

Remplissez le présent formulaire si vous, le participant du régime, désirez qu'une personne (conjoint, votre conseiller, votre promoteur de régime, un membre de votre famille, etc.) appelle au service client en votre nom. En remplissant le présent formulaire, vous reconnaissez que le service client est autorisé à communiquer à l'appelant des renseignements personnelles vous concernant ainsi que des renseignements relatifs à vos demandes de règlement et/ou couverture. Vous reconnaissez également que le service client est autorisé à communiquer à l'appelant des renseignements personnels au sujet des personnes à charge de moins de 14 ans ainsi que des renseignements relatifs à leurs demandes de règlements et/ou couverture. Note : Le niveau de renseignements communiqués à l'appelant varie en fonction des choix que vous indiquez ci-dessous – veuillez par conséquent lire attentivement.

Le présent consentement ne s'applique pas à l'accès au portail adhérents <https://adherents.aga.ca/fr/ouverture-de-session> ni au soutien technique qui y est relié, ni aux renseignements bancaires qui ne pourront être transmis à la personne autorisée.

AGA assurance collective s'engage à maintenir la sécurité et la confidentialité des renseignements qui vous concernent, notamment ceux collectés via ce formulaire qui sont nécessaires pour identifier le tiers autorisé. AGA assurance collective ne communiquera ces renseignements personnels qu'à ses employés devant en avoir connaissance dans l'exercice de leurs fonctions et, le cas échéant, à des sous-traitants et ne les conservera que pendant une durée limitée à la réalisation des objectifs poursuivis par AGA assurance collective. Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs ainsi que nos règles en matière de protection des renseignements personnels, notamment pour exercer vos droits d'accès et de rectification, veuillez contacter conformite@aga.ca ou vous rendre sur le site www.aga.ca/fr/politique-confidentialite

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom de famille	Prénom
Numéro de groupe	Numéro de certificat
Numéro de téléphone (le jour)	Adresse courriel

2. PERSONNES AUTORISÉES À RECEVOIR LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS VOUS CONCERNANT

Veuillez remplir cette section si vous désirez autoriser une personne à avoir accès :

À vos renseignements personnels et/ou

Aux renseignements personnels des enfants à charge (de moins de 14 ans). SVP indiquez les noms des enfants à charge qui sont concernés :

Aux renseignements du conjoint

Aux renseignements des enfants de plus de 14 ans



CONSETEMENT AUTORISANT LE SERVICE CLIENT À COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

3. PERSONNES QUE VOUS AUTORISEZ À RECEVOIR LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS VOUS CONCERNANT

1^{ière} personne autorisée :

Nom de famille :

Prénom :

Lien de parenté avec vous :

2^e personne autorisée :

Nom de famille :

Prénom :

Lien de parenté avec vous :

Adhérent	Conjoint	Enfant moins de 16 ans	Enfant plus de 16 ans	Type de renseignements personnels pouvant être communiqués aux personnes autorisées que j'ai indiquées (Cochez toutes les cases qui s'appliquent)
				<input type="checkbox"/> Couverture au titre du régime d'assurance collective <input type="checkbox"/> Demandes de règlements de frais médicaux <input type="checkbox"/> Demandes de règlements de frais dentaires <input type="checkbox"/> Demande de règlement d'invalidité (renseignements en lien avec la réception de documents, paiement des prestations, décision de l'assureur) <input type="checkbox"/> Distinction sur le type de protection/renseignement administratif sauf le bénéficiaire <input type="checkbox"/> Autre (SVP précisez et indiquez toute restriction) :

Durée du consentement : ce consentement est valide pour une durée de 1 an après la date de la signature de ce document à moins qu'il ne soit révoqué, selon la première de ces éventualités.

4. AUTORISATION ET SIGNATURE

J'autorise AGA assurance collective à communiquer les renseignements personnels me concernant et/ou les renseignements personnels concernant les enfants à ma charge de moins de 14 ans et de plus de 14 ans ainsi que mon conjoint indiqués ci-dessus aux personnes et aux fins indiqués sur le présent formulaire.

Je conviens que toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original. Le présent consentement est valide jusqu'à ce que je le retire par écrit.

Signature de l'adhérent	Date (AAAA-MM-JJ)
Signature du conjoint (si applicable)	Date (AAAA-MM-JJ)

Veuillez envoyer le formulaire dûment complété à notre **équipe Relations Clients** à l'adresse suivante : service.client@aga.ca.