



<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Nom de la personne à assurer	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Prénom de la personne à assurer
Date de naissance : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> N° de proposition ou de contrat
<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Année Mois Jour </div>	

1. Aux fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conformité réglementaire et contractuelle, d'offre de produits d'assurance et de services financiers et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations, j'autorise toute personne physique ou morale et tout organisme public ou parapublic détenant des renseignements sur mon compte dont notamment tout professionnel de la santé et tout établissement de santé, le MIB, Inc., toute institution financière, toute agence d'évaluation de crédit, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout agent de renseignement ou toute agence d'investigation, mon employeur ou mes employeurs précédents, à communiquer ces renseignements à l'Assureur ou à ses réassureurs. J'autorise également l'Assureur et ses réassureurs aux mêmes fins à communiquer auxdites personnes ou auxdits organismes dont le MIB, Inc., les renseignements qu'ils détiennent sur mon compte.
2. Aux mêmes fins, j'autorise l'Assureur ou ses réassureurs à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet et à faire un bref rapport donnant des renseignements personnels sur ma santé au MIB, Inc.
3. La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.
4. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER

 _____
 Signature de la personne à assurer (autorisée à signer si âgée de 14 ans ou plus au Québec et si âgée de 16 ans ou plus à l'extérieur du Québec)

 _____
 Signature du parent ou du tuteur légal si la personne à assurer est mineure

_____ Nom du parent ou du tuteur légal signataire (en caractères d'imprimerie)

SIGNATURE DU CONSEILLER

 _____
 Signature du conseiller