

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

Police n^o

Feu

Numéro d'assurance-maladie : _____

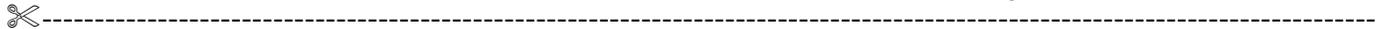
Je, soussigné, à titre de _____ et représentant(e) de la succession de feu _____, décédé(e) le _____, aux fins de l'établissement de l'assurabilité, de gestion de mon dossier et l'étude des sinistres; autorise toute personne physique ou morale possédant des renseignements personnels à son sujet concernant entre autres son état de santé, ses antécédents médicaux ou son admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le Bureau des renseignements médicaux, 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. Pour les mêmes fins et pour recueillir le même type de renseignements, je consens également à ce que L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, ou ses réassureurs puissent demander un rapport d'enquête à son sujet et utiliser les renseignements qu'ils détiennent dans d'autres dossiers dont l'objet est accompli.

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

Date

Signature



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

Police n^o

Feu

Numéro d'assurance-maladie : _____

Je, soussigné, à titre de _____ et représentant(e) de la succession de feu _____, décédé(e) le _____, aux fins de l'établissement de l'assurabilité, de gestion de mon dossier et l'étude des sinistres; autorise toute personne physique ou morale possédant des renseignements personnels à son sujet concernant entre autres son état de santé, ses antécédents médicaux ou son admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le Bureau des renseignements médicaux, 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. Pour les mêmes fins et pour recueillir le même type de renseignements, je consens également à ce que L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, ou ses réassureurs puissent demander un rapport d'enquête à son sujet et utiliser les renseignements qu'ils détiennent dans d'autres dossiers dont l'objet est accompli.

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

Date

Signature