

**ATTENTION : DIRECTEUR MÉDICAL**

J'autorise par la présente, l'Assureur à communiquer au médecin mentionné ci-dessous les résultats de mes examens médicaux 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