

Autorisation de divulgation de renseignements médicaux

Contrat n°

Prénom de la personne à assurer	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
---------------------------------	-----	--------------------------------

En signant le présent document, j'autorise les personnes, les organismes et les établissements mentionnés ci-dessous détenant des dossiers ou des renseignements à mon sujet ou au sujet de mes enfants à assurer, à donner à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, à ses réassureurs et à ses tiers fournisseurs de services, y compris Keyfacts Canada, les renseignements personnels me concernant ou concernant mes enfants :

- médecins et autres professionnels de la santé, hôpitaux, cliniques ou autres établissements médicaux;
- le MIB, Inc. (MIB);
- autres assureurs ou réassureurs;
- agences d'investigation; ou
- autres organismes ou établissements.

Ces renseignements sont nécessaires à la tarification associée à la proposition d'assurance que j'ai présentée, et à la gestion de l'assurance et des demandes de règlement.

Lieu de signature (province)	Date (jj-mm-aaaa)	Signature de la personne à assurer (si âgée de 16 ans ou plus [14 ans ou plus au Québec]) X
Lieu de signature (province)	Date (jj-mm-aaaa)	Signature du père, de la mère ou du tuteur légal (si la personne à assurer a moins de 16 ans [moins de 18 ans au Québec]) X