

# Aanvraagformulier voor een persoonlijke ziektekostenverzekering

In deze aanvraag verwijzen u en uw naar de voorgestelde verzekerde en de aanvrager. *Wij, ons, onze* En *het bedrijf* verwijzen naar Sun Life Assurance Company uit Canada, een lid van de Sun Life Financial-bedrijvengroep.

Voor SLF-gebruik:  
ID nummer

## 1 Informatie over sollicitanten

De voorgestelde verzekerde is aanvrager. Om vertragingen te voorkomen, kunt u online een aanvraag indienen op [www.sunlife.ca/personalhealth](http://www.sunlife.ca/personalhealth).

Voornaam		Achternaam			
Postadres (straatnummer en naam)					Appartement of suite
Stad					Provincie
					Postcode
Telefoonnummer thuis	Telefoonnummer werk	Seks <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk	Geboortedatum (dd-mm-jjjj)	Hoogte <input type="checkbox"/> ft/in <input type="checkbox"/> m/cm	Gewicht <input type="checkbox"/> pond. <input type="checkbox"/> kg
Als u geen inwoner van Quebec bent: Heeft u een provinciale zorgdekking? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		Elk gewichtsverlies van 10 pond. (4,5 kg) of meer in het afgelopen jaar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee			Taal voorkeur <input type="checkbox"/> Engels <input type="checkbox"/> Frans
Als u inwoner bent van Quebec, vul dan rubriek 6 in <b>Alleen inwoners van Quebec: Bevestiging van dekking via een groepsvoordelenplan of via Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)</b>					

## 2 De dekking die u aanvraagt

### ☐ Basisplan

- Optioneel voordeel – semi-privé ziekenhuiskamer **Standaard** ☐ Ja ☐ Nee

### ☐ abonnement

- Optioneel voordeel – semi-privé ziekenhuiskamer ☐ Ja ☐ Nee
- Optioneel voordeel – tandheelkunde ☐ Ja ☐ Nee

### ☐ Verbeterd plan

- Optioneel voordeel – semi-privé ziekenhuiskamer ☐ Ja ☐ Nee
- Optioneel voordeel – tandheelkunde ☐ Ja ☐ Nee

### Datum waarop uw dekking begint (kies er één):

Als u geen keuze maakt, beginnen we met de dekking op de werkdag nadat uw aanvraag is goedgekeurd.

Als wij uw dekking op of na de 28e van een maand goedkeuren, gaat uw dekking in op de eerste werkdag van de volgende maand.

- ☐ De dekking gaat in op de werkdag nadat uw aanvraag is goedgekeurd.

- ☐ Vertel ons op welke toekomstige datum u uw dekking wilt laten ingaan

(dd-mm-jjjj)

Deze datum moet tussen de 1e en de 28e van de maand liggen. Deze datum mag niet meer dan 60 dagen vanaf vandaag liggen. Als wij uw aanvraag na de door u gekozen datum goedkeuren, gaat de dekking in op de werkdag na goedkeuring.

PHIAPPE



### 3 Vermeld de leden van uw gezin voor wie u een dekking wilt afsluiten

Als er meer ruimte nodig is, gebruik dan een apart blad. Zorg ervoor dat elk blad door de aanvrager is ondertekend en gedateerd. Als de voorgestelde verzekerde jonger is dan 16 jaar (18 in Quebec), is de handtekening van de ouder of wettelijk aangewezen voogd vereist.

#### Echtgenoot/partner

Voornaam		Achternaam	
Seks <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk	Geboortedatum (dd-mm-jjjj)	Hoogte <input type="checkbox"/> ft/in <input type="checkbox"/> m/cm	Gewicht <input type="checkbox"/> pond. <input type="checkbox"/> kg
Als u geen inwoner van Quebec bent: Heeft u een provinciale zorgdekking? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		Elk gewichtsverlies van 10 pond. (4,5 kg) of meer in het afgelopen jaar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, reden?	
Als u inwoner bent van Quebec, vul dan rubriek 6 inAlleen inwoners van Quebec: Bevestiging van dekking via een groepsvoordelenplan of via Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)			

#### Kind # 1

Voornaam		Achternaam	
Seks <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk	Geboortedatum (dd-mm-jjjj)	Hoogte <input type="checkbox"/> ft/in <input type="checkbox"/> m/cm	Gewicht <input type="checkbox"/> pond. <input type="checkbox"/> kg
Als u geen inwoner van Quebec bent: Heeft u een provinciale zorgdekking? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		Elk gewichtsverlies van 10 pond. (4,5 kg) of meer in het afgelopen jaar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, reden?	
Als u inwoner bent van Quebec, vul dan rubriek 6 inAlleen inwoners van Quebec: Bevestiging van dekking via een groepsvoordelenplan of via Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)			

#### Kind #2

Voornaam		Achternaam	
Seks <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk	Geboortedatum (dd-mm-jjjj)	Hoogte <input type="checkbox"/> ft/in <input type="checkbox"/> m/cm	Gewicht <input type="checkbox"/> pond. <input type="checkbox"/> kg
Als u geen inwoner van Quebec bent: Heeft u een provinciale zorgdekking? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		Elk gewichtsverlies van 10 pond. (4,5 kg) of meer in het afgelopen jaar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, reden?	
Als u inwoner bent van Quebec, vul dan rubriek 6 inAlleen inwoners van Quebec: Bevestiging van dekking via een groepsvoordelenplan of via Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)			

#### Kind #3

Voornaam		Achternaam	
Seks <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk	Geboortedatum (dd-mm-jjjj)	Hoogte <input type="checkbox"/> ft/in <input type="checkbox"/> m/cm	Gewicht <input type="checkbox"/> pond. <input type="checkbox"/> kg
Als u geen inwoner van Quebec bent: Heeft u een provinciale zorgdekking? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		Elk gewichtsverlies van 10 pond. (4,5 kg) of meer in het afgelopen jaar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, reden?	
Als u inwoner bent van Quebec, vul dan rubriek 6 inAlleen inwoners van Quebec: Bevestiging van dekking via een groepsvoordelenplan of via Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)			

### 4 Persoonlijke informatie

#### 4.1 Algemene informatie

Heeft een aanvraag voor levensverzekeringen, kritieke ziekten, langdurige zorg, invaliditeit, geneesmiddelen, tandarts- of ziektekostenverzekeringennooitop welke manier dan ook geweigerd, beoordeeld of aangepast?

Aanvrager ☐ Ja ☐ Nee      Echtgenoot/partner ☐ Ja ☐ Nee      Kind # 1 ☐ Ja ☐ Nee  
Kind #2 ☐ Ja ☐ Nee      Kind #3 ☐ Ja ☐ Nee

4

Persoonlijke informatie(voortgezet)

Zo ja, geef dan de volgende gegevens op:

Naam familielid	Beslissing	Gegevens (type verzekering, naam maatschappij, datum aanvraag, reden afwijzing, beoordeling of wijziging)
	<input type="checkbox"/> afgewezen <input type="checkbox"/> gewaardeerd <input type="checkbox"/> gewijzigd	
	<input type="checkbox"/> afgewezen <input type="checkbox"/> gewaardeerd <input type="checkbox"/> gewijzigd	
	<input type="checkbox"/> afgewezen <input type="checkbox"/> gewaardeerd <input type="checkbox"/> gewijzigd	
	<input type="checkbox"/> afgewezen <input type="checkbox"/> gewaardeerd <input type="checkbox"/> gewijzigd	

Naam en adres van de gebruikelijke medisch adviseur of medische kliniek (indien verschillend, vermeld dan de individuele medische adviseurs of klinieken voor elk gezinslid afzonderlijk)

4.2 Medische informatie

Als u op alle vragen ja antwoordt, kunt u hieronder meer informatie verstrekken. Vermeld data, behandeling en medicijnen.

	Aanvrager	Echtgenoot/partner	Kinderen)
1. Heb jij ooit met een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg heeft geraadpleegd over het volgende, of een behandeling heeft ondergaan voor of een bekende indicatie heeft gehad voor:			
a) hartaanval, beroerte, transiënte ischemische aanval (TIA), hoge bloeddruk, hoog cholesterolgehalte of andere hart- of bloedsomloopziekte of -stoornis,	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
b) kanker, tumor of andere groei of maligniteit,	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
c) diabetes, verhoogde bloedsuikerspiegel, hyperthyreoïdie, hypothyreoïdie of een andere schildklier-, endocriene of nierziekte of -stoornis,	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
d) zure refluxziekte, prikkelbaredarmsyndroom, colitis, de ziekte van Crohn, hepatitis, cirrose of een andere maag-, darm-, pancreas- of leverziekte of -stoornis,	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
e) astma, emfyseem, chronische obstructieve longziekte (COPD), slaapapneu, allergieën of andere aandoeningen of aandoeningen van de luchtwegen,	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
f) depressie, angst, aandachtstekortstoornis (ADD), eetstoornis, autisme, epilepsie, multiple sclerose, migraine, de ziekte van Alzheimer, dementie of enige andere psychologische, emotionele of zenuwstelselziekte of -stoornis,	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
g) acne, rosacea, eczeem, psoriasis, lupus, sclerodermie of andere huid- of bindweefselziekten of -aandoeningen,	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
h) artritis, fibromyalgie, osteoporose, verlamming, chronische of aanhoudende pijn of enige andere rug-, gewrichts- of bewegingsapparaatziekte of -stoornis,	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

#### 4 Persoonlijke informatie(voortgezet)

i) blindheid, glaucoom, verlies van gezichtsvermogen, doofheid, verminderd gehoor of andere oog- of oorziekte of -stoornis,	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
j) drugs- of alcoholmisbruik?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2. Heb je ooit enig overleg gehad met een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg over, de behandeling van, of een bekende indicatie van AIDS, positief HIV of een immunologische aandoening?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
3. In de afgelopen 5 jaar, heeft u een inkomensvervangende uitkering voor arbeidsongeschiktheid ontvangen, of heeft u een ziekte of letsel gehad waardoor u gedurende een periode van meer dan twee weken uw gebruikelijke activiteiten of beroep niet kunt uitoefenen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4. Behalve voor de omstandigheden die reeds zijn bekendgemaakt in de laatste 2 jaar heeft u een zorgverlener gezien, waaronder een natuurgeneeskundige, fysiotherapeut, massagetherapeut, chiropractor, psycholoog, logopedist of podotherapeut? Zo ja, beschrijf het type beoefenaar en de reden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5. In de afgelopen 2 jaar, is er sprake geweest van een doktersbezoek of ziekenhuisopname, een aanbevolen behandeling of voorgeschreven medicatie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6. Gebruikt u momenteel voorgeschreven medicijnen, medische apparatuur of testapparatuur of verwacht u dit in de toekomst te gaan doen? komende 3 maanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
7. Heeft een zorgverlener tests, behandelingen, onderzoeken, operaties, ziekenhuisopnames of verwijzingen aanbevolen die nog niet zijn afgerond, of wacht u momenteel op de testresultaten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
8. Heeft u klachten waarvoor u nog niet bij een zorgverlener bent geweest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Als u op alle vragen in het vorige gedeelte 'ja' hebt geantwoord, geef dan meer informatie.

Als er meer ruimte nodig is, gebruik dan een apart blad. Zorg ervoor dat elk blad ondertekend en gedateerd is door de aanvrager en de voorgestelde verzekerde. Als de voorgestelde verzekerde jonger is dan 16 jaar (18 in Quebec), is de handtekening van de ouder of wettelijk aangewezen voogd vereist.

Vraag nummer	Naam familielid	Wat was de diagnose?	Datum symptomen of toestand is begonnen (dd-mm-jjjj)	Datum symptomen of voorwaarde beëindigd (dd-mm-jjjj)	Datum van de laatste behandeling/dienst (dd-mm-jjjj)	Type behandeling (vermeld naam en dosering van de medicatie) en naam van de arts

5

Wijze van betalingsinformatie(Wij accepteren geen contante betalingen, prepaid creditcards of Visa-betaalkaarten)

Voor maandelijkse pre-geautoriseerde cheques (PAC), maandelijkse creditcard- of jaarlijkse creditcardbetalingen

Als deze aanvraag wordt goedgekeurd, machtigt u Sun Life Assurance Company of Canada (Sun Life Financial) om in de toekomst geld op te nemen om alle premies te betalen van de rekening die wordt weergegeven op de nietig verklaarde cheque die bij deze aanvraag is gevoegd, van uw creditcard of van een andere rekening die u aanwijst.

Ik begrijp dat mijn eerste maandelijkse betaling van deze rekening of creditcard wordt afgeschreven zodra mijn polis is goedgekeurd. Als ik voor maandelijkse PAC wordt goedgekeurd voor dekking vóór de dag waarop ik de premies wil laten intrekken, weet ik dat mijn tweede maandelijkse premie zal worden ingetrokken op de door mij gekozen datum. Ik begrijp dat dit kan resulteren in twee betalingen binnen de eerste 30 dagen van de dekking.

BELANGRIJK:

U en de betaler, als u dat niet zelf bent, begrijpen en gaan ermee akkoord dat de premies van jaar tot jaar kunnen stijgen en dat wij de polishouder 45 dagen van tevoren op de hoogte stellen van elke premieverhoging. Tenzij u ons anders laat weten, machtigt u ons om het verhoogde premiebedrag van uw bankrekening of creditcard af te schrijven. Ik ga ermee akkoord dat ik verantwoordelijk ben om elke betaler die niet mij is, op de hoogte te stellen van een premieverhoging.

U kunt deze PAC- of creditcardautorisatie annuleren door ons hiervan 10 dagen schriftelijk op de hoogte te stellen.

Voeg hier een ongeldigverklaring met de markering 'VOID' bij. Een ongeldige cheque is de enige betrouwbare bron voor bankinformatie.

Selecteer één optie:

- ☐ Maandelijks, via een vooraf geautoriseerd chequeplan (PAC) van mijn bankrekening op de  dag van elke maand. (De terugtrekkingsdatum moet tussen de 1e en de 28e van elke maand liggen.) Ik heb een ongeldigverklaring bijgevoegd waarop staat welk account moet worden gebruikt.
- ☐ Kredietkaart

☐ Jaarlijks ☐ Maandelijks

Creditcard gegevens

Voornaam	Achternaam	Vervaldatum (mm-jjjj)	Kaarttype <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard
----------	------------	-----------------------	--

Zodra uw polis is goedgekeurd, nemen wij contact met u op om het creditcardnummer te verkrijgen.

- ☐ Jaarlijks per cheque. Ik heb een cheque bijgevoegd voor de premie van één jaar, betaalbaar aan Sun Life Assurance Company uit Canada.

Informatie over de betaler (als de betaler niet de aanvrager is)

Voornaam		Achternaam		Geboortedatum (dd-mm-jjjj)	
Relatie met eigenaar	Voornaam contactpersoon (als bovenstaande naam een bedrijf is)		Achternaam contactpersoon		Telefoon nummer
Adres (straatnummer en naam)				Appartement of suite	
Stad		Provincie	Land		Postcode

6

Alleen inwoners van Quebec:Bevestiging van dekking via een groepsvoordelenplan of via Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Inwoners van Quebec moeten een ziektekostendekking hebben via de Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) om in aanmerking te komen voor een persoonlijke ziektekostenverzekering. Inwoners van Quebec moeten ook een collectieve geneesmiddelendekking hebben en blijven krijgen, aangeboden door een werkgever of via lidmaatschap van een orde of vereniging of, indien niet, via RAMQ om in aanmerking te komen voor een persoonlijke ziektekostenverzekering. Een persoon die niet gedekt is door een groepsvoordelenplan of via RAMQ komt niet in aanmerking voor dekking onder deze polis. Alle claims voor geneesmiddelen op recept moeten eerst worden ingediend bij uw groepsuitkeringsaanbieder of RAMQ; elk resterende onbetaalde deel dat in aanmerking komt op grond van deze polis kan vervolgens ter terugbetaling worden ingediend bij Sun Life Financial.

Selecteer het juiste antwoord:

- ☐ Ik bevestig dat ik (en mijn partner/familieleden indien van toepassing) de RAMQ geneesmiddelenverzekering op recept en de RAMQ Medi-Care-verzekering heb en zal blijven hebben.
- ☐ Ik bevestig dat ik (en mijn echtgeno(o)t(e)/familieleden indien van toepassing) de geneesmiddelenverzekering op recept heb en zal blijven hebben via een groepsvoordelenplan en dat ik de RAMQ Medi-Care-verzekering heb:

Naam groepsverzekeraar	Groepsbeleidsnummer	Groepscertificaat
------------------------	---------------------	-------------------

**6 Alleen inwoners van Quebec: Bevestiging van dekking via een groepsvoordelenplan of via Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). (voortgezet)**

Voordelen verzekerd onder dit plan:

Geneesmiddel op recept ☒ Ja ☐ Nee      Aanvullende gezondheid ☐ Ja ☐ Nee      Tandheelkundig ☐ Ja ☐ Nee

Voor naam van het gezinslid dat verzekerd is onder deze collectiviteit	Achter naam
Voor naam van het gezinslid dat verzekerd is onder deze collectiviteit	Achter naam
Voor naam van het gezinslid dat verzekerd is onder deze collectiviteit	Achter naam

Ik begrijp dat ik/wij eerst claims op het groepsplan moet/moeten indienen. Eventuele resterende claims moeten ter coördinatie worden ingediend bij Sun Life Financial.

☐ Ik heb geen RAMQ medi-care- en RAMQ-geneesmiddelenverzekering of groeps-geneesmiddelenverzekering op recept. Ik wil niet doorgaan met mijn aanvraag.

*Persoonlijke ziektekostenverzekering is geen vervanging voor RAMQ; daarom kunt u zich niet afmelden voor RAMQ omdat u een persoonlijke ziektekostenverzekering heeft. U moet een RAMQ-geneesmiddelenverzekering op recept afsluiten als uw groepsdekking voor geneesmiddelen eindigt en u geen toegang heeft tot een andere groepsdekking voor geneesmiddelen.*

**7 Erkenning en akkoord voor de Persoonlijke Ziektekostenverzekering**

Lees en onderteken dit gedeelte.

Het opzettelijk vervalsen, verkeerd voorstellen of weglaten van informatie op of met betrekking tot dit formulier vormt fraude en de verleende dekking kan ongeldig worden verklaard.

Erkenning en akkoord: U verklaart dat uw verklaringen in deze aanvraag waar en volledig zijn en dat Sun Life Assurance Company uit Canada ("bedrijf") hierop zal vertrouwen. De aanvraag, polisgegevens en eventuele schriftelijke informatie die u bij deze aanvraag verstrekt, vormen het contract tussen u en het bedrijf. U zult de polis inspecteren wanneer u deze ontvangt, om na te gaan of de voorwaarden ervan bevredigend zijn.

De aanvrager bevestigt dat hij/zij het volgende heeft ontvangen, gelezen en ermee akkoord gaat:

- de financiële privacyverklaring van Sun Life voor Canada, en
- de brochure 'Een duidelijke verbinding - Onze relatie met u' (Alleen van toepassing als uw adviseur een Sun Life Financieel adviseur is).

Verklaring: De aanvrager, echtgeno(o)t(e), gezinsleden en betalers bevestigen:

- (a) zij waren aanwezig toen hun deel van deze aanvraag bij Sun Life Assurance Company uit Canada werd voltooid
- (b) zij hebben al hun antwoorden en verklaringen in deze aanvraag beoordeeld
- (c) deze informatie volledig, volledig en waar is en waarop het bedrijf kan vertrouwen
- d) zij begrijpen en gaan ermee akkoord dat het volgende mogelijk niet onder het contract valt:
  - enig letsel dat is gebeurd op of vóór de datum van deze aanvraag
  - elke ziekte waarvan de symptomen voor het eerst verschenen op of vóór de datum van deze aanvraag
- (e) zij begrijpen en gaan ermee akkoord dat de dekking pas ingaat als uw aanvraag door ons is goedgekeurd. Wij vertellen u of er vanwege uw medische voorgeschiedenis een hogere premie of uitsluiting van de dekking nodig is. U moet de wijzigingen accepteren of uw aanvraag annuleren door middel van een schriftelijke kennisgeving aan ons
- (f) zij begrijpen dat als zij niet al hun vragen volledig, volledig en naar waarheid beantwoorden (als zij een van hun antwoorden of verklaringen verkeerd voorstellen), het bedrijf de polis ongeldig kan verklaren
- (g) zij gaan ermee akkoord dat hun persoonlijke, medische en financiële informatie kan worden gedeeld zoals uiteengezet in de financiële privacyverklaring van Sun Life voor Canada
- (h) zij gaan akkoord met de betalingsmethode, als zij betaler zijn
- (i) zij zijn tevreden over het niveau van de productinformatie dat zij hebben ontvangen voordat zij deze aanvraag ondertekenden en zijn zich daarvan bewust  
Aanvullende productinformatie is voor hen beschikbaar onder het gedeelte 'Producten en diensten' op de website op [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca) of door ons gratis klantenservicecentrum te bellen op 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433), en
- (j) Alle pre-geautoriseerde cheques (PAC) en creditcardbetalers zijn het erover eens:
  - Sun Life Assurance Company uit Canada kan op elk moment inhoudingen doen voor regelmatig terugkerende betalingen en/of eenmalige betalingen.

## 7 Erkenning en akkoord voor de Persoonlijke Ziektekostenverzekering(voortgezet)

tijd tot tijd betalingen uitvoeren vanaf de in deze aanvraag aangegeven creditcard of bankrekening

- alle PAC-opnames worden verwerkt als persoonlijk volgens de regels van de Canadian Payments Association (dit betekent dat ze 90 kalenderdagen de tijd hebben vanaf de datum waarop de betaling is verwerkt, om terugbetaling te claimen voor elke ongeautoriseerde betaling)
- het opnamebedrag wordt als variabel beschouwd volgens de regels van de Canadian Payments Association
- alle kennisgevingen die op grond van deze overeenkomst naar hen moeten worden verzonden, kunnen worden verzonden naar het meest recente adres van de eigenaar dat het bedrijf kent op het moment dat een kennisgeving wordt verzonden
- alle personen waarvan de handtekening vereist is om deze machtiging te ondertekenen, hebben deze aanvraag ondertekend
- het bedrijf kan een vergoeding in rekening brengen of deze polis beëindigen voor elke opname die niet wordt gehonoreerd
- het bedrijf mag deze machtiging niet aan een ander bedrijf of een andere persoon overdragen, zodat deze de rekening van de betaler voor deze betalingen kan debiteren (bijvoorbeeld wanneer er een controlewijziging over het bedrijf heeft plaatsgevonden), zonder dit ten minste tien dagen van tevoren te verstrekken schriftelijke kennisgeving
- zij kunnen deze machtiging op elk moment intrekken, mits zij het bedrijf daarvan tien dagen schriftelijk op de hoogte stellen. Ze moeten contact opnemen met hun financiële instelling over hun rechten met betrekking tot annulering. Een voorbeeldformulier voor herroeping is verkrijgbaar op [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca)
- zij beschikken over bepaalde regresrechten indien een afschrijving niet in overeenstemming is met deze overeenkomst. Ze hebben bijvoorbeeld het recht om terugbetaling te ontvangen voor elke afschrijving die niet is geautoriseerd of niet in overeenstemming is met deze PAC-overeenkomst. Voor meer informatie over hun regresrechten kunnen zij contact opnemen met hun financiële instelling of deze bezoeken [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca), En
- af te zien van de eis dat de onderneming hen op de hoogte stelt van:
  - deze autorisatie voordat de eerste betaling wordt verwerkt,
  - eventuele vervolgbetalingen, en
  - eventuele wijzigingen in het bedrag of de datum van de betaling die door hen of het bedrijf zijn geïnitieerd.

Machtiging aanvrager en aanvullende voorgestelde verzekerden: De aanvrager en aanvullende voorgestelde verzekerden (ouder of wettelijk aangestelde voogd, als aanvullende voorgestelde verzekerde jonger is dan 16 jaar (18 in Quebec) geven toestemming voor:

- elke arts, arts, medisch gerelateerde instelling, verzekeringsmaatschappij, onderzoeksbureaus, het Medical Information Bureau of een andere organisatie, instelling of persoon, inclusief leden van de Sun Life Financial-bedrijvengroep, waartoe dit bedrijf behoort, die gegevens hebben of kennis van de gezondheid van een aanvrager of aanvullende voorgestelde verzekerde, om alleen die informatie te verstrekken die nodig is voor het afsluiten, beheren van verzekeringen en het uitbetalen van claims aan de onderneming, haar vertegenwoordigers en haar herverzekeraars, en
- het bedrijf mag alleen de noodzakelijke persoonlijke informatie die tijdens het acceptatieproces is verkregen, vrijgeven aan zijn persoonlijke arts, het Medisch Informatiebureau, de medisch directeur van een verzekeringsmaatschappij, als er bij dat bedrijf een verzekeringsaanvraag is ingediend, en voor alle besmettelijke of overdraagbare ziekten, ziekte, aan de Medical Officer of Health, indien vereist door de wet.

Een fotokopie van deze ondertekende machtiging is even geldig als het origineel.

Getekend te (Stad)	Ondertekend te (Provincie)	Datum (dd-mm-jjjj)	Handtekening
			Aanvrager X
			Echtgenoot/partner X
			Afhankelijke die de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt (18 in Quebec) X
			Afhankelijke die de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt (18 in Quebec) X
			Betaler (indien betaler geen aanvrager of echtgenoot/partner is) X
			Gezamenlijke bankrekeninghouder (indien de bankrekening gezamenlijk wordt aangehouden) X

## 8 Verklaring adviseur

Ik heb elk van de vragen in deze aanvraag doorgenomen met de aanvrager, de echtgeno(o)t(e)/partner en eventuele personen ten laste die de meerderjarige leeftijd hebben bereikt, en deze aanvraag registreert volledig alle informatie die mij voor deze aanvraag is verstrekt. Voor zover ik weet, worden in de aanvraag alle feiten vermeld die van belang zijn voor de verzekering waarvoor de aanvraag wordt ingediend.

## 8 Verklaring adviseur(voortgezet)

☐ Controleer hier of deze aanvraag per post is ontvangen en niet met de klant is besproken.

Ondertekend bij	Datum (dd-mm-jjjj)	Ondertekening van de adviseur X	
Handtekening van de toezichhouder (alleen Quebec) X	Adviseur nummer	Telefoonnummer adviseur	Faxnummer adviseur

### Bron van prospect:

☐ Internet ☐ Call center ☐ Bestaande klant ☐ Directe marketing

## 9 Belangrijke informatie die u moet weten

### Financiële privacyverklaring van Sun Life voor Canada

Bij Sun Life Financial is het beschermen van uw privacy een prioriteit. Wij houden in onze kantoren een vertrouwelijk dossier bij met persoonlijke informatie over u en uw contract(en) met ons. Onze bestanden worden bewaard met als doel u beleggings- en verzekeringsproducten of -diensten aan te bieden die u zullen helpen uw financiële doelstellingen gedurende uw hele leven te verwezenlijken. Toegang tot uw persoonlijke gegevens is beperkt tot die werknemers, vertegenwoordigers, distributiepartners (zoals adviseurs en hun bedrijven) en externe dienstverleners die verantwoordelijk zijn voor het beheer, de verwerking en het onderhoud van uw contract(en) met ons, onze herverzekeraars of elke andere persoon die u autoriseert. In sommige gevallen kunnen deze personen zich buiten Canada bevinden en kunnen uw persoonlijke gegevens onderworpen zijn aan de wetten van die buitenlandse rechtsgebieden.

Bezoek onze website voor meer informatie over ons privacybeleid [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca), of om informatie te verkrijgen over onze privacypraktijken, kunt u een schriftelijk verzoek per e-mail sturen naar [privacyofficer@sunlife.com](mailto:privacyofficer@sunlife.com), of per post naar Privacy Officer, Sun Life Financial, 225 King St. West, Toronto, ON M5V 3C5.

### Toegang tot uw informatie

Wij of onze herverzekeraars kunnen ook een kort rapport van onze bevindingen indienen bij het Medical Information Bureau (MIB), een non-profitorganisatie van levens- en zorgverzekeraars, die namens haar leden een informatie-uitwisseling uitvoert. Indien de in deze aanvraag genoemde persoon tevens een verzekering aanvraagt of een claim indient bij een andere levens- of zorgverzekeraar die aangesloten is bij de MIB, zal MIB op verzoek aan die verzekeringsmaatschappij de gegevens uit haar dossiers verstrekken.

Voor meer informatie over MIB kunt u hun website bezoeken op [www.mib.com](http://www.mib.com), bel 416-597-0590 of schrijf naar:

Medisch Informatiebureau  
330 University Avenue  
Toronto, Ontario M5G 1R7

U kunt vragen om uw persoonlijke gegevens die bij MIB zijn geregistreerd in te zien en alles te corrigeren dat onjuist of onvolledig is.

### Over Sun Life Financieel

Als toonaangevende internationale financiële dienstverlener zijn we er trots op een breed scala aan producten en diensten voor vermogensopbouw en -bescherming aan te kunnen bieden. Onze wortels gaan terug tot 1865 en Sun Life Financial is actief in belangrijke markten over de hele wereld. Maar het belangrijkste is dat we mensen helpen de gemoedsrust te bereiken en te behouden die voortkomt uit het beschikken over gezonde financiële oplossingen. Als u meer informatie wilt over Sun Life Financial, bezoek dan onze website op [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca) of bel 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433).

### Voordat u deze aanvraag indient, moet u ervoor zorgen dat:

- Hieronder is een ongeldige cheque bijgevoegd als u maandelijks betaalt via een vooraf geautoriseerd chequeplan
- bij betaling met een creditcard is een telefoonnummer inbegrepen waarmee u contact kunt opnemen met de creditcardhouder
- Bij jaarlijkse betaling wordt een cheque voor de jaarpremie bijgevoegd
- alle vragen zijn beantwoord voor elk lid van het gezin dat u gedekt wilt hebben
- voor elk ja-antwoord in het onderdeel Persoonlijke informatie zijn de volledige details, inclusief relevante data, opgenomen
- alle handtekeningen zijn ingevuld, inclusief die van de betaler (indien niet de aanvrager of echtgenoot/partner) en eventuele gezinsleden die de leeftijd van 16 jaar hebben bereikt (18 in Quebec)

**U kunt het ingevulde formulier opsturen of faxen naar onderstaand adres.**

U kunt contact met ons opnemen via:

Sun Life Assurance Company uit Canada



Persoonlijke

ziektekostenverzekering 227 King

Street South PO Box 1601 Stn

Waterloo Waterloo ON N2J 4C5

Telefoon: 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433)

Fax: 1-866-487-4745

[www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca)