

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

Je suis conscient que cette information sera partagée entre Allianz Global Assistance et mon Agent mentionné plus haut dans le seul but de lui permettre 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