



**AUTORISATION D'OBTENIR DES
RENSEIGNEMENTS
(DEMANDEUR)**

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

Nom de la personne assurée :

J'autorise tout médecin, praticien, hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou relié à la médecine, toute compagnie d'assurance ou autre organisation, institution ou personne possédant des dossiers ou des renseignements à mon sujet à divulguer ces renseignements à la compagnie d'Assurance Chubb ou Chubb du Canada compagnie d'assurance vie. Je considère que ces renseignements sont essentiels à la compagnie d'Assurance Chubb ou Chubb du Canada compagnie d'assurance vie pour satisfaire à leurs obligations en tant que fournisseur de prestations.

J'accorde cette autorisation et cet ordre en ma capacité de demandeur et concernant mes intérêts ou droits en cette capacité. À moins que je ne décide, à une date antérieure, de retirer la présente autorisation (un avis de cette décision sera fourni par la compagnie d'Assurance Chubb ou Chubb du Canada compagnie d'assurance vie, selon le cas; jusqu'à la réception d'un tel avis, la présente autorisation sera réputée être en vigueur), cette autorisation demeurera en vigueur pour aussi longtemps que la compagnie d'Assurance Chubb ou Chubb du Canada compagnie d'assurance vie en aura besoin et, en tout cas, pour une période d'au moins douze (12) mois et d'au plus vingt-quatre (24) mois à partir de la date de prise d'effet de la présente autorisation, telle qu'elle est indiquée ci-dessous. Une copie de la présente autorisation sera aussi valable que l'original.

Nom _____ Signature _____
(en caractères d'imprimerie, svp)

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

Dans la province de _____ en _____ jour

De _____
(Mois et année)

Signature d'un parent/tuteur, s'il s'agit d'un enfant mineur _____