

# Déclaration d'état de santé (Assurance-vie facultative seulement)

## Important

Écrire lisiblement  
EN CARACTÈRES  
D'IMPRIMERIE.

- L'envoi de formulaires incomplets occasionnera un retard.
- Le gestionnaire du régime doit d'abord remplir la section 1 et ensuite remettre le formulaire au participant.
- Le participant doit envoyer le formulaire par la poste à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

## 1 Renseignements sur le gestionnaire du régime

La présente section doit être remplie par le gestionnaire du régime.

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 du participant (prénom)		(nom de famille)	
N° du contrat	N° matricule du participant	Unité de facturation	Catégorie
Profession		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 (rue, ville, province, code postal)			N° de téléphone ( )

## Raison de la demande

- Première adhésion  
 Augmentation d'assurance  
 Deuxième adhésion (refus de la première)  
 Adhésion annuelle – date d'effet \_\_\_\_\_

### Garanties demandées

(Cochez aux endroits appropriés)

- Assurance-vie facultative – participant  
 Assurance-vie facultative – conjoint  
 Assurance-vie facultative – personnes à charge

**A. Montant d'assurance en vigueur (le cas échéant)**

\$

\$

\$

**B. Nouveau montant d'assurance (demandé)**

\$

\$

\$

**C. Montant total d'assurance (A + B)**

\$

\$

\$

Réservé à la Financière Sun Life

# Déclaration d'état de santé (Assurance-vie facultative seulement)

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

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 marquée «Confidentiel», vous vous assurez que seul le tarificateur médical a accès à ces documents. Veuillez indiquer l'adresse complète.

Section à remplir uniquement si vous optez pour l'assurance des personnes à charge.

Ne remplir cette section pour la ou les personnes qui demandent l'assurance.

Remplir la section 2.4 ou la section 2.5, ou les deux, s'il y a lieu et ajouter des commentaires à ces questions.

### 2.1 Renseignements généraux sur le participant

Nom du participant (prénom) (nom de famille)		Date de naissance (j/m/a)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	N° du contrat
Adresse du participant (numéro et rue)			N° d'appartement/de bureau	
Ville		Province	Code postal	
Si nous avons besoin de renseignements supplémentaires, nous vous contacterons au numéro suivant :				
N° de téléphone du participant (maison)		N° de téléphone du participant (bureau)		
( )		( )		
<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir		

### 2.2 Renseignements généraux sur les personnes à charge du participant

Nom du conjoint (prénom) (nom de famille)	Date de naissance (j/m/a)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom de l'enfant (prénom) (nom de famille)	Date de naissance (j/m/a)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom de l'enfant (prénom) (nom de famille)	Date de naissance (j/m/a)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom de l'enfant (prénom) (nom de famille)	Date de naissance (j/m/a)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme

### 2.3 Renseignements médicaux

Pour chaque réponse affirmative donnée aux questions, veuillez fournir plus de précisions à la page suivante. Indiquer les dates, le traitement et les médicaments.

	Participant	Conjoint	Enfant(s)
1. Avez-vous un médecin traitant régulier? (si oui, précisez le nom, l'adresse, la date de la dernière consultation et la raison)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2. Vous faites-vous faire un bilan de santé chaque année? (si oui, précisez la date du dernier bilan et les résultats)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous absenté de votre travail en raison d'une maladie ou de blessures? (si oui, indiquez les dates et la raison)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4. Au cours des trois dernières années, avez-vous :			
a) Été admis à un hôpital ou à une clinique comme patient (sauf pour grossesse ou accouchement) pour plus de cinq jours consécutifs?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
b) Reçu des prestations d'invalidité couvrant une période d'au moins trois mois?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
c) Vous a-t-on déjà refusé de l'assurance-vie ou de l'assurance-invalidité? (si oui, précisez le nom de la société d'assurance, la date et la raison)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
d) Vous a-t-on déjà offert de l'assurance-vie ou de l'assurance-invalidité dans la catégorie de risque aggravé? (si oui, précisez le nom de la société d'assurance, la date et la raison)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5. Avez-vous fait usage de produits du tabac au cours des 12 derniers mois?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6. Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait usage, sans ordonnance médicale, de cocaïne, d'héroïne ou d'autres narcotiques, de marijuana, de LSD ou d'amphétamines?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7. Faites-vous usage de boissons alcooliques?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
a) Précisez la consommation moyenne par semaine : N <sup>bre</sup> de consommations :			
Bière :	_____	_____	_____
Vin :	_____	_____	_____
Spiritueux :	_____	_____	_____
b) Vous a-t-on déjà conseillé de consommer moins d'alcool ou de vous en abstenir?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Qui _____ (ex., conjoint, ami, médecin, etc.)			
Raison _____			
Date _____			

Suite à la page suivante

# Déclaration d'état de santé (Assurance-vie facultative seulement)

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

	Participant	Conjoint	Enfant(s)
8. 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)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9. Souffrez-vous de diabète ou d'une anomalie de la glycémie?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
a) Traitement actuel?			
insuline :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
médicament oral :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
diète seulement :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
b) Indiquez les résultats des 3 dernières épreuves de glycémie	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
10. a) Taille	<input type="checkbox"/> _____ pi et po <input type="checkbox"/> _____ m et cm	<input type="checkbox"/> _____ pi et po <input type="checkbox"/> _____ m et cm	<input type="checkbox"/> _____ pi et po <input type="checkbox"/> _____ m et cm
b) Poids	<input type="checkbox"/> _____ lb <input type="checkbox"/> _____ kg	<input type="checkbox"/> _____ lb <input type="checkbox"/> _____ kg	<input type="checkbox"/> _____ lb <input type="checkbox"/> _____ kg
11. Au cours des trois dernières années, avez-vous reçu un traitement, consulté un médecin ou un autre praticien au sujet des affections suivantes ou a-t-on diagnostiqué chez vous l'une ou l'autre de ces affections :			
a) Cancer, tumeur, leucémie, hypertrophie des glandes ou des ganglions lymphatiques?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
b) Troubles cardiaques ou maladies circulatoires?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
c) Troubles du foie ou hépatite?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
d) Troubles rénaux?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
e) Troubles pulmonaires ou respiratoires (y compris l'asthme)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
f) Troubles neurologiques?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
g) Troubles psychiatriques ou psychologiques (y compris anxiété, dépression, panique)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
h) Syndrome de fatigue chronique ou fibromyalgie?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
i) Troubles de l'appareil locomoteur, troubles osseux ou articulaires (y compris l'arthrite)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
j) Maux de dos, maux de cou?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
k) Hypertension ou hypercholestérolémie? (si oui, indiquez ci-dessous les résultats des trois dernières mesures)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
l) Troubles gastro-intestinaux (y compris œsophage, colon, intestins)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
12. Avez-vous déjà subi des tests indiquant que vous êtes atteint du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou du syndrome associé au SIDA (SAS) ou que vous êtes porteur du SIDA?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
13. Avez-vous déjà souffert d'une crise cardiaque ou infarctus du myocarde?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
14. Avez-vous déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
15. Avez-vous déjà subi une greffe d'organe?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Pour chaque réponse affirmative donnée aux questions de la section précédente, veuillez fournir plus de précisions.

Utilisez au besoin des feuilles supplémentaires que vous n'oubliez pas de signer, de dater et d'agrafer au présent formulaire.

### 2.4 Renseignements médicaux supplémentaires – Participant

Question Précisions

Question	Précisions

# Déclaration d'état de santé (Assurance-vie facultative seulement)

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

Utilisez au besoin des feuilles supplémentaires que vous n'oubliez pas de signer, de dater et d'agrafer au présent formulaire.

### 2.5 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 cette section.

Dans la présente déclaration et autorisation, le mot «je» s'entend du participant, du conjoint et des enfants à charge de 18 ans et 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 utiliser et à échanger des renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au régime avec toute personne physique ou morale qui possède des renseignements pertinents à mon sujet, ou au sujet des personnes à ma charge de 18 ans et moins, 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 et tout tiers gestionnaire retenu par le promoteur du régime pour administrer ce contrat collectif.

Si j'ai la qualité de conjoint du participant ou de personne à sa charge de 18 ans et 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 de mon 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 (j/m/a)
Signature du conjoint X	Date (j/m/a)
Signature de l'enfant à charge de 14 ans ou plus X	Date (j/m/a)
Signature de l'enfant à charge de 14 ans ou plus X	Date (j/m/a)

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.

**Faites parvenir le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante dans une enveloppe portant la mention «Confidentiel» et conservez-en une copie pour vos dossiers.**

**Si votre siège social est situé à Ottawa,  
au Québec ou dans une province de l'Est :**  
**Téloc. : 514 954-1081**  
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie  
Tarification médicale  
Confidentiel  
CP 11010 Succ CV  
Montréal QC H3C 4T9

**Si votre siège social est situé ailleurs :**  
**Téloc. : 519 888-3477**  
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.