

RÉFÉRENCE : _____

NOM DU DÉFUNT : _____

DATE DE NAISSANCE :

AAAA	MM	JJ
------	----	----

Par les présentes, j'autorise toute personne physique ou morale possédant des renseignements au sujet du défunt, concernant son état de santé, son assurabilité ou son admissibilité aux prestations, notamment les médecins, les hôpitaux, les cliniques médicales ou paramédicales, les compagnies d'assurance et le Bureau de renseignements médicaux (MIB inc.), à les communiquer à Assurance-vie Banque Nationale ou à son administrateur. Je consens également à ce que l'on demande un rapport d'enquête à son sujet.

Signature du représentant de la succession

Date (AAAAM-M-JJ)

14075-511 (2013-06)

Banque Nationale Assurances est une marque de commerce utilisée par Banque Nationale du Canada et certaines de ses filiales.

RÉFÉRENCE : _____

NOM DU DÉFUNT : _____

DATE DE NAISSANCE :

AAAA	MM	JJ
------	----	----

Par les présentes, j'autorise toute personne physique ou morale possédant des renseignements au sujet du défunt, concernant son état de santé, son assurabilité ou son admissibilité aux prestations, notamment les médecins, les hôpitaux, les cliniques médicales ou paramédicales, les compagnies d'assurance et le Bureau de renseignements médicaux (MIB inc.), à les communiquer à Assurance-vie Banque Nationale ou à son administrateur. Je consens également à ce que l'on demande un rapport d'enquête à son sujet.

Signature du représentant de la succession

Date (AAAAM-M-JJ)

14075-511 (2013-06)

Banque Nationale Assurances est une marque de commerce utilisée par Banque Nationale du Canada et certaines de ses filiales.

RÉFÉRENCE : _____

NOM DU DÉFUNT : _____

DATE DE NAISSANCE :

AAAA	MM	JJ
------	----	----

Par les présentes, j'autorise toute personne physique ou morale possédant des renseignements au sujet du défunt, concernant son état de santé, son assurabilité ou son admissibilité aux prestations, notamment les médecins, les hôpitaux, les cliniques médicales ou paramédicales, les compagnies d'assurance et le Bureau de renseignements médicaux (MIB inc.), à les communiquer à Assurance-vie Banque Nationale ou à son administrateur. Je consens également à ce que l'on demande un rapport d'enquête à son sujet.

Signature du représentant de la succession

Date (AAAAM-M-JJ)

14075-511 (2013-06)

Banque Nationale Assurances est une marque de commerce utilisée par Banque Nationale du Canada et certaines de ses filiales.

RÉFÉRENCE : _____

NOM DU DÉFUNT : _____

DATE DE NAISSANCE :

AAAA	MM	JJ
------	----	----

Par les présentes, j'autorise toute personne physique ou morale possédant des renseignements au sujet du défunt, concernant son état de santé, son assurabilité ou son admissibilité aux prestations, notamment les médecins, les hôpitaux, les cliniques médicales ou paramédicales, les compagnies d'assurance et le Bureau de renseignements médicaux (MIB inc.), à les communiquer à Assurance-vie Banque Nationale ou à son administrateur. Je consens également à ce que l'on demande un rapport d'enquête à son sujet.

Signature du représentant de la succession

Date (AAAAM-M-JJ)

14075-511 (2013-06)

Banque Nationale Assurances est une marque de commerce utilisée par Banque Nationale du Canada et certaines de ses filiales.