

Formulaire de consentement

Protection des renseignements personnels

Je, _____,
L'ASSURÉ(E)
autorise _____ de
MON AGENT
l'agence _____ à avoir accès à toute
NUMÉRO D'AGENCE
information relative à ma demande de règlement, incluant
mes dossiers médicaux, en rapport avec l'évaluation de ma
demande _____ auprès de
NUMÉRO DE DEMANDE DE RÈGLEMENT
Coordinateurs en assurance voyage TIC ltée («TIC»).

Je suis conscient que cette information sera partagée entre
TIC et mon Agent mentionné plus haut dans le seul but
de lui permettre de m'assister à comprendre le processus
d'évaluation de ma DEMANDE DE RÈGLEMENT et la
décision prise à cet égard.

Signé ce _____ jour de _____, 20_____.
JOUR MOIS ANNÉE

SIGNATURE DE L'ASSURÉ(E)

NOM DE L'ASSURÉ(E) (EN LETTRES MOULÉES)



demandes de règlement
et assistance voyage

Coordinateurs en assurance voyage TIC ltée
Service des règlements et d'assistance voyage

Règlements – Est (sans frais) 1 800 869 6747
Règlements – Est (télécopieur) + 416 340 7152

Formulaire de consentement

Protection des renseignements personnels

Je, _____,
L'ASSURÉ(E)
autorise _____ de
MON AGENT
l'agence _____ à avoir accès à toute
NUMÉRO D'AGENCE
information relative à ma demande de règlement, incluant
mes dossiers médicaux, en rapport avec l'évaluation de ma
demande _____ auprès de
NUMÉRO DE DEMANDE DE RÈGLEMENT
Coordinateurs en assurance voyage TIC ltée («TIC»).

Je suis conscient que cette information sera partagée entre
TIC et mon Agent mentionné plus haut dans le seul but
de lui permettre de m'assister à comprendre le processus
d'évaluation de ma DEMANDE DE RÈGLEMENT et la
décision prise à cet égard.

Signé ce _____ jour de _____, 20_____.
JOUR MOIS ANNÉE

SIGNATURE DE L'ASSURÉ(E)

NOM DE L'ASSURÉ(E) (EN LETTRES MOULÉES)



demandes de règlement
et assistance voyage

Coordinateurs en assurance voyage TIC ltée
Service des règlements et d'assistance voyage

Règlements – Est (sans frais) 1 800 869 6747
Règlements – Est (télécopieur) + 416 340 7152