

Identification

Numéro de police : _____

Nom de la personne à assurer : _____

Prénom de la personne à assurer : _____

- ☐ Par la présente, j'autorise et demande à **Humania Assurance Inc.** de transmettre à mon médecin traitant les renseignements médicaux recueillis dans le cadre de l'évaluation de la demande d'assurance mentionnée ci-dessus.
- ☐ Par la présente, j'autorise et demande à **Humania Assurance Inc.** de transmettre à mon médecin traitant les motifs de sa décision, ainsi que les renseignements médicaux recueillis dans le cadre de l'évaluation de la demande d'assurance mentionnée ci-dessus.

Identification du médecin traitant

Nom complet du médecin traitant : _____

Nom de la clinique médicale ou de l'établissement hospitalier : _____

Adresse : _____
(numéro et rue)_____
(ville) (province) (code postal)

Fax : _____

Signature

Signature de la personne à assurer _____

Date :

--	--	--	--

 /

--	--

 /

--	--

année / mois / jour