

**AIG Insurance Company of Canada**

120 Bremner Boulevard, Suite 2200

Toronto, ON M5J 0A8

416-596-4005 | 1-877-317-8060

[ahclaimscan@aig.com](mailto:ahclaimscan@aig.com) | [www.aig.com](http://www.aig.com)**AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS****Titulaire de la police:****Numéro de Police:**

Date de l'accident (M/J/A):

Lieu de l'accident:

Tous les détails de l'accident:

Date du premier traitement par votre médecin (M/J/A):

**AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNES** : Je comprends que les renseignements que j'ai fournis dans le présent formulaire de réclamation et autrement à l'égard de ma réclamation sont requis par la Compagnie d'assurance AIG du Canada, ses réassureurs et ses administrateurs autorisés (l'« assureur ») pour évaluer mon admissibilité aux prestations, y compris, mais sans s'y limiter, pour déterminer si la couverture s'applique, enquêter sur l'applicabilité de toute exclusion et coordonner la couverture avec d'autres assureurs. À ces fins, l'assureur consultera également ses dossiers d'assurance existants à mon sujet, recueillera des renseignements supplémentaires à mon sujet et, le cas échéant, recueillera des renseignements auprès de tiers et échangera des renseignements avec eux.

**ATTESTATION** : Les déclarations que j'ai fournies en remplissant le présent formulaire de réclamation et autrement à l'égard de toute réclamation sont véridiques et exactes au meilleur de mes connaissances. Je comprends qu'advenant toute déclaration fausse ou trompeuse en lien à ma réclamation, la couverture accordée pourra être résiliée, le versement de prestations refusé, et que les prestations versées antérieurement pourront être recouvrées. Je conviens de rembourser à l'assureur toute prestation versée advenant qu'il soit déterminé qu'une telle somme n'aurait pas dû être versée en lien à ma réclamation.

**AUTORISATION** : J'autorise, pour une période minimum de douze mois et maximum de 24 mois à compter de la date des présentes, tout(e) médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, établissement de soins de santé, organisation médicale, clinique ou autre établissement clinique ou médical, tout(e) compagnie d'assurance ou de réassurance, commission des accidents du travail ou régime ou organisation similaire, administrateur de régime d'avantages sociaux, ministère fédéral, territorial ou provincial, ou toute autre société, organisation, institution ou association (y compris l'obtention de renseignements auprès du titulaire de police d'assurance collective ou mon employeur) à communiquer et à échanger avec la Compagnie d'assurance AIG du Canada.

La Compagnie d'assurance AIG du Canada, ou ses représentants, tous les renseignements personnels sur la santé, le paiement des prestations, les renseignements sur mon emploi ou financiers à mon sujet ou tout autre renseignement ou dossier à mon sujet en sa possession qui est demandé dans le cadre de l'administration de ma réclamation. J'accepte qu'une reproduction de cette autorisation soit aussi valide que l'original.

Signature:

Date (MM/DD/YY):

Numéro de téléphone:

Adresse:

E-mail:

Témoïn:

**Reset**