

Contrat collectif numéro 50133

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

Vous n'avez qu'à **remplir, signer et envoyer** ce formulaire. **IL N'EST PAS NÉCESSAIRE D'ENVOYER D'ARGENT MAINTENANT.** Si votre proposition d'assurance est approuvée, 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. La Temporaire 1 ScotiaVie est une assurance collective, émise par ScotiaVie, compagnie d'assurance (« ScotiaVie ») aux termes d'un contrat d'assurance collective établi au nom de La Banque de Nouvelle-Écosse.

1 Renseignements sur vous				Renseignements sur votre conjoint (s'il demande une assurance)				
Nom de famille		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Nom à la naissance (le cas échéant)		Nom de famille		Nom à la naissance (le cas échéant)	
Prénom		Date de naissance JJ MM AAAA		Pays de naissance		Prénom		
Adresse du domicile (numéro, rue, app.)				Date de naissance JJ MM AAAA		Pays de naissance		
Ville	Province	Pays	Code postal		Téléphone (domicile)		Téléphone (autre)	
Téléphone (domicile)		Téléphone (autre)		<input type="checkbox"/> Non-fumeur* <input type="checkbox"/> Fumeur		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		
Adresse électronique**		Profession		<input type="checkbox"/> Non-fumeur* <input type="checkbox"/> Fumeur		Adresse électronique**		Profession

* Non-fumeur signifie que vous n'avez pas utilisé de produits du tabac ni d'auxiliaires antitabagiques au cours des 12 derniers mois.

** Nous pourrions utiliser votre adresse électronique si nous devons communiquer avec vous relativement à la présente proposition.

2 Montant d'assurance demandé (minimum de 50 000 \$, vendue en unités de 25 000 \$, jusqu'à un maximum de 1 000 000 \$)							
POUR VOUS	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$	<input type="checkbox"/> 250 000 \$	<input type="checkbox"/> 500 000 \$	<input type="checkbox"/> 750 000 \$	<input type="checkbox"/> 1 000 000 \$	<input type="checkbox"/> Autre _____ \$
POUR VOTRE CONJOINT	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$	<input type="checkbox"/> 250 000 \$	<input type="checkbox"/> 500 000 \$	<input type="checkbox"/> 750 000 \$	<input type="checkbox"/> 1 000 000 \$	<input type="checkbox"/> Autre _____ \$

Vous-même ou votre conjoint détenez-vous déjà une assurance-vie auprès de ScotiaVie ou de toute autre compagnie? OUI NON Dans l'affirmative, veuillez remplir la section ci-dessous :

Nom du proposant	Nom de la compagnie	Assurance personnelle ou d'affaires	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 le certificat d'assurance-vie temporaire.

3 Renseignements d'ordre financier (ne remplir que si vous demandez une couverture de plus de 250 000 \$)			
POUR VOUS	Revenu annuel net, après les dépenses (s'il y a lieu) mais avant impôts _____ \$		POUR VOTRE CONJOINT (s'il demande une assurance)
	Revenu annuel net, après les dépenses (s'il y a lieu) mais avant impôts _____ \$		

4 Désignation de bénéficiaire

Si le bénéficiaire est âgé de moins de 18 ans, veuillez nommer un fiduciaire, à qui les sommes dues seront versées pour le compte du bénéficiaire.

POUR VOUS	Nom du bénéficiaire au complet	Lien avec vous	Nom du fiduciaire si le bénéficiaire est mineur

Dans les cas assujettis aux lois du Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, à moins que vous n'indiquiez qu'elle est révocable.

Si vous voulez qu'elle soit révocable, veuillez cocher la case.

POUR VOTRE CONJOINT*	Nom du bénéficiaire au complet	Lien avec vous	Nom du fiduciaire si le bénéficiaire est mineur

Dans les cas assujettis aux lois du Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, à moins que vous n'indiquiez qu'elle est révocable.

Si vous voulez qu'elle soit révocable, veuillez cocher la case.

* Vous êtes automatiquement le bénéficiaire pour la couverture de votre conjoint, à moins d'indication contraire tel qu'inscrit ci-dessus.

5 Comment désirez-vous payer votre prime mensuelle?

- A. Prélèvement bancaire préautorisé
Veillez inclure un chèque personnel portant la mention « nul ».
- B. Carte de crédit (choisir une carte) : Mastercard Visa

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

Autorisation et consentement :

- Vous autorisez ScotiaVie ou l'administrateur du contrat collectif, 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 ScotiaVie à résilier automatiquement la présente entente et à mettre fin à l'assurance si ScotiaVie, ou l'administrateur du contrat collectif, qui est la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, est incapable de retirer la prime de votre compte ou de la facturer à votre carte de crédit (selon le cas).

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

La Temporaire 1 ScotiaVie est administrée par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

6 Questionnaire aux fins de tarification

Cette proposition **n'est valide** que si le Questionnaire aux fins de tarification est dûment rempli et que la proposition est signée par tous les proposant.

Votre médecin (Nom)		Téléphone	
Adresse du médecin			
Date et raison de la dernière consultation			
Taille		Poids	
pi	po	m	cm
		<input type="checkbox"/> lb	<input type="checkbox"/> kg
Variation du poids au cours des 12 derniers mois		<input type="checkbox"/> lb	
<input type="checkbox"/> Gain	<input type="checkbox"/> Perte	<input type="checkbox"/> Inchangé	<input type="checkbox"/> kg
Raison de la variation du poids			

Médecin de votre conjoint (Nom)		Téléphone	
Adresse du médecin			
Date et raison de la dernière consultation			
Taille du conjoint		Poids du conjoint	
pi	po	m	cm
		<input type="checkbox"/> lb	<input type="checkbox"/> kg
Variation du poids au cours des 12 derniers mois		<input type="checkbox"/> lb	
<input type="checkbox"/> Gain	<input type="checkbox"/> Perte	<input type="checkbox"/> Inchangé	<input type="checkbox"/> kg
Raison de la variation du poids de votre conjoint			

	Vous-même	Votre conjoint
1. Une proposition d'assurance-vie à votre nom (ou au nom de votre conjoint) a-t-elle déjà été refusée, modifiée d'une façon ou d'une autre ou fait l'objet d'une surprime?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2. Au cours des 5 dernières années, votre permis de conduire (ou celui de votre conjoint) a-t-il été suspendu, avez-vous (votre conjoint a-t-il) été accusé de conduite avec facultés affaiblies ou avez-vous commis plus de trois infractions au code de la route? Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, notamment le nom du proposant, la nature de l'infraction ou des infractions, la ou les dates, le numéro du permis de conduire et la province émettrice du permis.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3. Envisagez-vous (votre conjoint envisage-t-il) de pratiquer ou avez-vous (votre conjoint a-t-il), au cours des deux dernières années, pratiqué une activité ou un sport dangereux (p. ex., course automobile ou de motos, plongée sous-marine en scaphandre autonome ou parachutisme, deltaplane ou autre activité ou sport similaire dangereux)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4. Avez-vous (votre conjoint a-t-il) l'intention de changer de pays de résidence ou de voyager pendant de longues périodes à l'extérieur du Canada ou des États-Unis au cours des 12 prochains mois? Dans l'affirmative, veuillez expliquer.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5. Avez-vous (votre conjoint a-t-il) 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
6. Avez-vous (votre conjoint a-t-il) 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
7. Avez-vous (votre conjoint a-t-il) consulté un professionnel de la santé, subi un examen médical ou fait l'objet d'un suivi pour l'une ou l'autre des affections ci-dessous, déjà été atteint de l'une ou l'autre de ces affections ou a-t-on déjà établi à votre égard ou à celui de votre conjoint un diagnostic de l'une ou l'autre de ces affections, ou êtes-vous (votre conjoint est-il) traité pour l'une ou l'autre de ces affections :		
a) Douleur à la poitrine, angine, crise cardiaque, maladie cardiaque ou électrocardiogramme (ECG) anormal, hypertension ou hypotension artérielle, taux élevé de cholestérol, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT) ou troubles de la circulation ou sanguins?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
b) Troubles des ganglions lymphatiques ou de la glande thyroïde, tumeurs, cancer ou nævus, autres néoplasmes ou maladies de la peau?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
c) Problèmes respiratoires ou maladies pulmonaires, problèmes ou maladies des reins ou des voies urinaires, problèmes ou maladies du foie y compris l'hépatite (ou porteur d'hépatite), de l'intestin, du côlon ou de l'estomac ou maladies ou problèmes digestifs?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
d) Problèmes ou maladies du sein, de la prostate ou des organes génitaux?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
e) Crises épileptiques, sclérose en plaques ou troubles du cerveau ou du système nerveux?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
f) Dépression, anxiété ou tout autre problème psychiatrique?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
g) Diabète ou hyperglycémie?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
h) Arthrite, troubles ou maladie des muscles, des articulations, du dos, des os ou paralysie?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
i) Toute autre affection non énumérée dans la liste ci-dessus?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
8. Avez-vous (votre conjoint a-t-il) déjà subi des tests indiquant que vous êtes porteur du VIH ou atteint du SIDA, été traité pour le VIH ou le SIDA ou exposé au VIH ou au SIDA?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
9. Avez-vous (votre conjoint a-t-il) déjà ressenti des symptômes ou vous êtes-vous (votre conjoint s'est-il) déjà plaint d'un problème de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté de médecin ou pour lesquels on vous a recommandé de subir un test ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas encore été effectués ou, au cours des cinq dernières années, avez-vous (votre conjoint a-t-il) reçu des résultats anormaux à la suite d'un test?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

6 Questionnaire aux fins de tarification (suite)

Si vous (ou votre conjoint) avez répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre des questions 1 à 9, veuillez donner des précisions ci-dessous. Si l'espace ne suffit pas, veuillez répondre sur une feuille distincte, que vous devez signer et dater.

Quest. n°	Nom du proposant	Nature du problème	Date et durée	Traitement et état actuel	Médecin traitant ou hôpital

ScotiaVie 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.

7 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, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, chorée de Huntington ou de 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	Âge au début	Âge actuel (si la personne est en vie)	Âge au décès (le cas échéant)
Père			
Mère			
Frère(s)			
Sœur(s)			

Les antécédents familiaux de votre conjoint

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

8 Déclaration et autorisation (veuillez tout remplir)

Vous certifiez que tous les renseignements fournis dans la présente proposition ou toute autre déclaration ou réponse liée avec la présente proposition sont complets et véridiques. **Vous comprenez et acceptez** que toute fausse déclaration, présentation erronée de faits importants ou omission délibérée dans la présente proposition ou dans toute déclaration ou réponse liée à la présente proposition pourrait entraîner l'annulation de toute assurance résultant de la présente proposition.

Vous attestez que vous avez lu et que vous comprenez parfaitement l'avis relatif au MIB Inc. ci-dessous. **Vous autorisez** le MIB Inc. à transmettre à ScotiaVie ou à ses réassureurs les renseignements vous concernant qui sont nécessaires à l'évaluation du risque lié à la présente proposition ou à toute enquête liée à une demande de règlement. Une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'autorisation originale, laquelle reste en vigueur pour la durée de votre assurance. Vous autorisez également ScotiaVie ou ses réassureurs à partager les renseignements qui figurent à votre dossier avec d'autres compagnies d'assurance auxquelles vous pourriez soumettre une demande d'assurance-vie ou d'assurance-santé, conformément à ce que pourrait exiger le MIB Inc. aux termes des dispositions contractuelles.

Vous comprenez et acceptez : i) qu'aux fins de la gestion administrative de toute assurance émise à votre nom, ScotiaVie peut communiquer vos renseignements personnels à des tiers administrateurs (dont certains peuvent être établis à l'extérieur du Canada et assujettis aux lois locales); ii) être lié(s) par les dispositions de l'Entente relative à la confidentialité du Groupe Banque Scotia, que vous pouvez consulter à l'adresse www.scotiabank.com/fr/privacy et qui vous sera envoyée avec votre certificat d'assurance, si la présente proposition est acceptée.

Vous autorisez ScotiaVie, ses mandataires, ses fournisseurs de service et l'administrateur du régime, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, à utiliser les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au contrat d'assurance collective Temporaire 1 ScotiaVie, et à échanger ces renseignements avec toute personne ou toute organisation possédant des renseignements pertinents sur vous, notamment les professionnels de la santé, les établissements médicaux, le MIB Inc., les agences d'enquête, les assureurs, les administrateurs de régime et les réassureurs.

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

^{MC} Marque de commerce de La Banque de Nouvelle-Écosse, utilisée sous licence.

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

Avis – à lire attentivement

Les renseignements relatifs à votre assurabilité seront traités de façon confidentielle. ScotiaVie, compagnie d'assurance ou son ou ses réassureurs peuvent, toutefois, envoyer un court rapport sur votre assurabilité au MIB Inc., organisation sans but lucratif composée de compagnies d'assurance membres, qui exploite un centre d'information au nom de ses membres. Par exemple, si vous demandez une assurance-vie ou une assurance-santé à une autre compagnie membre du MIB, celui-ci fournira sur demande à la compagnie membre ou à son ou ses réassureurs les renseignements vous concernant qu'il détient.

À votre demande, le MIB communiquera tout renseignement qu'il possède sur vous. Vous pouvez communiquer avec le MIB à l'adresse suivante :

MIB Inc., 330, avenue University, bureau 501,
Toronto (Ontario) M5G 1R7,

Numéro de téléphone : 416 597-0590 ou visitez le site web www.MIB.com.

Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements vous concernant détenus par le MIB, vous pouvez aussi communiquer avec l'organisation pour demander une correction.

ScotiaVie, compagnie d'assurance ou son ou ses réassureurs peuvent aussi communiquer des renseignements vous concernant à d'autres compagnies d'assurance auxquelles vous demanderiez une assurance-vie ou une assurance-santé.

Veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Financière ScotiaVie
a/s C. P. 215, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 3Z9