

Preuve de décès/Déclaration du médecin



Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
C. P. 1601, succ. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C5

1 Renseignements

Les frais liés à l'obtention de ces renseignements sont à la charge du demandeur. Seul l'original de ce formulaire sera accepté.

Numéro(s) de contrat(s)		
Prénom de la personne décédée		Nom
1.1 Lieu du décès	1.2 Date du décès (jj-mm-aaaa)	1.3 Date de naissance (jj-mm-aaaa)
1.4 Cause du décès		1.5 Date du début des symptômes (jj-mm-aaaa)
1.6 Maladie, blessure ou affection ayant directement mené au décès		1.7 Date du début des symptômes (jj-mm-aaaa)
1.8 Date à laquelle la personne décédée a été avisée de la maladie ou de l'affection ayant directement mené au décès (jj-mm-aaaa)	1.9 Avez-vous traité cette personne ou celle-ci vous a-t-elle consulté au cours des 5 années précédant sa dernière maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
1.10 Date de la première consultation (jj-mm-aaaa)	1.11 Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa)	
1.12 Donnez des précisions, y compris les problèmes de santé et les dates , que ces renseignements soient liés ou non à la cause du décès.		
1.13 Au cours des 5 dernières années, la personne décédée a-t-elle été traitée par d'autres médecins ou dans un autre hôpital ou établissement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si «oui», veuillez indiquer le nom des médecins , le nom de l'hôpital ou de l'établissement , la nature de l'affection et les dates , que ces renseignements soient liés ou non à la cause du décès.		
1.14 Le décès est-il dû à un accident, à un suicide ou à un homicide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si «oui», veuillez préciser. _____		1.15 Y a-t-il eu une autopsie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
1.16 À votre connaissance, la personne décédée a-t-elle déjà fumé ou fait usage de produits contenant du tabac, des auxiliaires antitabagiques ou de la marijuana? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		1.17 La personne décédée a-t-elle déjà cessé de fumer? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si «oui», veuillez indiquer le moment et la durée? _____

2 Attestation

Protection des renseignements personnels

Notre raison d'être est d'aider nos Clients à atteindre une sécurité financière durable et un mode de vie sain. Nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels sur vous pour : concevoir et offrir des produits et services pertinents; améliorer votre expérience et gérer nos activités; effectuer nos activités de tarification et d'administration et l'évaluation des dossiers de règlement; assurer une protection contre la fraude, les erreurs et les fausses déclarations; vous renseigner sur d'autres produits et services; satisfaire aux obligations légales et de sécurité. Nous obtenons ces renseignements directement de vous, lorsque vous utilisez nos produits et services, et d'autres sources. Nous conservons vos renseignements de façon confidentielle et uniquement pour la durée nécessaire. Les personnes qui peuvent y avoir accès comprennent nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers), les fournisseurs de services, nos réassureurs et toute personne que vous aurez autorisée. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur de votre province/territoire. Vos renseignements pourraient alors être régis par les lois en vigueur dans ces endroits. En tout temps, vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, au besoin, les faire corriger. Sauf dans certains cas, vous pouvez retirer votre consentement. Toutefois, cela pourrait nous empêcher de vous fournir le produit ou le service demandé. Pour en savoir plus, lisez notre déclaration mondiale et nos principes directeurs locaux. Pour obtenir un exemplaire, consultez la page www.sunlife.ca/confidentialite ou appelez-nous.

En signant ci-dessous, vous autorisez la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie à divulguer au demandeur ou à toute personne qu'il autorise les renseignements que vous lui avez fournis au sujet de la personne décédée. Si vous croyez qu'une telle divulgation aurait fort probablement des conséquences néfastes sur la santé du demandeur ou pourrait causer du tort à un tiers, veuillez nous en informer par écrit afin que nous puissions déterminer un moyen de communiquer les renseignements.

Nom de famille du médecin qui remplit ce formulaire (en caractères d'imprimerie)	Prénom		
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau	
Ville	Province	Code postal	
Numéro de téléphone du médecin		Numéro de télécopieur du médecin	
Signature du médecin X		Date (jj-mm-aaaa)	