

Autorisation

Police : _____

J'autorise tout professionnel de la santé ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux, les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation et de la sécurité, les agences de données sur les risques et les sinistres, les organismes de prévention, de détection ou répression de crime et des infractions, les intermédiaires de marché ou toute autre personne que j'ai indiqué à titre de référence ainsi que tout organisme public ou privé détenant des renseignements personnels à mon sujet, notamment des renseignements médicaux, à fournir et échanger ces renseignements avec Humania Assurance Inc., ses réassureurs ou autres assureurs, pour l'évaluation du risque ou l'enquête relative à l'étude de toute réclamation. En cas de décès, le titulaire ou le titulaire subrogé, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, est expressément autorisé à fournir à Humania Assurance, tous les renseignements et autorisations permettant l'étude ou l'enquête relative à l'étude de toute réclamation. Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, ou remise en vigueur et durant la période de contestabilité. Il s'applique également à toute demande de règlements soumise durant ladite période de contestabilité. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Prénom : _____

Nom de famille : _____

Date de naissance : _____

Date : _____

jour / mois / année

jour / mois / année

Signature de l'assuré ou du parent tuteur consentant _____

(les enfants de 14 ans et plus doivent signer l'autorisation)

Autorisation

Police : _____

J'autorise tout professionnel de la santé ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux, les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation et de la sécurité, les agences de données sur les risques et les sinistres, les organismes de prévention, de détection ou répression de crime et des infractions, les intermédiaires de marché ou toute autre personne que j'ai indiqué à titre de référence ainsi que tout organisme public ou privé détenant des renseignements personnels à mon sujet, notamment des renseignements médicaux, à fournir et échanger ces renseignements avec Humania Assurance Inc., ses réassureurs ou autres assureurs, pour l'évaluation du risque ou l'enquête relative à l'étude de toute réclamation. En cas de décès, le titulaire ou le titulaire subrogé, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, est expressément autorisé à fournir à Humania Assurance, tous les renseignements et autorisations permettant l'étude ou l'enquête relative à l'étude de toute réclamation. Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, ou remise en vigueur et durant la période de contestabilité. Il s'applique également à toute demande de règlements soumise durant ladite période de contestabilité. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Prénom : _____

Nom de famille : _____

Date de naissance : _____

Date : _____

jour / mois / année

jour / mois / année

Signature de l'assuré ou du parent tuteur consentant _____

(les enfants de 14 ans et plus doivent signer l'autorisation)

