

Demande de renseignements selon le dossier médical

Contrat n°

Preuve n° (réservé au siège social)

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

Je consens à ce que l'hôpital _____ donne, sur demande, à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, tous les renseignements me concernant relatifs aux antécédents médicaux, traitements, rapports de laboratoire, électrocardiographies, radiographies et examens subis à l'hôpital ou au service des consultations externes aux dates suivantes.

Dates visées pour l'autorisation ci-dessus		
Prénom	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa) — —
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal

Je conviens que l'hôpital _____, en accédant à cette demande de renseignements, n'encourt aucune responsabilité de quelque nature que ce soit à mon égard.

Nom (en caractères d'imprimerie)			Lien (si autre que le patient)
Lieu de signature (ville)	Lieu de signature (province)	Date (jj-mm-aaaa) — —	Signature X

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