

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

Contrat collectif numéro 50183

C. P. 215, succ. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 3Z9

Il vous suffit de **remplir**, de **signer** et d'**envoyer** la présente proposition. **IL N'EST PAS NÉCESSAIRE D'ENVOYER D'ARGENT MAINTENANT.** Si votre proposition d'assurance est acceptée, les primes seront réglées selon le mode de paiement que vous aurez indiqué. Dans la présente proposition, *vous* et *votre* s'entendent de la personne qui demande l'assurance, à moins que le contexte n'indique le contraire. L'Assurance santé et soins dentaires ScotiaVie est établie par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie aux termes d'un contrat d'assurance collective établi au nom de La Banque de Nouvelle-Écosse.

1 Renseignements sur vous (le proposant)	Renseignements sur votre conjoint, s'il demande l'assurance (le conjoint proposant)																																					
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Nom de famille</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme</td> <td style="width: 70%;">Nom à la naissance</td> </tr> <tr> <td>Prénom</td> <td>Date de naissance <i>JJ MM AAAA</i></td> <td>Pays de naissance</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Téléphone (domicile)</td> <td>Téléphone (autre)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Adresse du domicile (numéro et rue, appartement ou bureau)</td> </tr> <tr> <td>Ville</td> <td>Province</td> <td>Pays</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Adresse électronique*</td> <td>Code postal</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Êtes-vous un résident du Canada qui est aussi couvert au titre du régime d'assurance-maladie de votre province de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> </table>	Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Nom à la naissance	Prénom	Date de naissance <i>JJ MM AAAA</i>	Pays de naissance	Téléphone (domicile)		Téléphone (autre)	Adresse du domicile (numéro et rue, appartement ou bureau)			Ville	Province	Pays	Adresse électronique*		Code postal	Êtes-vous un résident du Canada qui est aussi couvert au titre du régime d'assurance-maladie de votre province de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Nom de famille</td> <td style="width: 80%;">Nom à la naissance</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Prénom</td> </tr> <tr> <td>Date de naissance <i>JJ MM AAAA</i></td> <td>Pays de naissance</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Téléphone (domicile)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Téléphone (autre)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Adresse électronique*</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Êtes-vous un résident du Canada qui est aussi couvert au titre du régime d'assurance-maladie de votre province de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> </table>	Nom de famille	Nom à la naissance	Prénom		Date de naissance <i>JJ MM AAAA</i>	Pays de naissance	Téléphone (domicile)		Téléphone (autre)		Adresse électronique*		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Êtes-vous un résident du Canada qui est aussi couvert au titre du régime d'assurance-maladie de votre province de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Nom à la naissance																																				
Prénom	Date de naissance <i>JJ MM AAAA</i>	Pays de naissance																																				
Téléphone (domicile)		Téléphone (autre)																																				
Adresse du domicile (numéro et rue, appartement ou bureau)																																						
Ville	Province	Pays																																				
Adresse électronique*		Code postal																																				
Êtes-vous un résident du Canada qui est aussi couvert au titre du régime d'assurance-maladie de votre province de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																						
Nom de famille	Nom à la naissance																																					
Prénom																																						
Date de naissance <i>JJ MM AAAA</i>	Pays de naissance																																					
Téléphone (domicile)																																						
Téléphone (autre)																																						
Adresse électronique*																																						
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme																																						
Êtes-vous un résident du Canada qui est aussi couvert au titre du régime d'assurance-maladie de votre province de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																						

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

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

Nom (nom et prénom)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance <i>JJ MM AAAA</i>	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom (nom et prénom)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance <i>JJ MM AAAA</i>	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom (nom et prénom)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance <i>JJ MM AAAA</i>	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

2 Couverture demandée	
<p>Veuillez choisir un type d'assurance :</p> <p><input type="checkbox"/> Assurance santé ou <input type="checkbox"/> Assurance santé et soins dentaires</p>	<p>Veuillez choisir la couverture : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Couple plus <input type="checkbox"/> Enfant(s) à charge</p>

3 Comment désirez-vous payer votre prime mensuelle?

- A. Prélèvement bancaire
Veillez annexer à la présente une formule de chèque personnel portant la mention «NUL».
- B. Carte de crédit (choisir une carte) : Visa MasterCard

Nom figurant sur la carte de crédit	Date d'expiration MM / AAAA
Numéro de la carte de crédit	

Autorisation et consentement :

- Vous autorisez l'assureur, qui est la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, à débiter mensuellement votre compte bancaire de toute prime d'assurance liée à la présente proposition ou à facturer cette prime mensuellement à votre carte de crédit (dont les données figurent ci-dessus). Vous consentez à ce que votre institution financière traite tout retrait effectué en vertu de la présente autorisation comme si c'était vous qui l'aviez fait.
- Vous certifiez que toutes les personnes qui doivent signer relativement au compte bancaire ou à la carte de crédit (selon le cas) ont apposé leur signature ci-dessous.
- Vous autorisez l'assureur, qui est la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, à résilier la présente entente et à mettre fin à l'assurance s'il est incapable de retirer la prime de votre compte ou de la facturer à votre carte de crédit (selon le cas).

Signature du ou des titulaires de la carte ou du compte X	Date JJ MM AAAA
--	------------------------

4 Renseignements médicaux – mini-questionnaire

Cette proposition n'est valide que si les renseignements médicaux demandés sont fournis correctement et que la proposition est signée par tous les proposants (âgés de 18 ans ou plus).

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

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une des questions ci-dessus, veuillez remplir les sections 5, 6 et 7. Si tous les proposants ont répondu par la négative à toutes les questions, veuillez remplir la section 7 avant d'envoyer la présente proposition. *Veuillez noter que si vous demandez l'assurance pour plusieurs enfants à votre charge, les questions visent tous les enfants à assurer.

SI L'UN OU L'AUTRE DES PROPOSANTS A RÉPONDU PAR L'AFFIRMATIVE À L'UNE DES QUESTIONS 1 à 5, veuillez donner des précisions ci-dessous. Si l'espace prévu est insuffisant, veuillez utiliser des feuilles distinctes en prenant soin de les dater et de les signer.

Question	Nom du proposant	Nature de l'affection	Date et durée	Traitement et état actuel	Médecin traitant ou hôpital

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

Votre médecin (nom)		Téléphone	
Adresse du médecin			
Date, motif et résultats de la dernière consultation			
Votre taille pi po m cm		Votre 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		Changement de poids : _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
Raison du changement de poids			

Médecin du conjoint (nom)		Téléphone	
Adresse du médecin			
Date, motif et résultats de la dernière consultation			
Taille du conjoint pi po m cm		Poids du conjoint <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
Changement de poids du conjoint au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain <input type="checkbox"/> Perte		Changement de poids : _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
Raison du changement de poids du conjoint			

Vous certifiez que tous les renseignements fournis dans la présente proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse se rapportant à la présente proposition sont complets et véridiques. **Vous comprenez et convenez** que toute fausse déclaration ou omission de renseignements importants dans la présente proposition ou dans toute autre déclaration ou réponse se rapportant à la présente proposition pourrait entraîner l'annulation de toute assurance résultant de la présente proposition.

Vous reconnaissez avoir lu et compris parfaitement l'avis relatif au MIB ci-dessous. **Vous autorisez** le MIB à transmettre à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie les renseignements vous concernant qui figurent dans ses dossiers et qui sont nécessaires à l'évaluation du risque lié à la présente proposition ou à toute enquête liée à une demande de règlement. Vous convenez que toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original, et que cette autorisation restera en vigueur jusqu'à ce que votre assurance prenne fin. Si vous avez la qualité de conjoint proposant ou d'enfant à charge de 18 ans ou plus, vous autorisez également la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie à communiquer au proposant des renseignements à votre sujet relativement à la présente proposition, pour les besoins de l'évaluation de celle-ci et de la gestion du contrat collectif par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Vous comprenez et acceptez : i) qu'aux fins de la gestion administrative de toute assurance émise à votre nom, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie peut communiquer vos renseignements personnels à des tiers administrateurs (dont certains peuvent être situés dans des territoires hors du Canada et régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires); ii) être lié(s) par les dispositions des Principes directeurs de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie en matière de protection des renseignements personnels, que vous pouvez consulter à l'adresse www.sunlife.ca.

Vous autorisez la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services à utiliser les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au contrat collectif d'Assurance santé et soins dentaires *ScotiaVie*, et à les échanger avec toute personne ou organisation qui possède des renseignements pertinents à votre sujet, notamment les professionnels de la santé, les établissements médicaux, le MIB, les agences d'enquête, les assureurs, les gestionnaires de régime et les réassureurs.

Vous autorisez également la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie à communiquer les renseignements personnels vous concernant au Groupe Banque Scotia, y compris ScotiaVie, compagnie d'assurance, («Scotia»), conformément à l'Entente relative à la confidentialité du Groupe Banque Scotia («l'entente»), que vous pouvez consulter à l'adresse www.banquescotia.com/confidentialite et dont un exemplaire vous sera envoyé avec vos documents d'assurance si votre proposition est acceptée. Scotia peut utiliser les renseignements aux fins indiquées dans l'entente, ainsi que pour la détermination de votre admissibilité à des produits et services, pour des motifs de gestion administrative et pour la gestion de sa relation d'affaires avec vous. Scotia demandera votre consentement pour permettre à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie de communiquer les renseignements touchant votre santé lorsque Scotia en a besoin. En ce qui concerne l'utilisation de vos renseignements personnels à des fins de marketing uniquement, vous pouvez en tout temps retirer votre consentement en appelant au 1 800 387-9844.

AVIS – À LIRE ATTENTIVEMENT

Au cours de l'étude de votre proposition, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie peut communiquer à ses mandataires et fournisseurs de services des renseignements à votre sujet. La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie peut en outre transmettre les renseignements figurant dans ses dossiers à d'autres sociétés d'assurance de personnes auxquelles vous pourriez présenter une proposition d'assurance vie ou santé ou une demande de règlement. La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie peut également transmettre un rapport sommaire sur les résultats de ses vérifications au MIB, Inc. (MIB), organisme médical à but non lucratif formé de sociétés d'assurance de personnes qui effectue des échanges de renseignements au nom des sociétés membres. Si vous présentez aussi une proposition d'assurance ou une demande de règlement à une autre société membre du MIB, ce dernier fournira sur demande à cette société les renseignements qui figurent dans ses dossiers. Vous pouvez consulter les renseignements personnels que le MIB possède à votre sujet et demander qu'ils soient rectifiés s'ils sont inexacts ou incomplets.

Vous pouvez écrire au MIB à l'adresse suivante :

MIB, Inc.
330, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1R7
416 597-0590
www.mib.com

Signature	Fait à (ville)	Date	Signature de votre conjoint (s'il y a lieu)	Fait à (ville)	Date
Votre signature <input checked="" type="checkbox"/>		JJ MM AAAA <input checked="" type="checkbox"/>			JJ MM AAAA <input checked="" type="checkbox"/>
Signature de l'enfant à charge de 18 ans ou plus <input checked="" type="checkbox"/>		JJ MM AAAA <input checked="" type="checkbox"/>	Signature de l'enfant à charge de 18 ans ou plus <input checked="" type="checkbox"/>		JJ MM AAAA <input checked="" type="checkbox"/>
Signature de l'enfant à charge de 18 ans ou plus <input checked="" type="checkbox"/>		JJ MM AAAA <input checked="" type="checkbox"/>	Signature de l'enfant à charge de 18 ans ou plus <input checked="" type="checkbox"/>		JJ MM AAAA <input checked="" type="checkbox"/>

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

^{MC} Marque de commerce de La Banque de Nouvelle-Écosse, utilisée sous licence. La marque Financière ScotiaVie désigne les activités d'assurance canadiennes de La Banque de Nouvelle-Écosse et de certaines de ses filiales canadiennes telles que Scotia-Vie, compagnie d'assurance.

^{MD} Marque déposée de La Banque de Nouvelle-Écosse, utilisée sous licence.

Veuillez faire parvenir la proposition dûment remplie à l'adresse suivante : Financière ScotiaVie
a/s C. P. 215, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 3Z9