

SecureLife - Autorisation de divulgation de renseignements médicaux

À qui de droit,

Nom de la personne à assurer :

Date de naissance :

Par la présente, j'autorise tout médecin, professionnel de la santé, établissement clinique ou médical ou compagnie d'assurance possédant des dossiers ou de l'information sur moi ou ma santé à divulguer cette information à Assurance-Vie ACE INA ou à l'administrateur autorisé d'ACE, Hunter McCorquodale Inc. Je reconnais que le but de la présente autorisation est de permettre d'établir mon admissibilité à l'assurance-vie. Toute information obtenue grâce à cette autorisation ne sera pas divulguée à qui que ce soit d'autre, SAUF les personnes ou les organisations menant des affaires ou offrant des services juridiques en lien avec ma demande, OU selon les exigences de la loi ou toute autre autorisation de ma part. Une photocopie ou une copie télécopiée de la présente autorisation sera jugée aussi valide que l'original.

Signé à..... en ce jour de.....

Signature de la personne à assurer



Assurance-Vie ACE INA