

Autorisation de divulguer de l'information à mon conseiller/spécialiste en ASLD pour les propositions d'assurance-vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance de soins de longue durée

Soumettre le présent formulaire avec la proposition d'assurance. Aucune modification ne peut être apportée au contenu du présent formulaire d'autorisation.

Contrat n°

Dans le présent formulaire, le mot *vous* désigne la personne à assurer. Les mots *nous* ou *la compagnie* désignent la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

Prénom de la personne à assurer	Nom de famille	Date de naissance (jj-mm-aaaa) — —
Prénom du conseiller/spécialiste en ASLD	Nom de famille	Numéro du conseiller/spécialiste en ASLD

But de cette autorisation

En signant ce formulaire, vous nous autorisez à communiquer vos renseignements personnels à votre conseiller/spécialiste en ASLD, qui pourra les utiliser pour vous parler des options d'assurance qui s'offrent à vous.

Nous n'avons pas besoin de cette autorisation pour étudier votre proposition ni pour prendre une décision.

Autorisation

En apposant votre signature ci-dessous, vous autorisez la compagnie à communiquer des renseignements vous concernant :

- qui ont été recueillis dans le contrat susmentionné, et
- uniquement au conseiller/spécialiste en ASLD susmentionné.

Certains des renseignements à votre sujet que nous pourrions communiquer à votre conseiller/spécialiste en ASLD sont les suivants :

- les résultats de tests médicaux et d'analyses de laboratoire;
- des renseignements personnels et confidentiels à propos de maladies, notamment des maladies mentales ou des maladies infectieuses et d'autres troubles médicaux ainsi que l'usage de médicaments ou de drogues, la consommation d'alcool et la réadaptation;
- des renseignements sur votre santé qui sont découverts au cours de l'étude de votre proposition mais dont vous n'étiez pas au courant lorsque vous l'avez remplie;
- des renseignements sur vos antécédents de travail et sur votre situation financière;
- les renseignements sur toute infraction criminelle, le cas échéant; et
- autres particularités et leur incidence sur notre décision de vous accorder l'assurance.

Nous pouvons choisir de ne pas communiquer des renseignements vous concernant que nous avons obtenus d'un médecin ou d'un établissement médical lorsque ces renseignements ne nous ont pas été divulgués durant le cadre de l'étude de la proposition.

Confirmation et signature

En signant ce formulaire, vous confirmez ce qui suit :

- vous avez lu le présent formulaire d'autorisation et vous en avez compris le but;
- vous nous autorisez à communiquer à votre conseiller/spécialiste en ASLD les renseignements dont il est question dans le présent formulaire;
- même si vous avez signé ce formulaire, nous nous réservons le droit de ne pas communiquer à votre conseiller/spécialiste en ASLD des renseignements personnels de nature délicate;
- vous pouvez mettre fin à cette autorisation en tout temps en nous appelant au 1 877 SUN-LIFE (1 877 786-5433); et
- cette autorisation est valable pendant 30 jours après la plus tardive des dates suivantes :
 - (a) date à laquelle nous établissons un nouveau contrat d'assurance ou modifions un contrat d'assurance en vigueur; ou
 - (b) date à laquelle nous vous envoyons par la poste un avis vous informant du refus de votre proposition.

Fait à (ville)	Fait à (province)	Date (jj-mm-aaaa) — —
Signature de la personne à assurer (si âgée de moins de 16 ans [18 ans au Québec], signature du père, de la mère ou du tuteur) X		
Nom en caractères d'imprimerie du père, de la mère ou du tuteur susmentionné (s'il y a lieu)		

Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.