



<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Nom de la personne à assurer	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Prénom de la personne à assurer
Date de naissance : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Année</span> <span>Mois</span> <span>Jour</span> </div>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> N° de proposition ou de contrat

1. Aux fins de l'établissement de mon assurabilité, de la gestion de mon dossier et de l'étude de mes demandes de prestations, j'autorise toute personne physique ou morale et tout organisme public ou parapublic détenant des renseignements sur mon compte dont notamment tout professionnel de la santé et tout établissement de santé, le MIB, Inc., toute institution financière, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout agent de renseignement ou toute agence d'investigation, mon employeur ou mes employeurs précédents, à communiquer ces renseignements à l'Assureur ou à ses réassureurs. J'autorise également l'Assureur et ses réassureurs aux mêmes fins à communiquer auxdites personnes ou auxdits organismes dont le MIB, Inc. les renseignements qu'ils détiennent sur mon compte.
2. Aux mêmes fins, j'autorise l'Assureur ou ses réassureurs à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet et à faire un bref rapport donnant des renseignements personnels sur ma santé au MIB, Inc.
3. La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.
4. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

**SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER**

 \_\_\_\_\_  
 Signature de la personne à assurer (autorisée à signer si âgée de 14 ans ou plus au Québec et si âgée de 16 ans ou plus à l'extérieur du Québec)

 \_\_\_\_\_  
 Signature du parent ou du tuteur légal si la personne à assurer est mineure

\_\_\_\_\_   
 Nom du parent ou du tuteur légal signataire (en caractères d'imprimerie)

**SIGNATURE DU CONSEILLER**

 \_\_\_\_\_  
 Signature du conseiller