

N° de contrat _____ N° de proposition _____
Prénom de l'assuré(e) _____ Nom _____

AUTORISATION – Par les présentes, nous soussignés,

1. autorisons tout médecin, professionnel de la santé, établissement au sens de la Loi sur les services de santé et services sociaux, compagnie d'assurance, MIB Inc. ou tout autre organisme, institution ou personne détenant des renseignements sur nous ou sur notre santé à les fournir à **UV Assurance**, et à ses réassureurs;
2. consentons à ce qu'un rapport confidentiel, comportant des renseignements d'ordre personnel ou relatifs à notre solvabilité, soit consulté en relation avec notre demande d'assurance et autorisons **UV Assurance** à faire un bref rapport de nos renseignements médicaux personnels au MIB Inc.;
3. convenons que cette autorisation demeure valide tant qu'elle n'est pas révoquée et, après notre décès, nous consentons à ce qu'elle soit donnée, le cas échéant, par tout héritier, liquidateur ou bénéficiaire au contrat, renonçant ainsi d'avance au bénéfice de toute disposition légale régissant le secret professionnel et autorisant toute personne à transmettre tous les renseignements requis par **UV Assurance**;
4. convenons que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à _____ | J | J | M | M | A | A | A | A |

X _____ **X** _____
Signature de la personne à assurer (si 14 ans et plus) Signature du propriétaire (si personne morale, signataire autorisé)

X _____ **X** _____
Signature du conseiller Signature du père, de la mère ou du tuteur (si la personne à assurer est mineure)

C.P. 696, Drummondville (Québec) J2B 6W9 ■ Téléphone : 819 478-1315 ■ Sans frais : 800 567-0988 ■ Télécopieur : 819 474-1990
UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de L'Union-vie, compagnie mutuelle d'assurance.



N° de contrat _____ N° de proposition _____
Prénom de l'assuré(e) _____ Nom _____

AUTORISATION – Par les présentes, nous soussignés,

1. autorisons tout médecin, professionnel de la santé, établissement au sens de la Loi sur les services de santé et services sociaux, compagnie d'assurance, MIB Inc. ou tout autre organisme, institution ou personne détenant des renseignements sur nous ou sur notre santé à les fournir à **UV Assurance**, et à ses réassureurs;
2. consentons à ce qu'un rapport confidentiel, comportant des renseignements d'ordre personnel ou relatifs à notre solvabilité, soit consulté en relation avec notre demande d'assurance et autorisons **UV Assurance** à faire un bref rapport de nos renseignements médicaux personnels au MIB Inc.;
3. convenons que cette autorisation demeure valide tant qu'elle n'est pas révoquée et, après notre décès, nous consentons à ce qu'elle soit donnée, le cas échéant, par tout héritier, liquidateur ou bénéficiaire au contrat, renonçant ainsi d'avance au bénéfice de toute disposition légale régissant le secret professionnel et autorisant toute personne à transmettre tous les renseignements requis par **UV Assurance**;
4. convenons que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à _____ | J | J | M | M | A | A | A | A |

X _____ **X** _____
Signature de la personne à assurer (si 14 ans et plus) Signature du propriétaire (si personne morale, signataire autorisé)

X _____ **X** _____
Signature du conseiller Signature du père, de la mère ou du tuteur (si la personne à assurer est mineure)

C.P. 696, Drummondville (Québec) J2B 6W9 ■ Téléphone : 819 478-1315 ■ Sans frais : 800 567-0988 ■ Télécopieur : 819 474-1990
UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de L'Union-vie, compagnie mutuelle d'assurance.