

AUTORISATION RELATIVE À LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT ET À LA TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS

Veillez apposer l'étiquette du numéro de police ou indiquer le numéro de la police.

Note au conseiller :

Veillez utiliser ce formulaire si vous avez besoin de formulaires d'autorisation supplémentaires. Nous vous prions de remplir une autorisation distincte pour chaque assuré ou enfant mineur.

Autorisation de transmission de renseignements

J'autorise toute personne ou organisation publique ou privée (incluant tout professionnel ou praticien de la santé et tout établissement de santé ou de services sociaux à vocation publique ou privée, tout assureur ou toute institution financière, le Bureau de renseignements médicaux, toute agence de renseignements personnels et de crédit, mon conseiller et son agence, cabinet ou intermédiaire de marché, mes employeurs actuels et antérieurs et le service provincial des véhicules automobiles (à moins d'avis contraire de la part des autorités provinciales)), qui détient des renseignements personnels, y compris médicaux et financiers, à mon sujet et au sujet de mes enfants mineurs à assurer, à transmettre ces renseignements à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, à ses réassureurs, à ses agents ou à ses représentants.

Une photocopie ou une image numérisée de l'autorisation signée pour transmettre ces renseignements a la même valeur que l'original. Cette autorisation demeure valide jusqu'à sa révocation par écrit.

Signature de l'assuré ou du parent/tuteur légal du mineur à assurer en vertu de la police		
Prénom du parent/tuteur légal	Second prénom	Nom de famille
Nom(s) de famille utilisé(s) dans les dossiers médicaux ou juridiques, si différent		
Signature de l'assuré ou du parent/tuteur légal X		Date (jj/mm/aaaa)
Signature du témoin X		Date (jj/mm/aaaa)
Nom du témoin (veuillez écrire en lettres moulées)		Fait à (ville et province)
Nom de l'enfant mineur à assurer en vertu de la police (en lettres moulées)		
Prénom	Second prénom	Nom de famille