

AUTORISATION DE NOMMER UN REPRÉSENTANT PERSONNEL EN SANTÉ OU EN ASSURANCE

VEUILLEZ ÉCRIRE VOS RÉPONSES EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

SECTION A : CONSENTEMENT

La personne assurée doit remplir et signer cette section

Par la présente, je, _____, consens à ce que MSH International (Canada) Ltd.
Nom complet

transmette mes renseignements personnels, privés, médicaux et (ou) relatifs à une demande de règlement à la personne autorisée nommée à la section B, concernant tout aspect médical et personnel de ma police d'assurance et mon état de santé. Je comprends que cette personne autorisée n'a aucunement le pouvoir de donner suite ou de modifier mes renseignements personnels et médicaux et (ou) ma police d'assurance. Je comprends que ce consentement est valide pour une période de un (1) an à compter de la date de sa signature et qu'il peut être révoqué en tout temps en présentant une demande en ce sens à MSH International (Canada) Ltd.

Signature
Date (JJ/MM/AAAA)

SECTION B : REPRÉSENTANT PERSONNEL DÉSIGNÉ EN SANTÉ OU EN ASSURANCE

Lien de parenté avec le client

Nom complet du représentant personnel désigné en santé ou en assurance

COORDONNÉES

Numéro de téléphone cellulaire Numéro de téléphone à domicile Adresse courriel

MAILING ADDRESS

Rue, app., C.P. Ville État ou province Code ZIP ou code postal Pays

Je comprends que je suis autorisé à communiquer avec MSH International (Canada) Ltd. au nom de la personne désignée à la section B. Cette communication est limitée aux dispositions indiquées à la section A. Je comprends également que je n'ai pas le pouvoir d'agir sur les renseignements personnels, médicaux et (ou) relatifs à la police d'assurance de la personne désignée, ni de les modifier. Je comprends que ce consentement est valide pour une période de un (1) an à compter de la date de sa signature et qu'il peut être révoqué par la personne désignée à la section A en tout temps en présentant une demande en ce sens à MSH International (Canada) Ltd.

Signature du représentant personnel désigné en santé ou en assurance Date (JJ/MM/AAAA)