

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

Écrire lisiblement EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

## 1 Renseignements sur le membre, le conjoint et les enfants à charge

Envoyer la correspondance à l'adresse suivante :  Adresse du domicile  Adresse d'affaires

### Renseignements sur le membre

Nom de famille		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom à la naissance (si différent)		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Pays de naissance	
Adresse du domicile (numéro et rue)			Appartement	
Ville		Province	Code postal	
Adresse d'affaire (numéro et rue)			Appartement	
Ville		Province	Code postal	
Téléphone (cellulaire)	Téléphone (domicile)	Adresse électronique*		

\* Nous utiliserons votre adresse électronique aux fins de gestion administrative. Veuillez noter que bien que la Sun Life utilise des moyens raisonnables pour protéger la sécurité et la confidentialité des courriels qu'elle envoie et reçoit, leur sécurité ne peut être garantie.

### Renseignements sur le conjoint (pour une protection couple ou familiale)

Nom de famille		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom à la naissance (si différent)		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Pays de naissance	

### Renseignements sur les enfants à votre charge (pour une protection monoparentale ou familiale)

Nom de famille	Prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de famille	Prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de famille	Prénom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## 2 Régime demandé

- Santé**  Assurance médicaments et maladie complémentaire – Option 1  
 Assurance médicaments – Option 2  
**(remplissez seulement les sections 3, 4 et 7)**
- Dentaire**  Régime complet – Option 1  
 (vous devez être assuré sous l'option 1 en santé)  
 Régime de base – Option 2  
 (vous devez être assuré sous l'option 1 ou 2 en santé)

### Type de protection

- Individuelle  
 Couple  
 Monoparentale  
 Familiale

DC-100



### 3 Mode de paiement

Paiement annuel (payable par internet seulement)

Prime requise : \_\_\_\_\_

Choisir Vigilis (le Groupe) dans la liste des fournisseurs de votre institution financière

Numéro de référence : \_\_\_\_\_

Prélèvement bancaire mensuel

Prime mensuelle : \_\_\_\_\_

Veillez remplir l'autorisation à la page 5 et y joindre un chèque spécimen.

### 4 Informations concernant votre régime d'assurance antérieur

Numéro de police	Date de terminaison (jj-mm-aaaa)	Assureur	Numéro de certificat
------------------	----------------------------------	----------	----------------------

### 5 Renseignements médicaux – mini-questionnaire

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

Cette proposition n'est valide que si les renseignements médicaux demandés sont fournis correctement et que la proposition est signée par le membre et son conjoint (s'il y a lieu).

	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 6 dernières mois, avez-vous consulté un médecin (autre que pour un bilan de santé), 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'acupuncteurs, d'audiologistes, de chiropraticiens, d'homéopathes, de massothérapeutes, de naturopathes, d'orthophonistes, d'ostéopathes, physiothérapeutes, podiatres et de psychologues?	<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 des médicaments, des appareils médicaux ou des dispositifs médicaux ou prévoyez-vous en utiliser?	<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

\* Veuillez noter que si vous demandez l'assurance pour plusieurs enfants à votre charge, les questions visent tous les enfants à assurer.

Si vous, ou une personne à assurer, avez répondu par l'affirmative à l'une des questions ci-dessus, vous devez donner des précisions à la page 3 et remplir les sections 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.

### 6 Renseignements médicaux – questionnaire complet (si vous avez répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre des questions de la section 5)

#### Vous-même

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"/> lb <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain _____ <input type="checkbox"/> Perte _____
Raison du changement de poids		

#### Votre conjoint

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"/> lb <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain _____ <input type="checkbox"/> Perte _____
Raison du changement de poids		

**6 Renseignements médicaux – questionnaire complet (si vous avez répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre des questions de la section 5) (suite)**

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

Avez-vous déjà reçu des traitements, présenté des symptômes ou consulté un professionnel de la santé pour l'une ou l'autre des affections suivantes :	Vous-même	Votre conjoint (s'il y a lieu)	Enfant(s) à charge* (s'il y a lieu)
a) maladie du cœur, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), trouble de l'appareil circulatoire, douleurs à la poitrine ou angine?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) troubles sanguins, y compris l'hypercholestérolémie et l'hypertension ou l'hypotension?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) tumeur, cancer, naevus, autre néoplasme ou maladie de la peau?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) virus de l'immunodéficience humaine (VIH), syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), syndrome associé au SIDA (SAS) ou autres troubles immunologiques, y compris l'hépatite?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
e) troubles respiratoires, asthme ou maladie pulmonaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
f) troubles de l'estomac, de la digestion, de l'intestin ou du côlon, ulcère ou colite?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
g) troubles des reins ou du foie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
h) affection des voies urinaires, des seins, de la prostate ou de l'appareil génital, infertilité ou complications de la grossesse?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
i) maux de tête, migraines, sclérose en plaques, convulsions, paralysie ou troubles du cerveau ou du système nerveux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
j) diabète ou hyperglycémie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
k) dépression, anxiété ou tout autre trouble psychiatrique?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
l) fibromyalgie, arthrite, lupus, troubles des os ou des articulations ou douleurs musculaires, y compris douleurs dans le cou ou dans le dos?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
m) alcoolisme ou toxicomanie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
n) maladie ou affection des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
o) toute autre affection non indiquée ci-dessus?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\* 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, vous devez 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 Déclaration et autorisation

Veillez lire et signer cette section.

Je certifie que les réponses données dans la présente proposition sont complètes et véridiques. Je reconnais que toute dissimulation, omission ou fausse déclaration relative à la présente proposition entraîne l'annulation de l'assurance. **MEMBRE UNIQUEMENT** : De plus, en ma qualité de membre de l'Association québécoise des médecins pour l'environnement, je comprends et conviens que la présente proposition est nulle si je ne suis pas domicilié au Québec et que je ne pratique pas la médecine au moins 20 heures par semaine.

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, le gestionnaire du régime (Le Groupe Vigilis) et leurs mandataires et fournisseurs de services à utiliser et à échanger les renseignements qui sont nécessaires aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'évaluation des demandes de règlement au titre de la présente assurance, avec toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents à mon sujet, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, le MIB, les agences d'enquête et les compagnies d'assurance et de réassurance.

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 à échanger les renseignements se rapportant à la proposition d'assurance avec le gestionnaire du régime (le Groupe Vigilis) pour les besoins de la gestion administrative de ma proposition d'assurance et des services s'y rapportant. Il s'agit notamment des renseignements se rapportant à la nature et à la situation des documents requis pour les besoins de la tarification, tel qu'un bilan sanguin, un questionnaire sur les maux de dos ou une déclaration du médecin traitant, mais cela ne comprend pas les résultats mêmes de tels examens ni le contenu même de tout questionnaire ou document dûment rempli. Je comprends que je peux refuser de donner mon autorisation concernant l'échange de renseignements médicaux et décider à tout moment de retirer la présente autorisation en communiquant avec la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

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

Votre signature <b>X</b>		Signature de votre conjoint (s'il y a lieu) <b>X</b>	
Fait à (ville)	Fait à (province)		Date (jj-mm-aaaa)

**Veillez faire parvenir le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :**

Le Groupe Vigilis  
3285, boulevard Saint-Martin Est, Bureau 200  
Laval, QC H7E 4T6

## 8 Pre-authorized debit (PAD) agreement

Veillez remplir cette section si vous voulez payer votre prime sur une base mensuelle.

### IMPORTANT (Veillez lire attentivement.)

J'autorise/Nous autorisons Gestion Vigilis et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais/nous pourrions autoriser à toute moment) à commencer à effectuer les prélèvements variables selon mes/nos directives pour payer les primes périodiques. Les paiements mensuels périodiques seront portés au débit de mon/notre compte le 1er jour de chaque mois. Le versement des primes est assujéti aux dispositions énoncées dans la police d'assurance. Gestion Vigilis demande un préavis de 10 jours signifié par écrit pour traiter toute modification apportée à la présente DPA.	Je peux/Nous pouvons résilier la présente DPA en tout temps en donnant à Gestion Vigilis un préavis écrit de 10 jours. Pour obtenir un formulaire de résiliation ou de plus amples renseignements sur mon/notre droit d'annuler la présente DPA, je peux/nou pouvons communiquer avec mon/notre institution financière, Gestion Vigilis ou visiter <a href="http://www.paiements.ca">www.paiements.ca</a> .
Régimes d'assurance soins de santé et soins dentaires.	Je renonce/Nous renonçons à mon/notre droit de recevoir un préavis du montant du DPA et j'ai/nous avons convenu que je n'ai/nous n'avons pas besoin de préavis du montant des DPA avant le traitement du débit.
Vous ne pouvez représenter un paiement de prime retourné en raison d'une provision insuffisante ou de fonds non compensés qu'une seule fois et dans les 30 jours suivant l'imputation initiale. Si le paiement est retourné une deuxième fois dans la même année, le mode de règlement sera remplacé par la facturation directe selon une périodicité annuelle et il ne pourra être modifié avant le prochain anniversaire de police. Le solde impayé de la prime calculée jusqu'à l'anniversaire de police sera exigée pour revenir au règlement des primes par prélèvement automatique.	J'ai/Nous avons certains recours si tout débit ne respecte pas la présente convention. J'ai/Nous avons le droit de toucher le remboursement de toute somme débitée qui ne serait pas autorisée en vertu de la présente DPA ou ne serait pas conforme à celle-ci. Pour obtenir plus de renseignements sur mes/nos recours, je peux m'adresser/nous pouvons nous adresser à mon/notre institution financière, à Gestion Vigilis ou visiter <a href="http://www.paiements.ca">www.paiements.ca</a> .

Étant donné que la couverture est offerte dans le cadre d'un régime collectif, mais facturée à titre individuel, le débit préautorisé se fera à titre individuel également.

### Renseignements sur le participant (Prière d'écrire en caractères d'imprimerie)

Prénom	Nom de famille
Signature du participant X	Date (jj-mm-aaaa)

### Information sur le payeur, titulaire du compte bancaire (Prière d'écrire en caractères d'imprimerie)

Nom (prénom et nom) ou dénomination sociale complète dans le cas d'une société, y compris les mentions Cie, ltée, inc., etc.				
Adresse (numéro et rue)	Appartement ou bureau	Ville	Province	Code postal
_____ : Apposez vos initiales pour confirmer que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société.				
Signature du (des) titulaire(s) du compte bancaire X				Date (jj-mm-aaaa)
Signature du (des) titulaire(s) du compte bancaire X				Date (jj-mm-aaaa)

### Information sur le compte bancaire (Veillez joindre un spécimen de chèque personnalisé portant la mention «NUL».)

Institution financière (IF)	Numéro de transit de l'IF (succursale : 5 chiffres – institution : 3 chiffres)		Numéro de compte de l'IF	
Adresse de la succursale (numéro et rue)	Ville		Province	Code postal

Le Groupe Vigilis, 3285, boulevard Saint-Martin Est, Bureau 200, Laval QC H7E 4T6

[info@vigilis.ca](mailto:info@vigilis.ca) | [www.vigilis.ca](http://www.vigilis.ca)

Vous pouvez communiquer avec nous sans frais au 1-888-682-5218, du lundi au vendredi, entre 9 h et 17 h.

## 9 Accès aux renseignements vous concernant

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, avenue University  
Toronto (Ontario) M5G 1R7  
ou téléphoner au 416-597-0590

## 10 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](http://www.sunlife.ca/confidentialite).