

## Païement anticipé de prestation de décès - Autorisation et déclaration du médecin traitant

**Veillez remplir la section A et B et demander à votre médecin de remplir la section C.**

### A À remplir par le patient

Contrat n°

M.  Mme

Nom :  Mlle

Nom de famille

Prénom

### B Autorisation

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, le ou les gestionnaires du régime ainsi que leurs conseillers et fournisseurs de services à recueillir et à utiliser les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant à l'assurance établie sur la tête de \_\_\_\_\_ (l'assuré(e)), et à les échanger avec toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents relativement à ma demande d'un païement anticipé de prestation de décès, notamment les professionnels de la santé, les organismes gouvernementaux, les organismes responsables des régimes provinciaux d'assurance-maladie, les établissements médicaux, le Medical Information Bureau (MIB), les agences d'enquête, les compagnies d'assurance et de réassurance.

Toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et demeure valide tant que la demande est en cours de traitement.

Signature de la personne assurée

Date

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
jour mois an

### C À remplir par le médecin traitant

1. Antécédents de la maladie et début des symptômes \_\_\_\_\_

2. Veuillez fournir des copies des rapports de pathologie et de laboratoire.

3. Diagnostic \_\_\_\_\_ Date à laquelle le diagnostic a été confirmé \_\_\_\_\_  
jour mois an

4. Votre patient a-t-il été hospitalisé?  Non  Oui

Si la réponse est «oui», veuillez joindre à ce formulaire les comptes rendus d'hospitalisation.

5. Veuillez donner des détails sur la santé actuelle du patient et sur le traitement prescrit. (si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser une feuille supplémentaire)

---

---

---

---

---

Produits établis par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

**Paiement anticipé de prestation de décès - Autorisation et déclaration du médecin traitant**

---

6. Pronostic et espérance de vie \_\_\_\_\_

---

7. Votre patient fume-t-il?  Non  Oui

Si la réponse est «non», a-t-il déjà fumé?  Non  Oui

Si la réponse est «oui», veuillez fournir des détails sur ses antécédents d'usage du tabac, dates où la personne a commencé et a cessé de fumer, etc. \_\_\_\_\_

---

---

---

Les renseignements que vous donnez à la Sun Life, compagnie d'assurance-vie, concernant cette demande d'un paiement anticipé de prestation de décès peuvent être divulgués à la personne assurée ou aux personnes autorisées par elle à recevoir de tels renseignements, à moins que vous nous avisiez par écrit qu'une telle divulgation aurait fort probablement des conséquences néfastes sur la santé de la personne assurée ou qu'une telle divulgation pourrait causer du tort à un tiers.

Nom du médecin qui a rempli ce formulaire \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom

Médecin de famille  Spécialiste (indiquer sa spécialité) \_\_\_\_\_

Adresse du médecin \_\_\_\_\_  
N° et rue numéro du bureau. Ville Province

N° de téléphone du médecin ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Signature du médecin X \_\_\_\_\_ Date 

jour	mois	an			

---