

---

## CONSENTEMENT ET AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX À L'INTENTION DU CONSEILLER

---

La personne à assurer soussignée consent et autorise l'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (l'« Équitable<sup>MD</sup> ») à communiquer les renseignements liés à ma santé, mon style de vie et ceux d'ordre médical me concernant, que l'Équitable obtient lors de la tarification et du processus d'évaluation, sans égard à la source de tels renseignements médicaux ou liés à la santé ou au style de vie, à ma conseillère ou mon conseiller, \_\_\_\_\_, aux fins d'explications qu'il me transmettra pour toute évaluation défavorable de mon assurabilité.

---

Nom en lettres moulées de la personne à assurer

---

N° de contrat / N° de proposition

---

Signature de la personne à assurer

---

Date