AXA Assurances Inc.

Autorisation de collecte, d'utilisation et de divulgation de renseignements personnels (sinistres «accidents et maladie»)

J'autorise AXA Assurances Inc. et ses mandataires à faire la collecte, à utiliser et à divulguer des renseignements personnels me concernant moi et mes enfants à charge. L'obtention ou la divulgation desdits renseignements s'effectue, comme l'autorise la loi, auprès des personnes physiques et morales suivantes :

- Tout médecin ou professionnel de la santé dûment qualifié et tout établissement de santé (hôpital, clinique, etc.) agréé;
- Toute compagnie d'assurance et de réassurance ainsi que tout établissement financier;
- Quiconque dispose de renseignements utiles à l'étude de la demande de règlement;
- Tout prestataire de service (information, assurance) servant d'intermédiaire à AXA Assurances Inc. ou à qui celle-ci fait appel.

La présente Autorisation permet à AXA Assurances Inc. d'atteindre les objectifs suivants :

- Rester en communication avec moi;
- Faire preuve de prudence dans l'appréciation des risques collectifs;
- Étudier les demandes de règlement et effectuer le paiement des indemnités;
- Déceler et prévenir la fraude;
- Proposer des produits et services répondant à mes besoins;
- Réunir les données statistiques en matière de sinistre d'assurance;
- Respecter la loi.

Les renseignements personnels ainsi obtenus sont versés à un dossier relatif à l'assurance contre les accidents et la maladie se trouvant dans les bureaux de AXA Assurances Inc. L'accès au dossier est réservé aux employés responsables de l'atteinte des objectifs mentionnés ci-dessus. Je sais que je peux prendre connaissance des renseignements s'y trouvant et faire faire les corrections qui s'imposent si j'en fais la demande par écrit au :

Responsable de la protection des renseignements personnels
AXA Assurances Inc.
2020, rue University
Bureau 700
Montréal (Québec) H3A 2A5

L'Autorisation est valide tant et aussi longtemps que AXA Assurances Inc. n'a pas atteint les objectifs mentionnés ci-dessus. Je peux en tout temps remettre à AXA Assurances Inc. un avis par écrit de retrait de l'Autorisation, sachant qu'elle pourrait fort bien ne pas être en mesure de me fournir le produit ou le service demandé.

Toute copie de l'Autorisation est aussi valide que l'original.

Date du sinistre J M A _____ Nature (accident, maladie, etc.) _____

_____ _____ _____
Signature de l'assuré | Nom (en majuscules) | Police n°

Date J M A _____ Téléphone ( ) _____

Adresse _____
Rue | Ville | Province | Code postal

En cas de décès accidentel de l'assuré, le mandataire doit signer à la place du défunt la présente autorisation.

_____ _____ J M A _____
Signature du mandataire | Nom (en majuscules) | Date

Lien par rapport à l'assuré _____

Il faut retourner l'Autorisation dûment remplie à AXA Assurances Inc. à l'une des adresses suivantes :

2020, rue University, bureau 700, Montréal (Québec) H3A 2A5
1075 Bay Street, Toronto (Ontario) M5S 2W5
645 – 7th Avenue S.W., suite 1400, Calgary (Alberta) T2P 4G8