



<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom du preneur/assuré	Prénom du preneur/assuré
Date de naissance : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Année Mois Jour	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. En cas de décès, j'autorise expressément le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à l'Assureur ou à ses mandataires, lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le traitement de mon dossier.
4. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .


Signature du preneur/assuré


Signature du conseiller