



---

**AUTORISATION DE DIVULGUER LES PREUVES MÉDICALES**

---

À l'attention de la directrice médicale ou du directeur médical  
Équitable  
1, chemin Westmount Nord  
Waterloo (Ontario)  
N2J 4C7

Objet : Numéro de contrat de l'Équitable<sup>MD</sup> \_\_\_\_\_ sur la tête de \_\_\_\_\_

Madame,  
Monsieur,

Veillez fournir la nature des preuves médicales sur laquelle l'Équitable s'est appuyée afin de prendre sa décision au sujet de ma proposition d'assurance récente. Vous pouvez envoyer votre réponse à ma médecin traitante ou mon médecin traitant.

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Personne assurée