

Tierce partie

Je, _____, L'ASSURÉ(E)
autorise _____ à avoir
TIERCE PARTIE
accès à toute information relative à ma demande de règlement, incluant
mes dossiers médicaux, en rapport avec l'évaluation de ma demande
_____ auprès d'AZGA Service Canada Inc. s/n
NUMÉRO DE DEMANDE DE RÈGLEMENT
Allianz Global Assistance.

Je suis conscient que cette information sera partagée entre Allianz Global Assistance 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)

Allianz Global Assistance

Sans frais : 1-800-869-6747

Télécopieur : 416-340-7152