

Autorisation

Par la présente, je soussignée, _____,
assurée sous la Police No. _____, donne autorisation au Département de la Santé du Nouveau-Brunswick de commu-
niquer à Humania Assurance située au 1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8 (à l'attention du
Service des réclamations), les noms des professionnels de la santé qui m'ont fourni des services dont le département de la santé a assumé
le coût, les sommes qu'elle leur a versées pour ces services ainsi que les dates auxquelles ils ont été fournis, et ce, pour la période comprise
entre le _____ jusqu'à ce jour.

Les renseignements que je demande de transmettre à la personne dont le nom paraît ci-dessus sont nécessaires à la défense de mes intérêts ou
à l'exercice de mes droits à titre de preneur d'une police détenue auprès de Humania Assurance.

Je déclare savoir à quelles fins ces renseignements doivent être utilisés par la personne dont le nom paraît ci-dessus et je consens donc en toute
connaissance de cause à ce qu'ils lui soient divulgués.

La présente autorisation est valide pour : une durée illimitée

Une photocopie de la présente Autorisation a la même valeur que l'original.

Numéro d'assurance maladie : Date de naissance : / /
année / mois / jour

Signature : _____ Date : / /
année / mois / jour

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