



## ***Formulaire de divulgation d'information***

**Nom de l'assuré :** \_\_\_\_\_

**Numéro de contrat :** \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), demande par la présente que toute information pertinente et relative à la décision concernant la proposition d'assurance susmentionnée soit transmise au médecin traitant indiqué ci-dessous.

\_\_\_\_\_  
**Signature de l'assuré**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**Nom du médecin traitant :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone :** \_\_\_\_\_