

Demande de renseignements confidentiels au sujet d'un ancien membre des Forces canadiennes

Contrat n°

Prénom de l'ancien membre/de la personne à assurer	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa) — —
--	-----	---------------------------------------

**À l'attention du sous-ministre
Ministère des Anciens Combattants
Ottawa, Canada**

Madame, Monsieur,

J'ai fait une demande d'assurance à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la compagnie). Cette dernière a besoin de renseignements sur mes antécédents médicaux pour pouvoir évaluer ma demande d'assurance. J'autorise le ministère des Anciens Combattants à fournir au directeur médical de la compagnie tous les renseignements qui peuvent être consignés dans les dossiers du ministère sur mes antécédents médicaux, quelle que soit la nature de ces renseignements.

Prénom de l'ancien membre	Nom		
Adresse du domicile (numéro et rue)		Appartement ou bureau	
Ville	Province		Code postal
Matricule	Grade	Unité	
Date d'enrôlement (jj-mm-aaaa) — —		Date de libération/du renvoi (jj-mm-aaaa) — —	
Raison de la libération/du renvoi :			

Veillez agréer mes salutations distinguées.

Lieu de signature (ville)	Lieu de signature (province)	Date (jj-mm-aaaa) — —	Signature de l'ancien membre/de la personne à assurer X
---------------------------	------------------------------	--------------------------	--

**À l'attention du sous-ministre
Ministère des Anciens Combattants
Ottawa, Canada**

Madame, Monsieur,

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, a besoin de renseignements complémentaires sur le dossier médical de cette personne pour terminer l'étude de sa demande d'assurance. Veuillez donc fournir à notre représentant autorisé des précisions concernant la libération ou le renvoi de cette personne des Forces canadiennes et le diagnostic de toute invalidité dont elle a souffert ou souffre actuellement, selon les dossiers de votre ministère.

Veillez agréer mes salutations distinguées.

Lieu de signature (ville)	Lieu de signature (province)	Date (jj-mm-aaaa) — —	Signature du directeur médical de la Financière Sun Life X
---------------------------	------------------------------	--------------------------	---

**Veillez n'envoyer qu'un seul
exemplaire : l'original, ou une télécopie
au numéro sans frais 1-866-487-4745.**