



Financière Sun Life
C. P. 1601, succ. Waterloo
Waterloo ON N2J 4C5

Télécopieur : 1-866-487-4745
Adresse courriel : DISABLF@sunlife.com

Bonjour,

Nous sommes désolés d'apprendre que vous souffrez d'une maladie.

L'assurance maladies graves couvre différentes affections qui comportent chacune des critères diagnostiques définis. Vous trouverez dans votre contrat des renseignements sur les maladies couvertes. Il explique aussi les critères que vous devez remplir pour avoir droit au montant de l'assurance. Nous vous prions de faire la demande de règlement après avoir satisfait à tous les critères. Avant de faire remplir le formulaire de déclaration du médecin, il pourrait être utile de consulter votre médecin pour vous assurer que la maladie répond à la définition donnée dans votre contrat. Ainsi, vous éviterez d'engager inutilement des frais pour faire remplir le formulaire.

Si vous avez des questions au sujet de la demande de règlement, veuillez appeler au 1-877-786-5433, poste 441-2809, ou nous écrire à l'adresse DISABLF@sunlife.com.

Important : Ne pas retourner cette page avec le formulaire rempli.

Assurance maladies graves – Déclaration du demandeur



Numéro de contrat

Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.

1 Renseignements personnels			
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me}	<input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> M ^{me}	Nom	Prénom
		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Numéro du régime d'assurance-maladie provinciale		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
Adresse (numéro et rue)			Appartement
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone (jour)

2 Renseignements sur la demande de règlement

Votre contrat couvre différentes maladies graves. Pour quelle maladie grave faites-vous une demande de règlement?

--

Avez-vous reçu le diagnostic formel de ce problème de santé? Oui Non

Date d'apparition des premiers symptômes de votre maladie (jj-mm-aaaa)			
Décrivez les symptômes			
Date de votre première consultation d'un médecin pour votre maladie (jj-mm-aaaa)	Date du diagnostic de votre problème de santé (jj-mm-aaaa)	Date de l'intervention chirurgicale, s'il y a lieu (jj-mm-aaaa)	
Nom du médecin consulté		Prénom	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone

Avez-vous subi des examens ou tests liés au diagnostic? Oui Non

Si «oui», donnez des précisions, y compris les dates.

--

Avez-vous déjà souffert d'un problème de santé semblable ou d'un problème de santé connexe? Avez-vous déjà été traité pour l'un ou l'autre?

Oui Non

Si «oui», donnez des précisions, y compris les dates.

--

3 Consultations médicales

Nom de votre médecin	Prénom		
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone

3 Consultations médicales (suite)

Indiquez tous les autres médecins ou spécialistes consultés en lien avec votre maladie.

Nom du médecin	Prénom	Dates des visites (jj-mm-aaaa) Du	au
Adresse			Numéro de téléphone
Nom du médecin	Prénom	Dates des visites (jj-mm-aaaa) Du	au
Adresse			Numéro de téléphone
Nom du médecin	Prénom	Dates des visites (jj-mm-aaaa) Du	au
Adresse			Numéro de téléphone

Si vous avez été traité dans un hôpital ou un établissement de soins de santé, donnez les précisions suivantes.

Nom de l'hôpital ou de l'établissement	Date d'admission (jj-mm-aaaa)
Adresse	Date de sortie (jj-mm-aaaa)
Nom de l'hôpital ou de l'établissement	Date d'admission (jj-mm-aaaa)
Adresse	Date de sortie (jj-mm-aaaa)

4 Renseignements généraux

Est-ce que votre père, votre mère, vos frères ou sœurs ont déjà souffert d'un problème de santé semblable ou connexe?

 Oui Non Si «oui», veuillez fournir les précisions suivantes :

Lien de parenté	Nom du problème de santé	Âge au moment du diagnostic	Année du diagnostic	Date où vous avez été mis au courant pour la première fois du problème de santé

Bénéficiez-vous d'une couverture contre les maladies graves au titre d'un autre contrat d'assurance de la Financière Sun Life ou d'une autre compagnie?

 Oui Non Si «oui», veuillez fournir les précisions suivantes :

Nom de l'assureur	Numéro du contrat	Montant de la prestation \$	Est-ce qu'une demande de règlement a été présentée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
-------------------	-------------------	--------------------------------	--

Fumez-vous ou faites-vous usage de produits du tabac? Oui NonSi «oui», indiquez votre consommation quotidienne : Depuis combien de temps faites-vous usage de tabac? Si «non», avez-vous fait usage de produits du tabac dans le passé? Oui NonSi «oui», à votre connaissance, quand avez-vous cessé de faire usage du tabac?

5 Autorisation

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services à utiliser les renseignements sur la personne assurée ou sur la présente demande de règlement (y compris le dossier médical, les résultats d'autopsie et d'examen toxicologiques ou pathologiques) nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation de la présente demande, à les recueillir auprès des personnes suivantes et à les échanger avec elles : toute personne physique ou morale possédant des renseignements pertinents, y compris les professionnels de la santé, les hôpitaux et autres établissements médicaux, les agences gouvernementales, les régies provinciales de l'assurance-maladie, les institutions, le MIB, Inc., les agences d'enquête, les organismes chargés de l'application de la loi et les compagnies d'assurance ou de réassurance.

Je conviens que le présente autorisation restera en vigueur au-delà de la durée de cette demande de règlement.

Signature de la personne assurée X		Date (jj-mm-aaaa)
Nom du demandeur/bénéficiaire de la prestation		Lien avec la personne assurée
Date (jj-mm-aaaa)	Signature du demandeur/bénéficiaire de la prestation X	

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

Le fait de fournir le présent formulaire au demandeur n'engage nullement la responsabilité de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

Envoyer l'original du formulaire dûment rempli à l'adresse ci-dessous :

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

Vous pouvez envoyer ce formulaire par télécopieur au 1-866-487-4745. Dans ce cas, nous vous conseillons d'en conserver une copie dans vos dossiers pour pouvoir vous y reporter au besoin. Ensuite, veuillez envoyer l'original à l'adresse ci-dessus.

Renseignements importants



Important : Remettre cette page au demandeur.

Protection des renseignements personnels

Pour le groupe Financière Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins juridiques, réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le www.sunlife.ca/confidentialite.