

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom de l'assuré: _____

N° de police: _____ Date de naissance: _____

Afin d'évaluer et déterminer mon admissibilité aux produits d'assurance ou aux prestations, j'autorise par les présentes tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, le Bureau de renseignements médicaux (M.I.B.) ou tout autre organisme, institution, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris les antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après l'Association), à son réassureur ou à toute société spécialisée en réadaptation, advenant qu'un programme dans ce sens soit amorcé.

J'autorise aussi l'Association à communiquer ou transmettre les renseignements qu'elle détient à mon sujet aux personnes ou organismes mentionnés précédemment.

Signature de l'assuré

Date

01 QR0014B (Rév.: 05-07)

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom de l'assuré: _____

N° de police: _____ Date de naissance: _____

Afin d'évaluer et déterminer mon admissibilité aux produits d'assurance ou aux prestations, j'autorise par les présentes tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, le Bureau de renseignements médicaux (M.I.B.) ou tout autre organisme, institution, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris les antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après l'Association), à son réassureur ou à toute société spécialisée en réadaptation, advenant qu'un programme dans ce sens soit amorcé.

J'autorise aussi l'Association à communiquer ou transmettre les renseignements qu'elle détient à mon sujet aux personnes ou organismes mentionnés précédemment.

Signature de l'assuré

Date

01 QR0014B (Rév.: 05-07)

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom de l'assuré: _____

N° de police: _____ Date de naissance: _____

Afin d'évaluer et déterminer mon admissibilité aux produits d'assurance ou aux prestations, j'autorise par les présentes tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, le Bureau de renseignements médicaux (M.I.B.) ou tout autre organisme, institution, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris les antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après l'Association), à son réassureur ou à toute société spécialisée en réadaptation, advenant qu'un programme dans ce sens soit amorcé.

J'autorise aussi l'Association à communiquer ou transmettre les renseignements qu'elle détient à mon sujet aux personnes ou organismes mentionnés précédemment.

Signature de l'assuré

Date

01 QR0014B (Rév.: 05-07)

Authorization

PERSONAL INFORMATION

Insured's name: _____

Policy No.: _____ Date of birth: _____

In order to assess and evaluate my eligibility to any insurance products or benefits, I hereby authorize any licensed physician, health professional, hospital or medical institution, insurance company, the Medical Information Bureau or any other organization, institution, broker, agent, representative or any other person that previously possessed or currently has any personal, medical information or records, to give such information or records to Canassur-
ance Insurance Company (hereafter the Association), its reinsurer, or any other institution that specializes in rehabilitation, if such a program is initiated.

In addition, I hereby authorize the Association to communicate or transmit any personal, medical information or records detained, to the persons or organizations previously mentioned.

Insured's signature Date

01QR0014B (Rév.: 05-07)

Authorization

PERSONAL INFORMATION

Insured's name: _____

Policy No.: _____ Date of birth: _____

In order to assess and evaluate my eligibility to any insurance products or benefits, I hereby authorize any licensed physician, health professional, hospital or medical institution, insurance company, the Medical Information Bureau or any other organization, institution, broker, agent, representative or any other person that previously possessed or currently has any personal, medical information or records, to give such information or records to Canassur-
ance Insurance Company (hereafter the Association), its reinsurer, or any other institution that specializes in rehabilitation, if such a program is initiated.

In addition, I hereby authorize the Association to communicate or transmit any personal, medical information or records detained, to the persons or organizations previously mentioned.

Insured's signature Date

01QR0014B (Rév.: 05-07)

Authorization

PERSONAL INFORMATION

Insured's name: _____

Policy No.: _____ Date of birth: _____

In order to assess and evaluate my eligibility to any insurance products or benefits, I hereby authorize any licensed physician, health professional, hospital or medical institution, insurance company, the Medical Information Bureau or any other organization, institution, broker, agent, representative or any other person that previously possessed or currently has any personal, medical information or records, to give such information or records to Canassur-
ance Insurance Company (hereafter the Association), its reinsurer, or any other institution that specializes in rehabilitation, if such a program is initiated.

In addition, I hereby authorize the Association to communicate or transmit any personal, medical information or records detained, to the persons or organizations previously mentioned.

Insured's signature Date

01QR0014B (Rév.: 05-07)