

Je _____ en qualité de _____ autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, compagnie de réadaptation, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers au sujet du défunt à fournir à Humania Assurance tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de la demande de règlement.

J'autorise Humania Assurance à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien fondé de la demande de règlement. J'accepte que les renseignements fournis pour cette demande et lors de demandes précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par Humania Assurance pour la gestion de la demande et pour la production de rapports statistiques.

Cette autorisation est valide pour la durée totale de la présente réclamation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

_____	_____
Nom du défunt (en lettres d'imprimerie)	Liquidateur / bénéficiaire (en lettres d'imprimerie)
_____	_____
Police No.	Signature

	Date (JJ/MM/AAAA)

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

4300-018 - 03/2018

Je _____ en qualité de _____ autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, compagnie de réadaptation, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers au sujet du défunt à fournir à Humania Assurance tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de la demande de règlement.

J'autorise Humania Assurance à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien fondé de la demande de règlement. J'accepte que les renseignements fournis pour cette demande et lors de demandes précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par Humania Assurance pour la gestion de la demande et pour la production de rapports statistiques.

Cette autorisation est valide pour la durée totale de la présente réclamation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

_____	_____
Nom du défunt (en lettres d'imprimerie)	Liquidateur / bénéficiaire (en lettres d'imprimerie)
_____	_____
Police No.	Signature

	Date (JJ/MM/AAAA)

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

4300-018 - 03/2018

Je _____ en qualité de _____ autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, compagnie de réadaptation, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers au sujet du défunt à fournir à Humania Assurance tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de la demande de règlement.

J'autorise Humania Assurance à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien fondé de la demande de règlement. J'accepte que les renseignements fournis pour cette demande et lors de demandes précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par Humania Assurance pour la gestion de la demande et pour la production de rapports statistiques.

Cette autorisation est valide pour la durée totale de la présente réclamation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

_____	_____
Nom du défunt (en lettres d'imprimerie)	Liquidateur / bénéficiaire (en lettres d'imprimerie)
_____	_____
Police No.	Signature

	Date (JJ/MM/AAAA)

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

4300-018 - 03/2018



Authorization in the event of death

I _____ in quality of _____ authorize any health care professional, hospital, clinic, pharmacist, provincial health insurance plan, rehabilitation agency, insurer, employer or any other person or organization in possession of information concerning the deceased to release to Humania Assurance all medical, financial or other information deemed relevant in the assessment of the claim.

I authorize Humania Assurance to conduct all necessary investigations required in order to verify the validity of the claim. I accept that Humania Assurance will use the information provided for this claim and any prior claims under the same plan for the management of the claim and for production or statistical reports.

This authorization is valid for the complete duration of the present claim. A photocopy of this authorization is a valid as the original.

Name of the deceased (please print)

Liquidator / beneficiary (please print)

Policy no.

Signature

Date (YYYY/MM/DD)

Humania Assurance Inc., 1555 Girouard Street West, P.O. Box 10000, Saint-Hyacinthe, Quebec J2S 7C8

4300-018 - 03/2018



Authorization in the event of death

I _____ in quality of _____ authorize any health care professional, hospital, clinic, pharmacist, provincial health insurance plan, rehabilitation agency, insurer, employer or any other person or organization in possession of information concerning the deceased to release to Humania Assurance all medical, financial or other information deemed relevant in the assessment of the claim.

I authorize Humania Assurance to conduct all necessary investigations required in order to verify the validity of the claim. I accept that Humania Assurance will use the information provided for this claim and any prior claims under the same plan for the management of the claim and for production or statistical reports.

This authorization is valid for the complete duration of the present claim. A photocopy of this authorization is a valid as the original.

Name of the deceased (please print)

Liquidator / beneficiary (please print)

Policy no.

Signature

Date (YYYY/MM/DD)

Humania Assurance Inc., 1555 Girouard Street West, P.O. Box 10000, Saint-Hyacinthe, Quebec J2S 7C8

4300-018 - 03/2018



Authorization in the event of death

I _____ in quality of _____ authorize any health care professional, hospital, clinic, pharmacist, provincial health insurance plan, rehabilitation agency, insurer, employer or any other person or organization in possession of information concerning the deceased to release to Humania Assurance all medical, financial or other information deemed relevant in the assessment of the claim.

I authorize Humania Assurance to conduct all necessary investigations required in order to verify the validity of the claim. I accept that Humania Assurance will use the information provided for this claim and any prior claims under the same plan for the management of the claim and for production or statistical reports.

This authorization is valid for the complete duration of the present claim. A photocopy of this authorization is a valid as the original.

Name of the deceased (please print)

Liquidator / beneficiary (please print)

Policy no.

Signature

Date (YYYY/MM/DD)

Humania Assurance Inc., 1555 Girouard Street West, P.O. Box 10000, Saint-Hyacinthe, Quebec J2S 7C8

4300-018 - 03/2018