

IMPORTANT : Par ce formulaire dûment complété et signé, la Compagnie d'assurance Combined d'Amérique (« Combined Assurances ») / Combined Insurance Company of America (« Combined Insurance ») est autorisée à fournir au tiers désigné les renseignements personnels demandés.

RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DE POLICE			
Prénom	Second prénom	Nom de famille	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse			
Numéro(s) de la (des) police(s)			
RENSEIGNEMENTS SUR LE TIERS AUTORISÉ			
Prénom	Nom de famille	Lien	
Adresse			
Prénom	Nom de famille	Lien	
Adresse			

Autorisation et signature

J'autorise Combined Assurances/Combined Insurance à divulguer au tiers autorisé identifié ci-dessus les renseignements suivants :

- renseignements sur la police, notamment les détails de la police, le mode de paiement;
- renseignements de souscription, notamment la décision relative à la souscription d'une proposition; et
- renseignements sur la demande de règlement, notamment la décision relative à une demande de règlement.

Je comprends que Combined Assurances/Combined Insurance se réserve le droit de limiter les renseignements qui seront communiqués au tiers autorisé.

J'autorise le tiers autorisé désigné ci-dessus à fournir à Combined Assurances/Combined Insurance les informations telles qu'un changement d'adresse.

Cette autorisation remplace toute autre autorisation antérieure envoyée à Combined Assurances/Combined Insurance.

Je peux à tout moment retirer cette autorisation en envoyant une demande écrite à cet effet à Combined Assurances/Combined Insurance par télécopieur ou par la poste. Sur réception et traitement de ma demande de retrait, aucun autre renseignement ne sera fourni au tiers autorisé.

Je conviens qu'une copie de la présente autorisation est tout aussi valide que l'original. Cette autorisation est valide jusqu'à ce que Combined Assurances reçoive une demande de retrait écrite de ma part.

Signature	Date (jj-mm-aaaa)
Nom en lettres moulées (si le titulaire de police est un mineur, la signature d'un parent ou d'un tuteur est requise)	Lien (s'il y a lieu)

Cette autorisation prendra effet à la date à laquelle elle sera reçue au siège social de Combined Assurances / Combined Insurance, à l'adresse suivante :

Compagnie d'assurance Combined d'Amérique / Combined Insurance Company of America
Siège social canadien / Canadian Head Office: P.O. Box 3720, MIP, Markham (Ontario) L3R 0X5
Téléphone / Telephone : 1 888 234-4466
Fax / Télécopie : 1 905 305-8600
www.combined.ca

Une compagnie de Chubb / A Chubb Company