

ATTENTION : DIRECTEUR MÉDICAL

J'autorise par la présente, l'Assureur à communiquer au médecin mentionné ci-dessous les raisons de la décision concernant ma demande d'assurance.

Nom du médecin : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Télécopieur : _____

DEMANDE D'ASSURANCE CONCERNANT :

Nom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Date de naissance : _____ Numéro de dossier : _____
Numéro de client : _____

Signature de la personne à assurer
ou de son tuteur légal si la personne à assurer a moins
de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans
à l'extérieur du Québec

Date

Signature du témoin