C.P. 4241, Station A
Toronto (Ontario) M5W 5R3

Autorisation médicale

Numéro de police :

Nom de la personne assurée : _____ Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA)

Autorisation

Pour les besoins d'évaluation de ma proposition d'assurance, de prestation de services à l'égard de ma police, de la conduite d'enquêtes et d'analyse de toute demande de règlement, j'autorise et enjoins tout médecin, praticien de la médecine, hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou établissement lié aux soins médicaux, toute compagnie d'assurance, le MIB, LLC, ou toute autre organisation, institution, association ou personne ayant en sa possession ou pouvant éventuellement avoir en sa possession des renseignements sur moi ou sur ma santé, à divulguer à ivari, à ses représentants autorisés et à ses réassureurs, sur demande d'ivari, tous renseignements considérés importants par cette dernière.

J'autorise également un représentant d'ivari à faire effectuer les épreuves, examens, radiographies, électrocardiogrammes, bilans sanguins et analyses des urines qui pourraient être exigés par ivari. Je comprends et j'accepte que les épreuves peuvent inclure, sans s'y limiter, des épreuves et examens pour maladie des reins, maladie du foie, maladie des os, facteurs de risque pour maladie du coeur, SIDA ou indices d'exposition au virus du SIDA, ainsi que la présence de médicaments, de drogues, de nicotine ou leurs métabolites. ivari peut communiquer les résultats de ces épreuves et examens à mon médecin personnel.

Nom du conseiller médical : _____

Adresse : _____

Une photocopie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.

Fait à : _____ le _____ (JJ/MM/AAAA)

_____

Personne assurée *(s'il s'agit d'une personne assurée mineure, le père, la mère ou le tuteur légal doit apposer sa signature)*

_____

Témoin de la signature

MC ivari et les logos ivari sont des marques de commerce d'ivari Holdings ULC. ivari est autorisée à utiliser ces marques.

ENREGISTRER IMPRIMER EFFACER