

CONSENTEMENT À LA CUEILLETTE, COMMUNICATION ET CONSERVATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Objet du dossier

Assurance de personnes

Cueillette et communication à des tiers de renseignements

Je, soussigné, autorise Sogedent Assurances inc. à échanger tout renseignement personnel sur moi ou chacune de mes personnes à charge avec toute compagnie d'assurances, ses réassureurs et ses fournisseurs à des fins de tarification, d'administration et d'acceptation de ma demande d'assurance et également en cas de demande de règlement.

Je confirme que je suis autorisé à divulguer de l'information concernant mes personnes à charge afin de déterminer leur admissibilité dans la mesure où des garanties les touchent.

Déclaration de confidentialité

Afin de se conformer à la Loi sur les renseignements personnels dans le secteur privé et d'assurer la confidentialité des renseignements qu'elle détient à mon sujet, Sogedent Assurances inc. a constitué un dossier relatif aux services et produits financiers connexes qu'elle me procure. L'accès à mon dossier personnel n'est donné qu'aux employés de Sogedent, aux personnes que j'ai autorisées et à celles autorisées par la loi.

J'ai le droit de consulter mon dossier et de le faire rectifier, si nécessaire, en faisant une demande écrite à l'adresse suivante :

Sogedent Assurances inc.
Responsable de l'accès aux dossiers personnels
Bureau 1425
425, boul. de Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec) H3A 3G5

Signature de l'adhérent : _____ Date : _____
(premier assuré)

Signature du conjoint* : _____ Date : _____

* Si le conjoint est couvert par les assurances médicaments, maladie complémentaire, vie et décès ou mutilation accidentels.

Veillez signer et nous retourner le présent document.