

# Déclaration d'état de santé

## Protection des renseignements personnels

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life, s'engage à maintenir la confidentialité des renseignements qui vous concernent. Nous pouvons tirer parti des forces dont nous disposons dans nos organisations à l'échelle mondiale et grâce aux ententes que nous négocions avec des tiers fournisseurs et des réassureurs; ces derniers, dans certains cas, peuvent être établis à l'extérieur du Canada. Vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers. Les organisations de la Financière Sun Life à l'échelle mondiale et ses tiers fournisseurs sont tenus d'assurer, d'une manière qui reste conforme à ses principes directeurs et marches à suivre en matière de protection des renseignements personnels, la protection du caractère confidentiel des renseignements personnels vous concernant.

Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca). Pour obtenir de plus amples renseignements concernant nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels, par courriel ([responsableprotectionvieprivée@sunlife.com](mailto:responsableprotectionvieprivée@sunlife.com)) ou par la poste (Responsable de la protection des renseignements personnels, Financière Sun Life, 225, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3C5).

### Important

- L'envoi de formulaires incomplets occasionnera un retard dans le traitement de la demande.
- La section 1 doit être remplie par le gestionnaire du régime, ou par le participant d'après les renseignements fournis par le gestionnaire du régime.
- Le participant doit envoyer le formulaire par la poste directement à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

**Veillez écrire lisiblement EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.**

## 1 Renseignements sur le gestionnaire du régime (à remplir par le gestionnaire du régime ou par le participant)

L'assurance n'entrera pas en vigueur tant que vous n'aurez pas reçu un avis d'approbation de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Nom de famille du participant		Prénom du participant		Numéro de contrat	
Profession			Catégorie	Unité de facturation	Numéro de participant
Salaire actuel \$ <input type="checkbox"/> hor. <input type="checkbox"/> hebd. <input type="checkbox"/> aux 2 sem. <input type="checkbox"/> mens. <input type="checkbox"/> ann.		Nom de l'entreprise		Nom du gestionnaire du régime	
Adresse de l'entreprise (numéro et rue)		Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone - -

### Raison de la demande

- Première adhésion – date d'effet (jj-mm-aaaa)
- Augmentation d'assurance
- Adhésion tardive (après 31 jours)
- Deuxième adhésion (refus de la première)
- Adhésion annuelle – date d'effet (jj-mm-aaaa)

### Garanties demandées (cocher aux endroits appropriés)

	A. Montant d'assurance en vigueur (le cas échéant)	B. Nouveau montant d'assurance demandé	C. Couverture totale souhaitée (A + B)
<input type="checkbox"/> Assurance-vie de base – participant	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>
<input type="checkbox"/> Assurance-vie de base – conjoint	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>
<input type="checkbox"/> Assurance-vie de base – personnes à charge	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>
<input type="checkbox"/> Assurance-vie facultative – participant	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>
<input type="checkbox"/> Assurance-vie facultative – conjoint	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>
<input type="checkbox"/> Assurance-vie facultative – personnes à charge	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>
<input type="checkbox"/> Assurance contre les maladies graves – participant	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>
<input type="checkbox"/> Assurance contre les maladies graves – conjoint	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>
<input type="checkbox"/> Assurance contre les maladies graves – personnes à charge	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>
<input type="checkbox"/> Invalidité de longue durée	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>
<input type="checkbox"/> Invalidité de courte durée	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>
<input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>	<input type="text" value=" \$"/>
<input type="checkbox"/> Assurance-maladie complémentaire – participant*	Nouvelle garantie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Assurance-maladie complémentaire – personnes à charge*	Nouvelle garantie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Assurance dentaire – participant*	Nouvelle garantie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Assurance dentaire – personnes à charge*	Nouvelle garantie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

\* Le cas échéant – Date à laquelle a pris fin la couverture comparable (jj-mm-aaaa)

## 2 Renseignements sur le participant et les personnes à sa charge (à remplir par le participant)

### 2.1 Renseignements généraux sur le participant

Nom de famille du participant		Prénom du participant		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse du participant (numéro et rue)			Appartement ou bureau	Ville	Province Code postal
Veuillez indiquer tous les renseignements qui nous permettront de vous joindre pour obtenir des renseignements supplémentaires					
Numéro de téléphone à domicile <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir		Numéro de téléphone d'affaires <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir		Mode de communication préféré <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Courriel	
Adresse électronique :					
Taille pi po   m cm		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 changement <input type="checkbox"/> Gain _____ <input type="checkbox"/> Perte _____		Raison du changement de poids	
Date et motif de la dernière consultation auprès du médecin traitant (si vous n'avez pas de médecin traitant, indiquez sans objet)					
Nom du médecin, diagnostic, traitement suivi, résultats et médicaments prescrits					
Si le médecin nommé ci-dessus ne dispose pas de votre dossier médical le plus complet, veuillez indiquer le nom et l'adresse du médecin qui dispose de ce dossier					

### 2.2 Renseignements généraux sur les personnes à charge du participant (à remplir uniquement si vous demandez la couverture des personnes à charge)

Nom de famille du conjoint		Prénom du conjoint		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Taille pi po   m cm		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 changement <input type="checkbox"/> Gain _____ <input type="checkbox"/> Perte _____		Raison du changement de poids	
Date, motif et résultats de la dernière consultation auprès du médecin traitant de la personne à charge (Si elle n'a pas de médecin traitant, indiquez sans objet.)					
Nom du médecin, diagnostic, traitement suivi, résultats et médicaments prescrits					
Si le médecin nommé ci-dessus ne dispose pas du dossier médical le plus complet de la personne à charge, veuillez indiquer le nom et l'adresse du médecin qui dispose de ce dossier					

Nom de famille de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Taille pi po   m cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Nom de famille de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Taille pi po   m cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Nom de famille de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Taille pi po   m cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg

### 2.3 Antécédents familiaux

Des membres de votre famille immédiate (parents, frères, soeurs) ou de celle de votre conjoint ont-ils déjà souffert de l'une ou l'autre des affections suivantes : maladie du coeur, crise cardiaque, hypertension, maladie polykystique des reins, polypose adénomateuse familiale, accident vasculaire cérébral, diabète, cancer (précisez le type de cancer ci-dessous), sclérose en plaques, chorée de Huntington, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou toute autre maladie héréditaire?

Participant	Conjoint
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Dans l'affirmative, remplir le tableau ci-dessous.

#### Antécédents familiaux du participant

Affection(s)	Âge au début de la maladie	Âge actuel (si la personne est en vie)	Âge au décès (s'il y a lieu)
Père			
Mère			
Frère(s)			
Sœur(s)			

#### Antécédents familiaux du conjoint

Affection(s)	Âge au début de la maladie	Âge actuel (si la personne est en vie)	Âge au décès (s'il y a lieu)
Père			
Mère			
Frère(s)			
Sœur(s)			

## 2 Renseignements sur le participant et les personnes à sa charge (suite)

### 2.4 Renseignements médicaux (ne remplir cette section que pour la ou les personnes qui demandent l'assurance)

Remplir la section 2.4 et les sections 2.5 et 2.6, s'il y a lieu, et donner toute autre précision au sujet de ces questions.

Pour chaque réponse affirmative, veuillez fournir des précisions à la page suivante. Indiquez les dates, le traitement, les médicaments et les résultats.

	Participant		Conjoint		Enfant(s)		
1. a) Avez-vous déjà été admis à un hôpital ou à une clinique comme patient (sauf pour grossesse ou accouchement) pour plus de cinq jours consécutifs?	<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) Avez-vous déjà reçu des prestations d'invalidité pendant une période de trois mois ou plus?	<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) Vous a-t-on déjà offert de l'assurance-vie, de l'assurance-invalidité ou de l'assurance contre les maladies graves dans la catégorie de risque aggravé? (Si oui, précisez le nom de l'assureur, la date et la raison.)	<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. Avez-vous fait usage de produits du tabac au cours des 12 derniers mois?	<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 10 dernières années, avez-vous fait usage, sans ordonnance médicale, de cocaïne, de haschich, d'héroïne, de narcotiques, de marijuana, de LSD, d'hallucinogènes ou d'amphétamines, ou avez-vous reçu ou cherché à obtenir des conseils ou des traitements pour usage de drogues ou de médicaments prescrits ou non prescrits, ou offerts en vente libre?	<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. Consommez-vous des boissons alcoolisées?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
a) Nombre moyen de consommations par semaine	_____		_____		_____		
b) Vous a-t-on déjà conseillé de consommer moins d'alcool ou de vous en abstenir, ou avez-vous suivi des traitements pour consommation d'alcool?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Qui _____	(ex., conjoint, ami, médecin, etc.)						
Raison _____	Date (jj-mm-aaaa) _____						
5. Êtes-vous actuellement traité au moyen d'une diète, de remèdes ou autrement? (Donnez des précisions, dont le nom de tous les médicaments et la ou les raisons pour lesquelles vous les prenez.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
6. Avez-vous déjà souffert de diabète ou d'une anomalie de la glycémie, ou de présence de sucre, de sang ou de protéines dans les urines?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Quel traitement suivez-vous actuellement pour le diabète?							
	Insuline :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Médicament oral :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Diète seulement :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
7. Avez-vous déjà souffert de l'une ou l'autre des affections suivantes, reçu un traitement ou consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour l'une d'elles, ou a-t-on diagnostiqué chez vous l'une ou l'autre de ces affections :							
a) cancer, tumeur, leucémie, hypertrophie ou troubles des nœuds lymphatiques, polypes ou autre néoplasme y compris nævus et masse ou kyste au sein, ou avez-vous déjà subi une biopsie pour quelque raison que ce soit ou a-t-on décelé une anomalie à un test de dépistage du cancer?	<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) maladies du cœur ou de l'appareil circulatoire, y compris douleurs à la poitrine, anomalie décelée à un électrocardiogramme (ECG), arythmie, arythmie, souffle cardiaque?	<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) troubles du foie, tout type d'hépatite ou de troubles sanguins?	<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) maladie ou troubles des reins, des voies urinaires, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux?	<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 chroniques des poumons ou de l'appareil respiratoire (y compris asthme et apnée du sommeil), 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	
f) accident ischémique transitoire (AIT), paralysie, convulsions, épilepsie, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, ou autre maladie 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	
g) troubles psychiatriques ou psychologiques (y compris anxiété, dépression, attaques de panique, troubles du comportement alimentaire ou autres troubles émotionnels), ou avez-vous consulté un professionnel à ce sujet?	<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) syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie, rhumatisme, arthrite ou lupus?	<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) troubles de l'appareil locomoteur, troubles osseux ou articulaires, paralysie, engourdissement?	<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) maux de dos, maux de cou?	<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) hypertension?	<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) hypercholestérolémie?	<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) troubles gastro-intestinaux (y compris affection de l'œsophage, de l'estomac, du côlon ou des intestins et 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	
8. Avez-vous déjà subi des tests indiquant que vous êtes atteint du SIDA ou du syndrome associé au SIDA (SAS) ou que vous êtes porteur du VIH?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
9. Avez-vous déjà souffert d'une crise cardiaque ou d'un infarctus du myocarde?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
10. Avez-vous déjà fait un accident vasculaire cérébral?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
11. Avez-vous déjà subi une greffe d'organe?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
12. Avez-vous déjà souffert de maladies, troubles, affections ou blessures non indiqués ci-dessus ou avez-vous fait l'objet d'autres examens diagnostiques ou interventions chirurgicales?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
13. Avez-vous déjà utilisé des appareils médicaux spéciaux comme un déambulatoire, une canne, un fauteuil roulant, un cathéter, un appareil à oxygène, un stimulateur cardiaque, un membre artificiel ou un appareil auditif?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
14. Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour effectuer des activités quotidiennes telles que : prendre votre bain, être continent, vous habiller, vous nourrir, utiliser la toilette ou vous déplacer (par exemple, de la chaise au lit)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
15. Avez-vous déjà ressenti des symptômes ou vous êtes-vous déjà plaint de troubles pour lesquels vous n'avez pas consulté le médecin ou pour lesquels on vous a recommandé de subir d'autres examens ou tests qui n'ont pas encore été effectués?	<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 Renseignements sur le participant et les personnes à sa charge (suite)

Pour chaque réponse affirmative donnée aux questions de la section précédente, veuillez fournir plus de précisions. Utilisez au besoin des feuilles supplémentaires en prenant soin de les signer, de les dater et de les agraffer au présent formulaire.

### 2.5 Renseignements médicaux supplémentaires – Participant

Question	Précisions

### 2.6 Renseignements médicaux supplémentaires – Conjoint à charge/Enfant(s) à charge

Question	Nom de la personne à charge	Précisions

## 3 Déclaration et autorisation (veuillez lire et signer la présente section)

Dans la présente déclaration et autorisation, le mot «je» s'entend du participant, du conjoint et des enfants à charge de 18 ans ou plus qui apposeront leur signature ci-dessous.

Je comprends qu'il se peut que ma demande d'assurance collective ou d'augmentation de la couverture soit refusée si elle requiert la présentation d'une attestation de bonne santé et si la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie estime que je ne suis pas assurable. J'atteste que toutes les déclarations dans le présent formulaire sont complètes et véridiques. Je reconnais que toute dissimulation, omission et fausse déclaration relative à la présente déclaration d'état de santé entraîne l'annulation de l'assurance.

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services à recueillir, à utiliser et à communiquer des renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au régime à toute personne physique ou morale qui possède des renseignements pertinents à mon sujet, ou au sujet des personnes à ma charge de moins de 18 ans, le cas échéant, relativement à la présente déclaration d'état de santé, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les compagnies d'assurance et de réassurance.

Si j'ai la qualité de conjoint du participant ou de personne à sa charge de 18 ans ou plus, j'autorise également la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie à communiquer au participant des renseignements à mon sujet relativement à la présente, aux fins de l'évaluation de cette demande et de la gestion du programme de garanties collectives.

Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et que cette autorisation restera en vigueur tant que je demeurerai couvert par le contrat, à moins que je ne la révoque par écrit.

Signature du participant X	Date (jj-mm-aaaa) — —
Signature du conjoint X	Date (jj-mm-aaaa) — —
Signature de l'enfant à charge de 18 ans ou plus X	Date (jj-mm-aaaa) — —
Signature de l'enfant à charge de 18 ans ou plus X	Date (jj-mm-aaaa) — —

La Déclaration d'état de santé dûment remplie doit parvenir à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie dans les 60 jours suivant la date à laquelle vous avez rempli, signé et daté le formulaire. Sinon, vous devrez présenter une nouvelle Déclaration d'état de santé.

Tous les renseignements que reçoit la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, sont traités sous le sceau de la confidentialité et ne servent qu'à déterminer votre assurabilité et à gérer le régime collectif auquel vous participez. En nous envoyant vos formulaires et renseignements médicaux dans une enveloppe portant la mention «Confidentiel», vous vous assurez que seul le tarifificateur médical a accès à ces documents. Veuillez indiquer l'adresse complète.

**Envoyez le formulaire dûment rempli à l'une des adresses suivantes dans une enveloppe portant la mention «Confidentiel» et conservez-en une copie pour vos dossiers.**

**Numéro de télécopieur sans frais : 1-877-897-5519**  
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie  
Tarification médicale  
Confidentiel  
CP 11691 Succ CV  
Montréal QC H3C 3J9

**Numéro de télécopieur sans frais : 1-877-897-6605**  
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie  
Tarification médicale  
Confidentiel  
CP 578 Succ Waterloo  
Waterloo ON N2J 4B8

**Numéro sans frais : 1-866-882-0884**

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Financière Sun Life.