

AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS

Nom de l'assuré(e) : _____ Police n° : _____

Numéro d'assurance-maladie : _____

Aux fins de l'établissement de l'assurabilité, de gestion de mon dossier et d'étude des sinistres, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant notamment : tout médecin, autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le Bureau de renseignements médicaux, les agents de renseignements personnels, les représentants en services financiers, toute institution financière, le preneur, mon employeur ou ex-employeur, la C.S.S.T., la R.R.Q., la S.A.A.Q., la R.A.M.Q., I.V.A.C. et les R.H.D.C.C., à les communiquer à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie. De même, j'autorise L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, à communiquer auxdits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements.

De plus, j'autorise L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, à utiliser ou communiquer pour l'étude de mon dossier, mon numéro d'assurance sociale aux fins fiscales et administratives.

Aucune modification ou altération du présent consentement n'influera sur son contenu ni ne liera l'assureur. La présente autorisation ou une copie de celle-ci sera valide tant que durera l'étude de ma demande.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Date : _____ Signature : _____

----- S.V.P. RETOURNER LES DEUX AUTORISATIONS -----

AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS

Nom de l'assuré(e) : _____ Police n° : _____

Numéro d'assurance-maladie : _____

Aux fins de l'établissement de l'assurabilité, de gestion de mon dossier et d'étude des sinistres, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant notamment : tout médecin, autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le Bureau de renseignements médicaux, les agents de renseignements personnels, les représentants en services financiers, toute institution financière, le preneur, mon employeur ou ex-employeur, la C.S.S.T., la R.R.Q., la S.A.A.Q., la R.A.M.Q., I.V.A.C. et les R.H.D.C.C., à les communiquer à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie. De même, j'autorise L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, à communiquer auxdits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements.

De plus, j'autorise L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, à utiliser ou communiquer pour l'étude de mon dossier, mon numéro d'assurance sociale aux fins fiscales et administratives.

Aucune modification ou altération du présent consentement n'influera sur son contenu ni ne liera l'assureur. La présente autorisation ou une copie de celle-ci sera valide tant que durera l'étude de ma demande.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Date : _____ Signature : _____