

Communication des renseignements sur l'employé relativement à une demande de prestations d'assurance invalidité

Par la présente, j'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce^{MC} et Desjardins Assurances à communiquer tous les renseignements qu'ils détiennent relativement à ma demande de prestations d'assurance invalidité aux personnes suivantes.

- _____, mon conseiller d'assurance
- _____, mon conjoint
- _____, mon enfant
- _____, mon _____

Signé ce _____ jour de _____, 20____.

Jour

Mois

Année

Nom de l'employé (en lettres moulées)

Signature de l'employé

Faites parvenir le présent formulaire dûment rempli et signé par télécopieur au **1 866 878-0951** à l'attention du service des réclamations d'assurance invalidité ou par courriel à information@johnstongroup.ca ou par la poste à l'adresse indiquée ci-dessous :

Régime d'assurance collective des chambres de commerce
1051, rue King Edward
Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4



Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec notre bureau.
Téléphone : 1 800 294-4080
Courriel : information@johnstongroup.ca