



## IDENTIFICATION

Nom de l'assuré: \_\_\_\_\_  
 No de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour / mois / année  
 Nom du preneur de la police : \_\_\_\_\_

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le MIB, Inc. ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ci-après nommées l'Assureur, à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet.

De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active.

\_\_\_\_\_  
 Signature de l'assuré Date  
 \_\_\_\_\_  
 Signature du preneur si l'assuré a moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario

## IDENTIFICATION

Nom de l'assuré: \_\_\_\_\_  
 No de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour / mois / année  
 Nom du preneur de la police : \_\_\_\_\_

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le MIB, Inc. ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ci-après nommées l'Assureur, à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet.

De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active.

\_\_\_\_\_  
 Signature de l'assuré Date  
 \_\_\_\_\_  
 Signature du preneur si l'assuré a moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario

## IDENTIFICATION

Nom de l'assuré: \_\_\_\_\_  
 No de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour / mois / année  
 Nom du preneur de la police : \_\_\_\_\_

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le MIB, Inc. ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ci-après nommées l'Assureur, à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet.

De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active.

\_\_\_\_\_  
 Signature de l'assuré Date  
 \_\_\_\_\_  
 Signature du preneur si l'assuré a moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario