**La Compagnie d'assurance-vie CUMIS**
P.O. 5065, 151 North Service Rd., Burlington, Ontario L7R 4C2
Tel: (905) 632-1221 / 1-800-263-9120 Fax: (905) 632-4886 / 1-800-897-7065
**Service en français**
Tél: 1-800-361-3936 Télécopieur: 1-800-897-7065

DEMANDE D'INDEMNITÉ NUMÉRO : _____

## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS

Je, soussigné(e) ,autorise tout médecin, hôpital, assureur, employeur ou toute autre organisation ou personne qui possède des archives, données ou renseignements me concernant, à transmettre sur demande de La Compagnie d'assurance-vie CUMIS, de telles archives, données ou de tels renseignements. Je reconnais que les renseignements personnels fournis aux présentes seront utilisés par CUMIS aux fins de traitement de ma réclamation et à toutes autres fins légitimes conformément aux lois fédérales et provinciales applicables, selon le cas.

Une copie de la présente Autorisation aura la validité de l'originale.

Je renonce par la présente à tout privilège concernant lesdits renseignements.

Daté ce _____ jour de _____ , _____

_____ _____
Témoin Signature

NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE (en lettres moulées) : _____

ADRESSE : _____
*Numéro et rue* *Ville* *Province* *Code postal*

NOM DU SPÉCIALISTE : _____

ADRESSE : _____
*Numéro et rue* *Ville* *Province* *Code postal*

NOM DE L'EMPLOYEUR : _____

ADRESSE : _____
*Numéro et rue* *Ville* *Province* *Code postal*

VOTRE NUMÉRO D'EMPLOYÉ(E) : _____

NOM DES AUTRES ASSUREURS QUI VOUS VERSENT DES PRESTATIONS : _____

ADRESSE : _____

NUMÉROS DE POLICE(S)/DEMANDES DE RÈGLEMENT : _____

CUMIS[MD] est une marque déposée de CUMIS Insurance Society Inc. et elle est utilisée sous licence. 04/08