



Autorisation d'assurance invalidité collective

1 Renseignements sur le(la) demandeur(eresse)

Prénom	Initiale	Nom de famille
Número de la demande	Número d'assurance sociale (quatre derniers chiffres)	Número de téléphone de l'employé(e)
Date de naissance (mm aaaa)	Número de contrôle	

2 Autorisation de divulgation de renseignements à Prudential Insurance Company

Cette autorisation a été rédigée pour se conformer à la règle de confidentialité de l'HIPAA.

J'autorise et donne instruction à tout régime de soin médicaux, médecin, professionnel de santé, professionnel médical, hôpital, clinique, laboratoire, pharmacie, centre d'échange, entrepôt de données ou autre organisation qui regroupe et conserve des données pharmaceutiques, MIB, Inc. (anciennement connu sous le nom de Medical Information Bureau), établissement médical ou autre fournisseur de soins de santé ou compagnie d'assurance ou producteur qui m'a fourni ou a fourni en mon nom un traitement, un paiement ou des services (« mes fournisseurs ») à divulguer l'intégralité de mon dossier médical et toute autre information me concernant ou concernant ma santé mentale ou physique à Prudential Insurance Company of America (Prudential) et à ses agents, employés et représentants. Cela comprend les renseignements sur le diagnostic ou le traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les maladies sexuellement transmissibles. Cela inclut également les informations sur le diagnostic et le traitement des maladies mentales ainsi que la consommation d'alcool, de drogues et de tabac, mais exclut les notes de psychothérapie.

J'autorise toute compagnie d'assurance, tout employeur, l'Administration de la sécurité sociale ou toute autre personne ou institution à fournir à Prudential toute information, toute donnée ou tout dossier relatif à mes antécédents en matière de sécurité sociale, d'indemnisation des accidents du travail, de crédit, de finances, de revenus, d'activités ou d'emploi.

Aux fins de la présente autorisation, je reconnais que tout accord que j'ai conclu avec mes prestataires et qui restreint la divulgation de mes informations de santé protégées comme décrit ci-dessus ne s'applique pas à la présente autorisation et je donne instruction à mes prestataires de divulguer et de communiquer l'intégralité de mon dossier médical sans restriction, y compris toute restriction sur les articles ou services de santé pour lesquels un prestataire de soins de santé a été payé en totalité.





Prudential

Assurance invalidité collective

The Prudential Insurance Company of America
Disability Management Services

P.O. Box 13480, Philadelphia, PA 19176

Téléphone : 1-800-842-1718 Télécopieur : 1-877-889-4885

www.prudential.com/mybenefits

Autorisation d'assurance invalidité collective

Prénom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Initiale

--

Nom de famille

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro de la demande

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2

Autorisation de divulgation de renseignements à Prudential Insurance Company

Cette autorisation a été rédigée pour se conformer à la règle de confidentialité de l'HIPAA. (Suite)

Cette information doit être divulguée en vertu de cette autorisation afin que Prudential puisse :

1) administrer les réclamations et déterminer ou assumer la responsabilité de la couverture et de la prestation des avantages; 2) obtenir une réassurance; 3) administrer la couverture; et 4) mener d'autres activités légalement autorisées qui se rapportent à toute couverture ou tout avantage que j'ai ou que j'ai demandé à Prudential.

La présente autorisation restera en vigueur pendant 24 mois après la date de ma signature ci-dessous, tant que la couverture est en vigueur, sauf dans la mesure où la loi de l'État impose une durée plus courte. Une copie de cette autorisation est aussi valide que l'original. Je comprends que j'ai le droit de révoquer cette autorisation par écrit, à tout moment, en envoyant une demande écrite de révocation à Prudential à l'adresse suivante : P.O. Box 13480, Philadelphia, PA 19176.

Je comprends qu'une révocation n'est pas efficace dans la mesure où l'un de mes fournisseurs ou Prudential s'est appuyé sur cette autorisation ou dans la mesure où Prudential a le droit légal de contester une réclamation en vertu de toute police d'assurance ou de contester la police elle-même. Je comprends que toute information divulguée en vertu de la présente autorisation peut être divulguée de nouveau et ne sera plus protégée par la règle de confidentialité de l'HIPAA régissant la vie privée et la confidentialité des informations sur la santé.

Je comprends que si je refuse de signer cette autorisation de divulgation de l'ensemble du dossier médical, Prudential pourrait ne pas être en mesure de traiter ma demande de prestations et ne pas être en mesure de verser des prestations. Je comprends que j'ai le droit de recevoir une copie de cette autorisation.

Autorisation de divulgation de renseignements à Prudential Insurance Company.

Date (mm jj aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

X

Signature de l'employé(e) (indiquer le lien de parenté si la signature n'est pas celle du(de la) demandeur(eresse)

© 2021 Prudential Financial, Inc. et ses entités apparentées.

Prudential, le logo The Prudential et le logo du Rocher sont des marques de service déposées de Prudential Financial, Inc. et de ses entités apparentées, enregistrées dans de nombreux pays à travers le monde.

Les communications écrites futures provenant de Prudential Insurance Company of America, dont les ententes contractuelles et les renseignements d'entretien de police, seront rédigées en anglais. D'autres documents pourront aussi être rédigés en anglais.

