

IMPORTANT : Ce formulaire dûment rempli et signé autorise Combined Canada (« Combined Assurances ») à fournir au tiers désigné les renseignements personnels demandés.

TITULAIRE DE POLICE¹			
Prénom	Second prénom	Nom de famille	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Adresse			
Numéro de police - veuillez indiquer au moins un numéro de police.			
TIERS AUTORISÉ			
Prénom	Nom de famille	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
Adresse			
Lien avec le titulaire de police :			
Si un tiers autorisé est un représentant ou un courtier, indiquez son code d'agent utilisé avec Combined :			

Autorisation et signature

J'autorise Combined Canada à divulguer au tiers autorisé tous les renseignements qui me seraient fournis, en tant que titulaire de police.

La présente autorisation remplace toute autre autorisation antérieure envoyée à Combined Canada. Je peux à tout moment retirer la présente Autorisation de divulguer des renseignements à un tiers.

Une copie de la présente autorisation est tout aussi valide que l'original.

Signature	Date (jj-mm-aaaa)
-----------	-------------------

La présente autorisation prendra effet à la date à laquelle elle sera reçue au siège social de Combined Canada, à l'adresse suivante :

Combined Assurances / Combined Insurance

Boîte postale 3720, MIP
Markham (Ontario) L3R 0X5

Télécopieur : 1 905 305-8600

¹Pour autoriser un tiers, le titulaire de police doit au moins être l'assuré et le propriétaire de la police. Si l'assuré est mineur, la personne exerçant l'autorité parentale est considérée comme étant l'assuré à des fins de divulgation des renseignements.