

AUTORISATION À DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS À MON CONSEILLER

Il est interdit de modifier le contenu de la présente autorisation.

Dans le présent formulaire, par vous et votre, nous entendons la personne à assurer. Par nous, notre et la compagnie, nous entendons BMO Société d'assurance-vie.

Proposition n°	Nom légal (prénom, second prénom, nom de famille) de la personne à assurer	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)
Nom du conseiller au complet (prénom, second prénom, nom de famille)		N° code conseiller
Mandataire désigné du conseiller (s'il y a lieu)		

Objet de l'autorisation

En apposant votre signature sur le présent formulaire, vous nous autorisez à discuter de vos renseignements personnels (y compris les renseignements médicaux) avec votre conseiller ou son mandataire désigné qui pourra utiliser ces renseignements pour discuter avec vous des choix qui s'offrent en matière d'assurance.

Nous n'avons pas besoin de la présente autorisation pour étudier votre proposition et prendre une décision.

L'autorisation que vous donnez en signant le présent formulaire

En apposant votre signature ci-dessous, vous autorisez la compagnie à discuter des renseignements que nous avons recueillis à votre sujet dans la proposition dont le numéro figure ci-dessus.

Voici quelques-uns des renseignements dont nous pourrions discuter avec votre conseiller ou son mandataire désigné :

1. Résultats des tests médicaux et des analyses en laboratoire*;
2. Renseignements personnels confidentiels au sujet de la maladie, y compris la maladie mentale, les autres troubles médicaux, la consommation de médicaments, de drogues ou d'alcool et la réadaptation des alcooliques;
3. Autres renseignements au sujet de votre santé découverts au cours de l'étude de votre proposition, mais dont vous n'aviez peut-être pas connaissance au moment de remplir la proposition;
4. Antécédents professionnels et situation financière personnelle;
5. Tout dossier criminel; et
6. Autres faits relatifs à votre vie et l'impact qu'ils ont eu sur notre décision de vous assurer.

*Nous nous réservons le droit ne pas partager tous les renseignements médicaux ou financiers sensibles si nous le jugeons opportun. Nous pourrions choisir de ne pas partager des renseignements sur vous que nous avons obtenus d'un médecin ou d'un établissement médical si lesdits renseignements ne nous ont pas été divulgués dans le cadre du processus d'étude de la proposition.

Votre consentement et votre signature

En signant le présent formulaire, vous confirmez que :

1. Vous avez lu et compris l'objet de la présente autorisation;
2. Vous nous autorisez à discuter des renseignements que renferme ce formulaire avec votre conseiller ou son mandataire désigné;
3. Même si vous avez signé le présent formulaire, nous sommes en droit de ne pas divulguer certains renseignements personnels sensibles à votre conseiller ou à son mandataire désigné;
4. Vous pouvez révoquer la présente autorisation en tout temps par écrit en nous envoyant une lettre à l'adresse susmentionnée; et
5. Vous comprenez que la présente autorisation ne demeure en vigueur que pendant **30 jours** suivant la dernière des dates suivantes :
 - (a) La date à laquelle nous établissons une nouvelle police d'assurance ou modifions une police d'assurance en vigueur, ou
 - (b) La date à laquelle nous vous envoyons un avis pour vous informer que votre proposition a été refusée.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

X _____
 Signature de la personne à assurer ou du parent ou du tuteur consentant
 (Les enfants âgés de 16 ans et plus, ou de 18 ans et plus au Québec, doivent signer le formulaire)

X _____
 Nom en majuscules du parent ou du tuteur consentant dont la signature apparaît ci-dessus
 (le cas échéant)

Une copie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.