

Formulaire de consentement

Protection des renseignements personnels (tierce partie)

Coordinateurs en assurance voyage TIC Itée

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

Règlements (télécopieur): 416-340-7152

Je, _____,
L'ASSURÉ(E)
autorise _____ à avoir accès
TIERCE PARTIE
à toute information relative à ma demande de règlement, incluant mes
dossiers médicaux, en rapport avec l'évaluation de ma demande
_____ auprès de Coordinateurs en assurance
NUMÉRO DE DEMANDE DE RÈGLEMENT
voyage TIC Itée («TIC»).

Je suis conscient que cette information sera partagée entre TIC et la tierce partie mentionnée plus haut dans le seul but de permettre à cette personne 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[®]

7T004MF-0911-F



demandes de règlement
et assistance voyage