

## AUTORISATION

Numéro de contrat ou de groupe : \_\_\_\_\_

Numéro de certificat : \_\_\_\_\_

Nom de la personne décédée : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Date du décès : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, agissant à titre de :

- bénéficiaire désigné
- liquidateur testamentaire
- héritier

J'autorise la Croix Bleue Médavie à obtenir des renseignements et des documents médicaux nécessaires au règlement d'une demande de prestation d'assurance vie auprès de tout médecin, praticien, hôpital ou clinique médicale, compagnie d'assurance ou de tout autre organisme, institution ou personne ayant des documents ou des renseignements sur la personne décédée dont le nom est mentionnée plus haut.

Une photocopie de cette autorisation est considérée comme étant aussi valide que l'original.

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_