

# Proposition d'assurance contre les maladies graves

VIGILIS 



## Regroupement des Cabinets de Courtage d'Assurance du Québec

Écrire lisiblement  
EN CARACTÈRES  
D'IMPRIMERIE

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

### 1 Renseignements généraux

#### Admissibilité :

Tous les membres du regroupement les employés des cabinets membres et leurs conjoints, qui résident au Canada et qui n'ont pas atteint l'âge de 60 ans.

#### Renseignements personnels

|  |             |   |  |                                |
|--|-------------|---|--|--------------------------------|
| Prénom   | Initiale    | Nom de famille  | <input type="checkbox"/> Homme<br><input type="checkbox"/> Femme                   | Date de naissance (jj-mm-aaaa) |
| Nom à la naissance   |             | <input type="checkbox"/> Français<br><input type="checkbox"/> Anglais   | Lieu de naissance (province)   | Lieu de naissance (pays)       |
| <input type="checkbox"/> Non-fumeur<br><input type="checkbox"/> Fumeur |             | Par <i>non-fumeur</i> , il faut entendre que vous n'avez pas utilisé de produits du tabac, ni d'auxiliaires antitabagiques au cours des 12 derniers mois. |  |                                |
| Adresse (numéro et rue)  |             |   | Appartement ou bureau  |                                |
| Ville  |             | Province  | Code postal  |                                |
| Téléphone (bureau)   | Télécopieur |   | Adresse électronique   |                                |
| Nom du cabinet participant   |             | Numéro de membre  | <input type="checkbox"/> Membre<br><input type="checkbox"/> Employé(e) d'un membre |                                |

### 2 Couverture demandée

Minimum 20 000 \$ -  
Maximum 300 000 \$  
(multiple de 10 000 \$)

#### Assurance contre les maladies graves

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| Couverture demandée à ce moment-ci | \$ |
|------------------------------------|----|

Minimum 20 000 \$ -  
Maximum 300 000 \$  
(multiple de 10 000 \$)

#### \*Assurance du conjoint contre les maladies graves

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| Couverture demandée à ce moment-ci | \$ |
|------------------------------------|----|

\*La couverture ne peut être supérieure à celle de l'adhérent.

### 3 Renseignements sur les assurances

À l'heure actuelle, possédez-vous une assurance maladies graves prévue par des contrats individuels ou collectifs ou par des contrats de travail ou d'association, ou avez-vous présenté une demande en vue de souscrire ce genre d'assurance?  
 Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

| Montant de l'assurance | Compagnie d'assurance | Date de souscription (jj-mm-aaaa) |
|------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| \$                     |                       | - -                               |

Si l'assurance faisant l'objet de la présente proposition est établie, mettez-vous fin à l'assurance en vigueur?

Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements qui suivent sur l'assurance qui prendra fin.

| Compagnie | Type de couverture | Montant |
|-----------|--------------------|---------|
|           |                    | \$      |

### 4 Renseignements financiers

| Revenu annuel net de l'adhérent | Revenu annuel net du conjoint (s'il demande la couverture) |
|---------------------------------|--|
| \$                              | \$   |

## 5 Déclaration d'assurabilité

### 5.1 Antécédents médicaux

#### Renseignements sur l'adhérent

Si vous n'en avez pas, inscrire «aucun».

|  |  |   |                                   |   |  |
|--|--|---|-----------------------------------|---|--|
| Taille<br>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"/> Gain <input type="checkbox"/> Perte <input type="checkbox"/> Aucun changement    |  |
| Nom du médecin traitant habituel                               |  |   | Adresse (numéro et rue)           |   |  |
| Ville  |  | Province  | Code postal                       | Raison du changement de poids   |  |
| Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa)                  |  |   | Motif de la dernière consultation |   |  |
| — —  |  |   |                                   |   |  |
| Diagnostic, traitement suivi, résultats, médicaments prescrits |  |   |                                   |   |  |

Est-ce que le médecin traitant nommé ci-dessus dispose de votre dossier médical le plus complet?  Oui  Non  
 Dans la négative, indiquez le nom et l'adresse du médecin qui dispose de votre dossier médical le plus complet.

|  |
|--|
|  |
|--|

#### Renseignements sur le conjoint

Veuillez remplir cette section pour inscrire votre conjoint à l'assurance.

|  |                |                                   |   |  |
|--|----------------|-----------------------------------|---|--|
| Prénom   | Initiale       | Nom                               | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme   | Date de naissance (jj-mm-aaaa)   |
| Lieu de naissance (pays)   |                | Lieu de naissance (province)      |   |  |
| Nom à la naissance (le cas échéant)  | Taille (pi/po) | Poids (lb/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 |
| <input type="checkbox"/> Non-fumeur Par non-fumeur, il faut entendre que vous n'avez pas utilisé de produits du tabac, ni d'auxiliaires antitabagiques au cours des 12 derniers mois.<br><input type="checkbox"/> Fumeur |                |                                   |   |  |
| Nom et adresse du médecin traitant habituel  |                |                                   | Raison du changement de poids   |  |
| Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa)  |                | Motif de la dernière consultation |   |  |
| — —  |                |                                   |   |  |
| Diagnostic, traitement suivi, résultats, médicaments prescrits   |                |                                   |   |  |

Si vous n'en avez pas, inscrire «aucun».

Est-ce que le médecin traitant nommé ci-dessus dispose de votre dossier médical le plus complet?  Oui  Non  
 Dans la négative, indiquez le nom et l'adresse du médecin qui dispose de votre dossier médical le plus complet.

|  |
|--|
|  |
|--|

### 5.2 Antécédents familiaux

Votre père ou mère naturels, ou l'un ou l'autre de vos frères ou sœurs naturels, ont-ils déjà souffert de l'une ou l'autre des maladies suivantes : cancer, maladie du coeur, accident vasculaire cérébral, hypertension artérielle, diabète, maladie polykystique des reins ou autre maladie des reins, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, chorée de Huntington, ou toute autre maladie héréditaire?

**Adhérent**

**Conjoint**

Oui  Non  Oui  Non

#### Antécédents familiaux de l'adhérent

#### Antécédents familiaux du conjoint

|          | Affection ou diagnostic | 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) |                         |                            |  |                              |
| Soeur(s) |                         |                            |  |                              |

|          | Affection ou diagnostic | 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) |                         |                            |  |                              |
| Soeur(s) |                         |                            |  |                              |

**5.3 Renseignements médicaux**

Avez-vous déjà souffert de l'une ou l'autre des affections suivantes :

|   | <b>Adhérent</b>   | <b>Conjoint</b>   |
|---|---|---|
| a) douleurs à la poitrine, crise cardiaque, anomalie décelée à un électrocardiogramme, hypertension artérielle, arythmie, souffle cardiaque, taux élevé de cholestérol, ou toute maladie ou tout trouble du coeur ou de l'appareil circulatoire?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| b) accident vasculaire cérébral, accident ischémique, paralysie, convulsions, épilepsie, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, troubles du cerveau ou du système nerveux?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| c) diabète, présence de sucre, sang ou protéines dans les urines, maladie des reins, des voies urinaires, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux, y compris présence d'une masse ou d'un kyste au sein ou tout changement aux seins, biopsie ou anomalie décelée à la mammographie? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| d) tumeur, cancer, polypes, ou autre néoplasme, maladie de la peau ou troubles des ganglions lymphatiques, troubles sanguins ou toute autre forme de maladie maligne?   | <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, maladie ou affection des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge (y compris la perte de l'usage de la parole), colite ou toute autre affection du côlon, des intestins, de l'estomac ou du foie?                              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| f) fatigue chronique, douleurs dans le cou ou dans le dos, affection de la colonne vertébrale, des os, des muscles ou des articulations, fibromyalgie, rhumatisme, arthrite ou lupus?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| g) troubles mentaux ou nerveux, phobies, épuisement professionnel, dépression, stress, anxiété ou attaques de panique, troubles du comportement alimentaire ou autres troubles émotionnels ou psychiatriques, ou avez-vous consulté quelqu'un à ce sujet?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| h) affections, maladies, troubles ou blessures non indiqués ci-dessus?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| i) Avez-vous subi des tests indiquant que vous êtes porteur du virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Les questions suivantes s'adressent à vous ainsi qu'à votre conjoint (s'il doit être assuré).  
Au cours des cinq dernières années :

|   | <b>Adhérent</b>   | <b>Conjoint</b>   |
|---|---|---|
| j) Avez-vous consulté un médecin, un chiropraticien, un psychologue, un physiothérapeute, un psychiatre ou tout autre professionnel de la santé ou été admis dans un hôpital ou un établissement semblable?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| k) Avez-vous présenté des symptômes ou a-t-on constaté quelque anomalie que ce soit, ou vous a-t-on conseillé de subir d'autres examens ou des tests diagnostiques, de vous faire hospitaliser ou de vous faire opérer?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| l) Avez-vous subi un électrocardiogramme, des examens sanguins, des radiographies ou d'autres examens diagnostiques?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| m) Avez-vous subi une intervention chirurgicale, suivi un traitement ou une diète spéciale, souffert d'une maladie, d'un malaise, d'une anomalie ou d'une blessure?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| n) À votre connaissance, avez-vous été atteint d'une maladie ou d'une déficience physique, ou suivez-vous actuellement un traitement ou prenez-vous des médicaments?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| o) Vous a-t-on recommandé de subir des examens, des tests diagnostiques ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas encore été effectués ou de vous faire hospitaliser, ressentez-vous des symptômes ou des malaises pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

**5.4 Autres renseignements**

**Adhérent**

- a) Consommez-vous des boissons alcoolisées?  
 Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nombre de verres pour chaque catégorie.

| Consommation | Vin | Bière | Spiritueux |
|--------------|-----|-------|------------|
| Quotidienne  |     |       |            |
| Hebdomadaire |     |       |            |
| Mensuelle    |     |       |            |

**Conjoint (s'il demande la couverture)**

- Consommez-vous des boissons alcoolisées?  
 Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nombre de verres pour chaque catégorie.

| Consommation | Vin | Bière | Spiritueux |
|--------------|-----|-------|------------|
| Quotidienne  |     |       |            |
| Hebdomadaire |     |       |            |
| Mensuelle    |     |       |            |

|  | Adhérent  | Conjoint  |
|--|---|---|
| b) Votre consommation d'alcool a-t-elle déjà été substantiellement supérieure à ce qui est indiqué ci-dessus?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   |
| c) Avez-vous déjà consulté un médecin, suivi un traitement, été conseillé, été accusé de conduite avec facultés affaiblies ou été arrêté par suite de l'usage d'alcool ou de drogues?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   |
| d) A-t-on déjà suspendu votre permis de conduire ou avez-vous déjà été trouvé coupable de conduite en état d'ébriété ou avec facultés affaiblies?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   |
| e) Avez-vous commis trois infractions au code de la circulation ou plus au cours des trois dernières années?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   |
| f) Avez-vous déjà fait usage de sédatifs, d'analgésiques, d'hypnotiques, de tranquillisants ou de stimulants?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   |
| g) Avez-vous déjà fait usage de marijuana, de haschich, de cannabis, de cocaïne, de narcotiques, d'hallucinogènes, d'héroïne, de barbituriques, ou cherché à obtenir ou reçu 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                   |
| h) Avez-vous déjà fait usage de produits du tabac ou d'auxiliaires antitabagiques?<br>Dans l'affirmative, indiquez la date à laquelle vous avez cessé d'en faire usage.  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>(mm-aaaa)<br>- | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>(mm-aaaa)<br>- |
| i) Vous êtes-vous déjà vu refuser, ajourner, offrir moyennant surprime, annuler, résilier ou modifier en quoi que ce soit une assurance maladies graves, ou vous a-t-on déjà refusé un renouvellement ou une remise en vigueur de ces assurances?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   |
| j) Avez-vous déjà présenté une demande de règlement ou touché des prestations, une rente ou des indemnités en raison d'une maladie ou d'un accident?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   |
| k) Pilotez-vous un appareil de navigation aérienne, ou exercez-vous ou prévoyez-vous exercer des activités dangereuses, notamment le parachutisme, le vol libre, la plongée autonome, l'alpinisme, l'escalade ou la course d'automobiles ou de motos?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   |
| <b>Femmes seulement :</b>  |   |   |
| l) Êtes-vous enceinte?<br>Dans l'affirmative, indiquez la date prévue de l'accouchement.   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>(mm-aaaa)<br>- | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>(mm-aaaa)<br>- |
| m) Avez-vous déjà souffert de complications de la grossesse (ex. : fausse couche, prééclampsie, césarienne)?   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   |



## 6 Paiement des primes - Prélèvements bancaires (PB)

Veillez remplir cette partie.

|                               |          |                |
|-------------------------------|----------|----------------|
| Prénom du titulaire du compte | Initiale | Nom de famille |
|-------------------------------|----------|----------------|

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 le Groupe Vigilis (Vigilis) à prélever la prime mensuelle de 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 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 Vigilis 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 lorsque Vigilis ne peut effectuer un prélèvement sur votre compte.

La présente autorisation reste en vigueur jusqu'à ce que Vigilis 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 10 jours ouvrables avant le prochain prélèvement prévu. Vous pouvez obtenir un modèle de formulaire d'annulation de DPA ou en savoir plus sur votre droit d'annuler une entente de DPA auprès de votre institution financière ou en visitant le [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Vigilis 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, communiquez avec votre institution financière ou visitez le [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Le Groupe Vigilis  
2540, boul. Daniel-Johnson, bureau 200  
Laval (Québec) H7T 2S3  
1 888 682-7772

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

|                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Signature du titulaire du compte<br>X | Date (jj-mm-aaaa)<br>- - |
| Signature du titulaire du compte<br>X | Date (jj-mm-aaaa)<br>- - |

- **N'envoyez pas d'argent avec cette demande. Vous recevrez un relevé de prime.**
- **Veillez annexer à la présente un chèque spécimen portant la mention «nul».**

## 7 Déclaration et autorisation

Veillez lire cette partie et signer à l'endroit prévu à cette fin.

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.

Je déclare avoir lu et détaché et avoir en ma possession 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, ses mandataires, fournisseurs de service et le gestionnaire du régime à utiliser et à échanger des renseignements nécessaires à la tarification ou à la gestion administrative, ou au règlement des prestations se rapportant à la présente assurance avec toute personne physique ou morale qui possède des renseignements pertinents à mon sujet en ce qui concerne l'examen de la présente proposition, notamment les professionnels de la santé et les établissements médicaux, le MIB, les agences d'enquête, les assureurs et les réassureurs.

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

|                              |                    |                            |  |
|------------------------------|--------------------|----------------------------|--|
| Signature de l'adhérent<br>X |                    | Signature du conjoint<br>X |  |
| Signé à (ville)              | Signé à (province) | Date (jj-mm-aaaa)<br>— —   |  |

## 8 Autorisation de transmettre des renseignements

Veillez lire cette partie et signer à l'endroit prévu à cette fin.

La présente autorisation peut être remise à des intermédiaires fournissant des services en vue d'obtenir des renseignements.

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires, les personnes qui lui fournissent des services, notamment les professionnels de la santé et les établissements médicaux, le MIB, les agences d'enquête, les assureurs et les réassureurs, ainsi que le gestionnaire du régime à utiliser et à échanger les renseignements pertinents qu'ils possèdent à mon sujet en ce qui concerne la présente proposition, aux fins de la tarification ou de la gestion administrative de l'assurance et du règlement des prestations se rapportant à celle-ci.

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

|                              |                    |                            |  |
|------------------------------|--------------------|----------------------------|--|
| Signature de l'adhérent<br>X |                    | Signature du conjoint<br>X |  |
| Signé à (ville)              | Signé à (province) | Date (jj-mm-aaaa)<br>— —   |  |

Veillez détacher et conserver l'avis ci-dessous.

## 9 Avis relatif au Medical Information Bureau

Veillez détacher et conserver le présent avis.

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'assurances 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

