Financière ScotiaVie[MC]

Assurance temporaire 1 *ScotiaVie*[MD]

Contrat collectif numéro 50133

C. P. 215, succ. Waterloo, Waterloo ON 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

Nom de famille	Prénom		☐ Homme ☐ Femme
Nom à la naissance (le cas échéant)	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Pays de naissance	
Adresse du domicile (numéro, rue)		Appartement	
Ville	Province	Pays	Code postal
Téléphone (domicile)	Téléphone (autre)		
Adresse électronique**	Profession		☐ Non-fumeur* ☐ Fumeur

Renseignements sur votre conjoint (s'il demande une assurance)

Nom de famille	Prénom	
Nom à la naissance (le cas échéant)		☐ Homme ☐ Femme
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Pays de naissance	
Téléphone (domicile)	Téléphone (autre)	
Profession		
Adresse électronique**		☐ Non-fumeur* ☐ Fumeur

* 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	☐ 50 000 $	☐ 100 000 $	☐ 250 000 $	☐ 500 000 $	☐ 750 000 $	☐ 1 000 000 $	☐ Autre _____ $	
Pour votre conjoint	☐ 50 000 $	☐ 100 000 $	☐ 250 000 $	☐ 500 000 $	☐ 750 000 $	☐ 1 000 000 $	☐ 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?
			$	☐ OUI ☐ NON
			$	☐ OUI ☐ 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 _____ $

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

Doc code 100 – APP

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

Prénom du bénéficiaire	Nom du bénéficiaire	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*

Prénom du bénéficiaire	Nom du bénéficiaire	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.** Débit préautorisé (DPA)

Veuillez annexer à la présente une formule de chèque personnel portant la mention «NUL».

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 ScotiaVie, compagnie d'assurance (*ScotiaVie*) ou le gestionnaire du contrat collectif, qui est la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la Sun Life), à prélever la prime mensuelle pour 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 et acceptez 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 ScotiaVie ou 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, immédiatement après l'expiration du délai de grâce de 31 jours, lorsque ScotiaVie ou le gestionnaire du contrat collectif, qui est la Sun Life, ne peut effectuer un prélèvement sur votre compte.

Lorsque vous nous donnez cette autorisation d'effectuer des prélèvements sur votre compte, cela correspond à aviser l'établissement financier où se trouve votre compte. Cet établissement financier débitera le compte que vous avez indiqué comme si vous lui aviez fourni des directives par écrit. Avant d'effectuer le débit, l'établissement financier indiqué ne vérifiera pas si celui-ci est conforme à la présente autorisation.

La présente autorisation reste en vigueur jusqu'à ce que ScotiaVie 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 dix (10) jours ouvrables avant le prochain prélèvement prévu. Vous nous fournirez une autre autorisation ou un autre accord si nous l'exigeons.

ScotiaVie 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, pour obtenir un modèle de formulaire d'annulation de DPA ou pour de plus amples renseignements sur votre droit d'annuler une entente de DPA, communiquez avec votre institution financière ou visitez le *www.cdnpay.ca*.

Vous pouvez communiquer avec nous pour nous faire part d'avis, présenter des demandes, obtenir des renseignements ou exercer des recours au sujet des prélèvements effectués en vertu du présent accord à l'adresse suivante :
Financière ScotiaVie
C. P. 215, succ. Waterloo
Waterloo ON N2J 3Z9
Téléphone : 1 866 292-3512

☐ **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, compagnie d'assurance (*ScotiaVie*) ou le gestionnaire du contrat collectif, qui est la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la Sun Life), à facturer mensuellement toute prime d'assurance liée à la présente proposition à votre carte de crédit (dont les données figurent ci-dessus).
- Vous certifiez que toutes les personnes qui doivent signer relativement à la carte de crédit ont apposé leur signature ci-dessous.
- Vous autorisez ScotiaVie à résilier automatiquement la présente entente et à mettre fin à l'assurance lorsque ScotiaVie ou le gestionnaire du contrat collectif, qui est la Sun Life, ne peut facturer la prime à votre carte de crédit.

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

Signature du titulaire du compte/de la carte	Date (jj-mm-aaaa)
X	— —
Signature du titulaire du compte/de la carte	Date (jj-mm-aaaa)
X	— —

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 proposants.

Votre médecin (Nom)	Téléphone
Adresse du médecin	
Date et raison de la dernière consultation	
Taille pi po | m cm	Poids ☐ lb ☐ kg
Variation du poids au cours des 12 derniers mois ☐ Gain ☐ Perte ☐ Inchangé _____	☐ lb ☐ 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 pi po | m cm	Poids du conjoint ☐ lb ☐ kg
Changement de poids du conjoint au cours des 12 derniers mois ☐ Gain ☐ Perte ☐ Inchangé _____	☐ lb ☐ kg
Raison de la variation du poids	

		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?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ 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.	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ 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)?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ 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.	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ 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?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ 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?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ 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?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
b)	Troubles des ganglions lymphatiques ou de la glande thyroïde, tumeurs, cancer ou nævus, autres néoplasmes ou maladies de la peau?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ 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?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
d)	Problèmes ou maladies du sein, de la prostate ou des organes génitaux?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
e)	Crises épileptiques, sclérose en plaques ou troubles du cerveau ou du système nerveux?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
f)	Dépression, anxiété ou tout autre problème psychiatrique?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
g)	Diabète ou hyperglycémie?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
h)	Arthrite, troubles ou maladie des muscles, des articulations, du dos, des os ou paralysie?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
i)	Toute autre affection non énumérée dans la liste ci-dessus?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ 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?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ 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?	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON

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(s)	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(s)	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 Assurance 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	Fait à (ville)	Date (jj-mm-aaaa)
X		– –
Signature de votre conjoint (s'il fait une demande)	**Fait à (ville)**	**Date (jj-mm-aaaa)**
X		– –

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, ON, N2J 3Z9

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.