

Ce formulaire autorise Beneva inc. à communiquer à votre conseiller vos renseignements personnels et médicaux ayant servis à la prise de décision.

Numéro de contrat

Prénom et nom du conseiller

Code du conseiller

Adresse courriel du conseiller

Numéro de téléphone du conseiller

### Autorisation de divulguer

- Les renseignements fournis à l'entrevue téléphonique et au questionnaire paramédical, médical ou à tout autre questionnaire ;
- Les résultats des examens médicaux et analyses de laboratoire ;
- Vos antécédents de conduite ou activités criminelles ;
- Vos antécédents de consommation d'alcool ou de drogue ;
- Toutes autres données personnelles et confidentielles sur votre état de santé contenues dans un rapport de médecin.

### Attestation et signature de l'assuré

Je, \_\_\_\_\_, confirme avoir lu et compris la nature de cette autorisation et je consens à ce que Beneva inc. divulgue, à mon conseiller, les renseignements énoncés à la section « Autorisation de divulguer ».

Signée à (ville et province) \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ de l'an \_\_\_\_\_

Nom de l'assuré

**X**

Signature de l'assuré

Nom du propriétaire (nécessaire seulement s'il ne s'agit pas de l'assuré)

**X**

Signature du propriétaire

**Cette autorisation sera valide pour une période de 30 jours suivant l'une des deux dates ci-dessous :**

- Date d'établissement d'un nouveau contrat ou de la modification d'un contrat existant ;
- Date du refus de votre proposition d'assurance.