

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

Nom et prénom de l'assuré	N° d'assurance maladie	Contrat
---------------------------	------------------------	---------

Je, la personne à assurer, autorise toute personne ou tout établissement public, parapublic ou privé possédant des renseignements personnels à mon sujet notamment : tout professionnel de la santé, tout organisme de santé ou de services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, le MIB Inc., les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation, les représentants en services financiers, mon employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que tout autre organisme détenant des renseignements personnels, administratifs, médicaux ou relatifs à ma santé à fournir ces renseignements à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie et à ses réassureurs, pour l'évaluation du risque, la gestion de mon dossier ou l'enquête nécessaire à l'étude de toute demande de règlement. Une photocopie ou une version électronique du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'assuré	Date AAAA MM JJ
-----------------------	------------------------

iA Excellence est une marque de commerce et un autre nom sous lequel L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie exerce ses activités.

ADMINISTRATION

AF-AUTF 02-2017

S.V.P. RETOURNER LES DEUX AUTORISATIONS

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

Nom et prénom de l'assuré	N° d'assurance maladie	Contrat
---------------------------	------------------------	---------

Je, la personne à assurer, autorise toute personne ou tout établissement public, parapublic ou privé possédant des renseignements personnels à mon sujet notamment : tout professionnel de la santé, tout organisme de santé ou de services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, le MIB Inc., les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation, les représentants en services financiers, mon employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que tout autre organisme détenant des renseignements personnels, administratifs, médicaux ou relatifs à ma santé à fournir ces renseignements à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie et à ses réassureurs, pour l'évaluation du risque, la gestion de mon dossier ou l'enquête nécessaire à l'étude de toute demande de règlement. Une photocopie ou une version électronique du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'assuré	Date AAAA MM JJ
-----------------------	------------------------

iA Excellence est une marque de commerce et un autre nom sous lequel L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie exerce ses activités.

ADMINISTRATION

AF-AUTF 02-2017