



Autorisation de divulgation d'informations

185 The West Mall, Suite 600
Toronto, ON
M9C 5L5
Attn: Benefits Administration
Department Fax: 416-722-3056
Email: admin@nexgenrx.com

Numéro du groupe _____ Numéro du certificat _____

Nom de l'employé(e) _____

Je, _____, autorise NexgenRx Inc. à divulguer
les informations concernant toute réclamation ou avantage social reçu à

Nom et lien de parenté

Ma signature confirme que je comprends avoir accordé à NexgenRx Inc. l'autorité de
divulguer les informations contenues aux termes de mon régime concernant toute
réclamation ou avantage social reçu à la personne ci-haut désignée.

Signature du membre

Date