

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, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

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, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

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, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

4300-018 - 03/2018