



AUTORISATION D'OBTENIR DE L'INFORMATION

Chubb du Canada compagnie d'assurance vie
199 rue bay, bureau 2500
CP 139, Commerce Court Postal Station
Toronto, Ontario M5L 1E2
T +1.416.594.2627 ou +1.877.337.9494
claims.A_H@chubb.com

Numéro de demande de règlement :

Nom de la personne assurée :

J'autorise tout médecin, praticien, hôpital, clinique ou autre établissement médical ou médicalement connexe, compagnie d'assurance ou autre organisation, institution ou personne possédant des dossiers ou de l'information sur la personne décédée

de les communiquer à Assurance Chubb ou Chubb du Canada compagnie d'assurance vie. Je considère ces informations comme essentielles pour que Assurance Chubb ou Chubb du Canada compagnie d'assurance vie puisse respecter ses obligations en tant que fournisseur de prestations. Je donne cette autorisation et cet ordre en ma capacité de

et concernant mes intérêts ou mes droits dans cette capacité. À moins que, auparavant, je décide de retirer cette autorisation (un avis de cette décision sera fourni par Assurance Chubb ou Chubb du Canada compagnie d'assurance vie si cela s'applique; jusqu'à ce qu'un tel avis soit reçu, l'autorisation sera considérée comme effective), cette autorisation demeurera effective aussi longtemps que Assurance Chubb ou Chubb du Canada compagnie d'assurance vie demandera et, dans tous les cas, pour une période ne pouvant pas être inférieure à douze (12) mois et ne pouvant excéder vingt-quatre (24) mois à partir de la date d'entrée en vigueur de cette autorisation comme indiqué ci-dessous. Une copie de cette autorisation sera aussi valable que l'original.

Nom _____ Signature _____
(en caractères d'imprimerie) (Signature des parents/tuteurs si la personne est mineure)

Fait à _____ de _____
(ville, région, municipalité)

Dans la province de _____ en ce _____
(jour, mois et année)