

Obligation de déclarer un cancer ou une tumeur cérébrale bénigne

Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)

À remplir par la personne assurée :

Prénom de la personne assurée	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Contrat numéro	Contrat numéro	Contrat numéro

Je déclare que dans les 90 premiers jours suivant :

- la date de signature de la proposition d'assurance,
- la date du contrat,
- la date de la décision de tarification, si celle-ci est indiquée dans le contrat à la page *Modifications à ce contrat*, ou
- la date de la dernière remise en vigueur du contrat,

j'ai eu, selon le cas :

- un diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne;
- des signes ou des symptômes de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne; ou
- des consultations médicales ou subi des tests menant au diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne.

Déclaration :

Je déclare que la ou les déclarations ci-dessus sont complètes et véridiques et qu'elles font partie intégrante de toute demande de règlement d'assurance maladies graves présentée. Je comprends que si je fais de fausses déclarations, la compagnie peut refuser toute demande de règlement.

J'autorise les médecins et autres professionnels de la santé, les hôpitaux, cliniques et autres établissements médicaux, les compagnies d'assurance, les agences d'investigation, le MIB, Inc. ou tout autre organisme ou établissement, y compris les membres du groupe Financière Sun Life, dont fait partie la compagnie, ou toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements me concernant, à donner à la compagnie, à ses représentants ou à ses réassureurs les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion de l'assurance et à un règlement d'assurance, et ces renseignements seulement.

Province de signature	Date (jj-mm-aaaa)	Signature
	Fait le	Personne assurée X
	Fait le	Propriétaire du contrat X

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

**Les conseillers du réseau de carrière n'ont qu'un seul exemplaire à envoyer : l'original ou une télécopie au numéro sans frais 1-866-487-4745.
Tous les autres conseillers : faites-nous parvenir le document par l'intermédiaire de votre AGP ou des Comptes nationaux.**

FORM277F

