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Sun Life.

1 Renseignements généraux

Renseignements personnels

Prénom	Initiale	Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom à la naissance (le cas échéant)	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lieu de naissance (province)	Lieu de naissance (pays)
Numéro du membre	<input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur	Par <i>non-fumeur</i> , il faut entendre que vous n'avez pas fait usage de produits de tabac ni d'auxiliaires antibagiques au cours des 12 derniers mois.	
Adresse du domicile (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville		Province	Code postal
Téléphone (domicile)	Téléphone (bureau)	Télécopieur	Adresse électronique

Renseignements sur votre conjoint (s'il demande la couverture)

Prénom	Initiale	Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom à la naissance (le cas échéant)	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lieu de naissance (province)	Lieu de naissance (pays)
Profession			Revenu gagné annuel \$
<input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur		Par <i>non-fumeur</i> , il faut entendre que vous n'avez pas fait usage de produits de tabac ni d'auxiliaires antibagiques au cours des 12 derniers mois.	

2 Couverture demandée

Minimum 50,000 \$
Maximum 350,000 \$
(unités de 25,000 \$)

Assurance-vie du membre

Couverture demandée à ce moment-ci \$	Prénom du bénéficiaire	Nom de famille du bénéficiaire
Lien avec la personne à assurer	Bénéficiaire * <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	

Minimum 50,000 \$
Maximum 350,000 \$
(unités de 25,000 \$)
Vous devez adhérer à l'assurance-vie du membre pour être admissible à l'assurance-vie du conjoint

Assurance-vie du conjoint

Couverture demandée à ce moment-ci \$	Prénom du bénéficiaire	Nom de famille du bénéficiaire
Lien avec la personne à assurer	Bénéficiaire * <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	

Vous devez adhérer à l'assurance-vie du membre pour être admissible à l'assurance-vie des personnes à charge



2 Couverture demandée (suite)

Assurance-vie des personnes à charge

2,500 \$ par enfant à charge Oui

* Vous devez cocher «Révocable» ou «Irrévocable» pour que cette proposition soit considérée comme dûment remplie. Dans les cas assujettis aux lois du Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable. Si vous voulez qu'elle soit révocable, veuillez cocher la case appropriée. Dans les cas où la désignation est révocable, le proposant peut à toute époque changer le bénéficiaire sans le consentement de ce dernier. Dans les cas où la désignation est irrévocable, le proposant ne peut modifier la désignation ou la couverture qu'avec le consentement écrit du bénéficiaire. Au Québec, tout montant à être payé à un bénéficiaire au moment où il/elle est mineur(e) sera payé au(x) parent(s) ou tuteur légal de ce bénéficiaire.

** Le proposant est automatiquement le bénéficiaire de l'assurance-vie du conjoint et des enfants à charge.

3 Renseignements sur les assurances

À l'heure actuelle, est-ce que vous ou votre conjoint possède une assurance-vie prévue par des contrats individuels ou collectifs ou par des contrats de travail ou

Oui Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Non

Vous

Montant de l'assurance	Compagnie d'assurance	Date de souscription (mm-aaaa)	Si l'assurance faisant l'objet de la présente proposition est établie, mettez-vous fin à l'assurance déjà en vigueur?
\$		—	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
\$		—	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Votre Conjoint

Montant de l'assurance	Compagnie d'assurance	Date de souscription (mm-aaaa)	Si l'assurance faisant l'objet de la présente proposition est établie, mettez-vous fin à l'assurance déjà en vigueur?
\$		—	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
\$		—	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

4 Déclaration d'assurabilité

Veillez répondre aux questions suivantes en fournissant de l'information complète et exacte. Si vous n'êtes pas certain qu'un renseignement soit pertinent, indiquez-le quand même. Si vous ne fournissez pas toute l'information pertinente, vos demandes de règlement pourraient être refusées et votre assurance, résiliée. Veillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques.

4.1 Antécédents médicaux

Renseignements sur vous

Taille	Poids	Changement de poids au cours des 12 derniers mois
pi po m cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain _____ <input type="checkbox"/> Perte _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Raison du changement de poids		
Nom du médecin traitant, date et motif de la dernière visite. Si vous n'avez pas de médecin traitant, indiquez «aucun».		
Diagnostic, traitement suivi, résultats, médicaments prescrits		
Si le médecin nommé ci-dessus ne dispose pas de votre dossier médical le plus complet, indiquez le nom et l'adresse du médecin qui dispose de ce dossier.		

Renseignements sur votre conjoint – Veuillez remplir cette section si vous demandez l'assurance-vie

Taille pi po m cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain _____ <input type="checkbox"/> Perte _____	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Raison du changement de poids			
Nom du médecin traitant, date et motif de la dernière visite. Si vous n'avez pas de médecin traitant, indiquez «aucun»			
Diagnostic, traitement suivi, résultats, médicaments prescrits			
Si le médecin nommé ci-dessus ne dispose pas de votre dossier médical le plus complet, indiquez le nom et l'adresse du médecin qui dispose de ce dossier.			

Veuillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques.

4.2 Antécédents familiaux

Est-ce que des membres de votre famille immédiate (parents, frères, soeurs) ont déjà souffert de l'une ou l'autre des maladies suivantes : cancer (spécifier le type), maladie du cœur, accident vasculaire cérébral, diabète, maladie polykystique des reins ou autre maladie des reins, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, SLA (sclérose latérale amyotrophique ou la maladie de Lou Gehrig), Dystrophie musculaire, Syndrome des polypes gastro-intestinaux héréditaires, chorée de Huntington, ou toute autre maladie héréditaire?

Vous | **Conjoint**

Oui Non | Oui Non

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

Antécédents familiaux du proposant

Antécédents familiaux du conjoint

Affection ou diagnostic	Âge au début de la maladie	Âge actuel (si la personne est en vie)	Âge au décès (s'il y a lieu)
Père			
Mère			
Frère(s)			
Sœur(s)			

Affection ou diagnostic	Âge au début de la maladie	Âge actuel (si la personne est en vie)	Âge au décès (s'il y a lieu)
Père			
Mère			
Frère(s)			
Sœur(s)			

4.3 Renseignements sur les médicaments et/ou les traitements

Au cours des 12 derniers mois, l'une des personnes à assurer a-t-elle pris des médicaments sur ordonnance ou utilisé du matériel ou des appareils médicaux, ou autre traitement (thérapie, counseling, etc.) incluant des ordonnances non remplies?

Vous | **Conjoint**

Oui Non | Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Nom de la personne à assurer	Affection, maladie ou trouble	Médicament ou traitement

Veillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques.

4.4 Renseignements médicaux

Avez-vous déjà souffert de l'une ou l'autre des affections suivantes :

- | | Vous | Conjoint |
|---|---|---|
| a) douleurs à la poitrine, crise cardiaque, anomalie décelée à un électrocardiogramme, hypertension artérielle, arythmie, souffle cardiaque, taux élevé de cholestérol, ou toute maladie ou tout trouble du cœur ou de l'appareil circulatoire? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| b) accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, phlébite, paralysie, convulsions, épilepsie, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, troubles du cerveau ou du système nerveux? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| c) diabète, glycémie à jeun anormale, présence de sucre, sang ou protéines dans les urines? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| d) maladie des reins, des voies urinaires, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux ou test de pap anormal? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| e) présence d'une masse ou d'un kyste au sein ou tout changement aux seins? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| f) tumeur, cancer, polypes, ou autre néoplasme, maladie de la peau ou troubles de ganglions lymphatiques, leucémie, troubles sanguins ou toute autre forme de maladie maligne? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| g) troubles chroniques des poumons ou de l'appareil respiratoire, apnée du sommeil, maladie ou affection des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge, perte de la parole. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| h) colite ou toute autre affection du côlon, rectum, des intestins, (incluant la maladie de Crohn ou la colite), ulcère, vésicule biliaire, de l'estomac ou du foie ou du système digestif? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| i) fatigue chronique, douleurs dans le cou ou dans le dos, affection de la colonne vertébrale, des os, des muscles ou des articulations, amputation, fibromyalgie, rhumatisme, arthrite ou lupus? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| j) troubles mentaux ou nerveux, dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires, anxiété ou attaques de panique, troubles du comportement alimentaire ou autres troubles émotionnels ou psychiatriques, ou avez-vous consulté quelqu'un à ce sujet? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Avez-vous déjà souffert de l'une ou l'autre des affections suivantes :

- | | | |
|--|---|---|
| k) trouble du foie, ou avez-vous subi des tests indiquant que vous êtes atteint de l'hépatite B, l'hépatite C, ou du VIH (virus l'hépatite B ou êtes-vous atteint de l'hépatite B chronique, avez-vous subi un test de dépistage du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), avez-vous consulté quelqu'un à ce sujet ou a-t-on établi un diagnostic indiquant que vous étiez atteint du SIDA? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| l) affections, maladies, troubles ou blessures non indiqués ci-dessus, ressentez-vous des symptômes ou des malaises pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin, ou vous a-t-on recommandé de subir des examens ou des tests diagnostiques qui n'ont pas encore été effectués? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Au cours des cinq dernières années :

- | | | |
|---|---|---|
| m) Avez-vous consulté un médecin, un chiropraticien, un psycho logue, un physiothérapeute, un psychiatre ou tout autre professionnel de la santé ou avez-vous été admis dans un hôpital ou un établissement semblable? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| n) Avez-vous présenté des symptômes ou a-t-on constaté quelque anomalie que ce soit, ou vous a-t-on conseillé de subir d'autres examens ou des tests diagnostiques, de vous faire hospitaliser ou de vous faire opérer? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| o) Avez-vous subi un électrocardiogramme, des examens sanguins, des radiographies ou d'autres examens diagnostiques? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| p) Avez-vous subi une intervention chirurgicale, suivi un traitement, souffert d'une maladie, d'un malaise, d'une anomalie ou d'une blessure? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| q) Suivez-vous actuellement un traitement ou prenez-vous des médicaments y compris des suppléments ou des remèdes à base de plantes médicinales? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| r) Vous a-t-on recommandé de subir des examens, des tests diagnostiques ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas encore été effectués ou de vous faire hospitaliser, ressentez-vous des symptômes ou des malaises pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Dans les six prochains mois:

- | | | |
|---|---|---|
| s) envisagez-vous de suivre un traitement médical, de subir une intervention chirurgicale, ou de vous faire hospitaliser? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|---|

Au cours des douze derniers mois:

- | | | |
|---|---|---|
| t) Avez-vous, votre conjoint, ou vos enfants à charge été incapable de travailler pendant plus de cinq jours consécutifs, ou présenté une demande de règlement ou touché des prestations, une rente ou des indemnités en raison d'une maladie ou d'un accident? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|---|

4.5 Autres renseignements

Vous

- a) Consommez-vous des boissons alcoolisées? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nombre de verres pour chaque catégorie.

Consommation	Vin	Bière	Spiritueux
Quotidienne			
Hebdomadaire			
Mensuelle			

Conjoint

- Do you consume alcoholic beverages? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nombre de verres pour chaque catégorie.

Consommation	Vin	Bière	Spiritueux
Quotidienne			
Hebdomadaire			
Mensuelle			

Au cours des dix dernières années:

- b) Votre consommation d'alcool a-t-elle déjà été substantiellement supérieure à ce qui est indiqué ci-dessus?
 c) Avez-vous été accusé de conduite avec facultés affaiblies ou été arrêté par suite de l'usage d'alcool ou de drogues?
 d) A-t-on déjà suspendu votre permis de conduire ou avez-vous commis trois infractions au code de la circulation ou plus au cours des trois dernières années?
 e) Avez-vous déjà fait usage de sédatifs, d'analgésiques, d'hypnotiques, de tranquillisants ou de stimulants?
 f) Avez-vous déjà fait usage de marijuana, de haschich, de cannabis, de cocaïne, de narcotiques, d'hallucinogènes, d'héroïne, de barbituriques, ou cherché à obtenir ou reçu des conseils ou des traitements pour usage de drogues ou de médicaments prescrits ou non prescrits ou offerts en vente libre?
 g) Vous êtes-vous déjà vu refuser, ajourner, offrir moyennant surprime, annuler, résilier ou modifier en quoi que ce soit une assurance-vie, ou vous a-t-on déjà refusé un renouvellement ou une remise en vigueur de ces assurances?

Vous

Conjoint

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Au cours des deux dernières années :

- h) Avez-vous exercé ou prévoyez-vous exercer des activités dangereuses, notamment le parachutisme, le vol libre, la plongée autonome, l'alpinisme, l'escalade ou la course d'automobiles ou de motos?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|

L'une des personnes à assurer:

- i) prévoit-elle un changement de pays de résidence ou un voyage à l'extérieur du Canada ou des États-Unis dans les 12 prochains mois?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|

Femmes seulement

- j) Êtes-vous enceinte?
 Dans l'affirmative, indiquez la date prévue de l'accouchement.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| (mm-aaaa) | (mm-aaaa) |
| - | - |

- k) Avez-vous déjà souffert de complications de la grossesse (ex. : fausse couche, prééclampsie, césarienne)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une des questions énoncées dans les sections 4.4 et 4.5, veuillez donner des précisions ci-dessous. Joindre les résultats de tous les examens médicaux et bilans de santé. Veuillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques.

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

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

5 Paiement des primes – prélèvement bancaire mensuel uniquement

- Veuillez annexer à la présente proposition une formule de chèque personnel portant la mention «spécimen».

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

Conditions

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

La présente autorisation reste en vigueur jusqu'à ce que la Sun Life reçoive de votre part un avis écrit visant à la modifier ou à y mettre fin. L'avis doit être envoyé à l'adresse indiquée ci-dessous au moins 10 jours ouvrables avant le prochain prélèvement prévu. Vous pouvez obtenir un modèle de formulaire d'annulation de DPA ou en savoir plus sur votre droit d'annuler une entente de DPA auprès de votre institution financière ou en visitant le www.payments.ca.

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

Vous avez droit à certains recours si un prélèvement ne respecte pas la présente entente. Par exemple, vous avez le droit de vous faire rembourser un prélèvement qui n'est pas autorisé ou qui ne respecte pas la présente entente de DPA. Pour en savoir plus sur les recours auxquels vous avez droit, communiquez avec votre institution financière ou visitez le www.payments.ca.

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

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

Votre prénom		Nom de famille	
Signature X		Date (jj-mm-aaaa) — —	
Prénom du/des payeur(s)		Nom de famille	
Signature du/des payeur(s) (le cas échéant) X		Date (jj-mm-aaaa) — —	
Prénom du/des cotitulaire(s) du compte joint		Nom de famille	
Signature du cotitulaire du compte (si les deux signatures sont exigées) X		Date (jj-mm-aaaa) — —	

6 Renseignements sur le payeur

Veuillez indiquer tous les renseignements sur le cotitulaire du compte joint, le cas échéant.

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

7 Déclaration et autorisation

Veuillez lire cette partie et signer à l'endroit prévu à cette fin.

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

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

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

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

Signature du proposant X		Signature du conjoint X	
Signé à (ville)	Signé à (province)	Date (jj-mm-aaaa)	

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

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

8 Avis relatif au Medical Information Bureau

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

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, de même que ses réassureurs, peuvent également transmettre un rapport sommaire sur les résultats de leurs vérifications au Medical Information Bureau (MIB), organisme à but non lucratif composé de sociétés d'assurance de personnes qui effectue des échanges de renseignements au nom des sociétés membres. Si 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 fournira sur demande à la société d'assurance les renseignements qui figurent dans ses dossiers.

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

Pour communiquer avec le MIB, vous pouvez écrire à l'adresse suivante :
Medical Information Bureau
330 University Avenue
Toronto, Ontario M5G 1R7
or call 416-597-0590

9 Protection des renseignements personnels

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