

## Proposition d'Assurance maladies graves ScotiaVie<sup>MD</sup>

**Contrat collectif numéro 50184**

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 maladies graves 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 border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Nom de famille</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme</td> <td style="width: 65%;">Nom à la naissance</td> </tr> <tr> <td>Prénom</td> <td>Date de naissance JJ   MM   AAAA</td> <td>Pays de naissance</td> </tr> <tr> <td>Téléphone (domicile)</td> <td colspan="2">Téléphone (autre)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Adresse du domicile (numéro et rue, appartement ou bureau)</td> <td>Ville</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>Pays</td> <td>Code postal <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur*</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Adresse électronique**</td> <td>Profession</td> </tr> </table>	Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Nom à la naissance	Prénom	Date de naissance JJ   MM   AAAA	Pays de naissance	Téléphone (domicile)	Téléphone (autre)		Adresse du domicile (numéro et rue, appartement ou bureau)		Ville	Province	Pays	Code postal <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur*	Adresse électronique**		Profession	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Nom de famille</td> <td style="width: 75%;">Nom à la naissance</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Prénom</td> </tr> <tr> <td>Date de naissance JJ   MM   AAAA</td> <td>Pays de naissance</td> </tr> <tr> <td>Téléphone (domicile)</td> <td>Téléphone (autre)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Non-fumeur*   <input type="checkbox"/> Fumeur</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Homme   <input type="checkbox"/> Femme</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Adresse électronique**</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Profession</td> </tr> </table>	Nom de famille	Nom à la naissance	Prénom		Date de naissance JJ   MM   AAAA	Pays de naissance	Téléphone (domicile)	Téléphone (autre)	<input type="checkbox"/> Non-fumeur* <input type="checkbox"/> Fumeur		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Adresse électronique**		Profession	
Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Nom à la naissance																																	
Prénom	Date de naissance JJ   MM   AAAA	Pays de naissance																																	
Téléphone (domicile)	Téléphone (autre)																																		
Adresse du domicile (numéro et rue, appartement ou bureau)		Ville																																	
Province	Pays	Code postal <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur*																																	
Adresse électronique**		Profession																																	
Nom de famille	Nom à la naissance																																		
Prénom																																			
Date de naissance JJ   MM   AAAA	Pays de naissance																																		
Téléphone (domicile)	Téléphone (autre)																																		
<input type="checkbox"/> Non-fumeur* <input type="checkbox"/> Fumeur																																			
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme																																			
Adresse électronique**																																			
Profession																																			

\* Non-fumeur signifie que vous n'avez pas utilisé de produits du tabac ni d'auxiliaires antitabagiques depuis au moins 12 mois à la date de la présentation de la proposition.

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

2 Montant d'assurance demandé (capital minimal de 25 000 \$ et égal à un multiple de 25 000 \$, à concurrence de 100 000 \$)												
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;"><b>POUR VOUS</b></td> <td><input type="checkbox"/> 25 000 \$</td> <td><input type="checkbox"/> 50 000 \$</td> <td><input type="checkbox"/> 75 000 \$</td> <td><input type="checkbox"/> 100 000 \$</td> </tr> <tr> <td><b>POUR VOTRE CONJOINT</b></td> <td><input type="checkbox"/> 25 000 \$</td> <td><input type="checkbox"/> 50 000 \$</td> <td><input type="checkbox"/> 75 000 \$</td> <td><input type="checkbox"/> 100 000 \$</td> </tr> </table>	<b>POUR VOUS</b>	<input type="checkbox"/> 25 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 75 000 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$	<b>POUR VOTRE CONJOINT</b>	<input type="checkbox"/> 25 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 75 000 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$		
<b>POUR VOUS</b>	<input type="checkbox"/> 25 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 75 000 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$								
<b>POUR VOTRE CONJOINT</b>	<input type="checkbox"/> 25 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 75 000 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$								
Bénéficiez-vous déjà, vous-même ou votre conjoint, d'une assurance maladies graves? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous :												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">Nom de l'assuré</th> <th style="width: 25%;">Nom de la compagnie d'assurance</th> <th style="width: 15%;">Capital assuré</th> <th style="width: 25%;">Avez-vous l'intention de remplacer cette assurance?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td><input type="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td><input type="checkbox"/> Oui   <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> </tbody> </table>	Nom de l'assuré	Nom de la compagnie d'assurance	Capital assuré	Avez-vous l'intention de remplacer cette assurance?			\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de l'assuré	Nom de la compagnie d'assurance	Capital assuré	Avez-vous l'intention de remplacer cette assurance?									
		\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non									
		\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non									

Si vous avez l'intention de remplacer cette assurance, ne la résiliez pas tant que vous n'aurez pas reçu et examiné votre nouveau certificat d'assurance.

### 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 <b>X</b>	Date JJ   MM   AAAA
---	------------------------

### 4 Renseignements généraux

Cette proposition n'est valide que si les renseignements médicaux demandés sont fournis correctement et que la proposition est signée par tous les proposants.

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			

### 5 Antécédents familiaux

Des membres de votre famille immédiate (parents, frères, sœurs) ou de celle de votre conjoint ont-ils déjà été atteints de l'une ou l'autre des affections suivantes : cancer (**précisez le type**), maladie du cœur, accident vasculaire cérébral, diabète, maladie polykystique des reins, sclérose en plaques, chorée de Huntington ou toute autre maladie héréditaire? Dans l'affirmative, veuillez remplir le ou les tableaux ci-dessous.

**VOUS-MÊME**

**VOTRE CONJOINT**

Oui  Non

Oui  Non

**Vos antécédents familiaux**

Affection(s)	Âge au début	Âge actuel (si la personne est en vie)	Âge au décès (le cas échéant)
Père			
Mère			
Frère(s)			
Soeur(s)			

**Antécédents familiaux de votre conjoint**

Affection(s)	Âge au début	Âge actuel (si la personne est en vie)	Âge au décès (le cas échéant)
Père			
Mère			
Frère(s)			
Soeur(s)			

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

## 6 Renseignements médicaux – mini-questionnaire

	<b>VOUS-MÊME</b>	<b>VOTRE CONJOINT</b>
1. Avez-vous, vous ou votre conjoint, consulté un professionnel de la santé, subi un examen médical ou fait l'objet d'un suivi médical ou avez-vous subi des tests ou été traité pour l'une ou l'autre des affections suivantes, ou avez-vous souffert de l'une ou l'autre de ces affections ou l'une d'elles a-t-elle été diagnostiquée chez vous :		
a) crise cardiaque, maladie cardiaque, douleurs à la poitrine, angine, hypertension ou hypotension artérielle, taux élevé de cholestérol, diabète ou hyperglycémie, anomalie à l'électrocardiogramme (ECG) ou troubles de la circulation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT) ou troubles du cerveau ou du système nerveux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) cancer, tumeur, polype, naevus, masse ou néoplasme, troubles des ganglions lymphatiques, troubles sanguins ou autres formes de maladie maligne?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) masse, kyste, écoulement inhabituel ou autre changement aux seins, anomalie à la mammographie ou biopsie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
e) virus d'immunodéficience humaine (VIH), syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), syndrome associé au SIDA (SAS) ou autres troubles immunologiques, y compris hépatite ou porteur du virus de l'hépatite?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
f) problèmes respiratoires, y compris toute affection du nez ou de la gorge, ou maladie pulmonaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
g) affection du côlon, des intestins, y compris la colite, ou de l'estomac?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
h) troubles ou maladie des organes génitaux, des reins, de la vessie, de la prostate, des voies urinaires ou du foie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Avez-vous, vous ou votre conjoint, déjà ressenti des symptômes ou vous êtes-vous déjà plaint de troubles pour lesquels vous n'avez pas encore consulté le médecin ou pour lesquels on vous a recommandé de subir des examens ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas encore été effectués?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous-même ou votre conjoint avez répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre des questions 1 a) à 1 h) ou à la question 2, 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

## 7 Renseignements médicaux – questionnaire complet

**Veuillez remplir cette section seulement si vous-même ou votre conjoint demandez une couverture supérieure à 25 000 \$.**

	<b>VOUS-MÊME</b>	<b>VOTRE CONJOINT</b>
1. Avez-vous, vous ou votre conjoint, déjà souffert d'une affection qui n'est pas indiquée à la question 1 de la section 6?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Avez-vous, vous ou votre conjoint, déjà fait usage de cocaïne, de narcotiques, d'hallucinogènes, d'héroïne, d'amphétamines ou de barbituriques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Avez-vous, vous ou votre conjoint, déjà reçu des conseils ou suivi un traitement pour l'usage de drogues ou d'alcool?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. A-t-on déjà suspendu votre permis de conduire (ou celui de votre conjoint) ou vous l'a-t-on retiré, ou avez-vous, vous ou votre conjoint, été accusé de conduite avec facultés affaiblies ou commis trois infractions au code de la route ou plus au cours des deux dernières années?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Avez-vous, vous ou votre conjoint, pratiqué au cours des 5 dernières années ou prévoyez-vous pratiquer des activités ou des sports dangereux (p. ex., course d'automobiles ou de motos, plongée autonome, parachutisme, vol libre)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. Avez-vous, vous ou votre conjoint, déjà présenté une proposition d'assurance maladies graves 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
7. a) Consommez-vous, vous ou votre conjoint, des boissons alcoolisées?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nombre de boissons alcoolisées que vous consommez sur une base hebdomadaire :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si vous-même ou votre conjoint avez répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre des questions 1 à 6, 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

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie se réserve le droit de demander des renseignements médicaux additionnels en vue d'évaluer votre proposition ainsi que le droit d'accepter ou de refuser toute proposition. On pourrait vous demander des renseignements additionnels par téléphone.

**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, 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](http://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 maladies graves *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](http://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](http://www.mib.com)

Votre signature X	Fait à (ville)	Date JJ   MM   AAAA
Signature de votre conjoint (s'il demande l'assurance) X	Fait à (ville)	Date JJ   MM   AAAA

L'Assurance maladies graves *ScotiaVie* est établie par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

<sup>MC</sup> 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.

<sup>MD</sup> 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