



AUTORISATION DE DIVULGUER LES PREUVES MÉDICALES

À l'attention de la directrice médicale ou du directeur médical
L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada
One Westmount Road North
Waterloo (Ontario)
N2J 4C7

Objet : Numéro de contrat de l'Assurance vie Équitable^{MD} _____ sur la tête de _____

Madame,
Monsieur,

Veuillez fournir la nature des preuves médicales sur laquelle l'Assurance vie Équitable^{MD} 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