

# Formulaire de consentement

## Protection des renseignements personnels

Coordinateurs en assurance voyage TIC lté

Règlements (sans frais): 1-800-869-6747

Règlements (télécopieur): 416-340-7152

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 Coordinateurs en  
NUMÉRO DE DEMANDE DE RÈGLEMENT  
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)

**CUMIS**<sup>®</sup>

7T001MF-0911-F



demandes de règlement  
et assistance voyage