

**DIRECTIVES**

- La demande d'accès doit être faite par écrit. Elle peut être fait directement par l'entremise du présent formulaire ou sur tout autre support écrit.
- La demande d'accès doit être adressée au Responsable des renseignements personnels et acheminée par courrier à l'adresse suivante : 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe, Québec, J2S 2Z6 ou par courriel à l'adresse suivante : conformite@humania.ca
- Un accusé de réception sera envoyé dans les cinq (5) jours ouvrables suivant la date à laquelle la demande d'accès a été reçue par Humania Assurance.
- La demande d'accès sera traitée dans les trente (30) jours ouvrables suivant la date à laquelle celle-ci a été reçue par Humania Assurance.

**PARTIE 1 – PARTIES VISÉES PAR LA DEMANDE D'ACCÈS****A) Renseignement de l'assuré(e) visé(e) par la demande**

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Adresse :
Ville :	Province :
Code postal :	Courriel :
Téléphone :	Numéro de police/certificat :

Types de renseignements visés par la demande d'accès :

- Dossier d'administration  Dossier de réclamation  
 Police d'assurance  Autres :

Moyen de transmission de mes renseignements :

- Support papier  Support technologique

**B) Renseignements de la compagnie visée par la demande**

Humania Assurance  
1555, rue Girouard Ouest  
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6  
Nom du responsable des renseignements personnels : Jean-Benoit Forgues, Vice-président adjoint, affaires juridiques et conformité  
Téléphone : 450 771-1334, poste 263  
Courriel : jean-benoit.forgues@humania.ca

**PARTIE 2 – DEMANDE D'ACCÈS****A) Demande formulée par l'assuré(e) visé(e) par la demande**

Je, \_\_\_\_\_ [nom de l'assuré(e)], désire recevoir les renseignements à mon sujet conformément aux instructions ci-haut mentionnées (sous la section intitulée « Renseignement de l'assuré(e) visé(e) par la demande ») pour la période du \_\_\_\_\_ [JJ/MM/AAAA] au \_\_\_\_\_ [JJ/MM/AAAA].

**B) Demande formulée par le mandataire autorisé de l'assuré(e) visé(e) par la demande**

Je, \_\_\_\_\_ [nom de l'assuré(e)], autorise mon mandataire \_\_\_\_\_ [nom du mandataire] à formuler la présente demande d'accès et à recevoir les renseignements à mon sujet conformément aux instructions ci-haut mentionnées (sous la section intitulée « Renseignement de l'assuré(e) visé(e) par la demande »), pour la période du \_\_\_\_\_ [JJ/MM/AAAA] au \_\_\_\_\_ [JJ/MM/AAAA].

**PARTIE 3 – DATE DE SIGNATURE**

Date :

Signature de l'assuré(e) visé(e) :

Signature du mandataire autorisé, le cas échéant :