

Veillez compléter et signer les trois (3) copies.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Numéro de police

Autorisation à la cueillette et à la communication de renseignements personnels à des tiers

Aux fins d'administration de mon dossier-réclamation, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant entre autre mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mon admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le bureau de renseignements médicaux, la C.S.S.T., la R.R.Q., la S.A.A.Q., la R.A.M.Q. et le bureau des Ressources Humaines du Canada (AE), à les communiquer à **SSQ, Société d'assurance inc.** ou à ses réassureurs sur demande.

De même, j'autorise **SSQ, Société d'assurance inc.** à communiquer audits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements.

Nom de l'assuré(e) (en caractère d'imprimerie)

Adresse

X

Signature

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

FIN0169F (2015-08)

Veillez compléter et signer les trois (3) copies.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Numéro de police

Autorisation à la cueillette et à la communication de renseignements personnels à des tiers

Aux fins d'administration de mon dossier-réclamation, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant entre autre mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mon admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le bureau de renseignements médicaux, la C.S.S.T., la R.R.Q., la S.A.A.Q., la R.A.M.Q. et le bureau des Ressources Humaines du Canada (AE), à les communiquer à **SSQ, Société d'assurance inc.** ou à ses réassureurs sur demande.

De même, j'autorise **SSQ, Société d'assurance inc.** à communiquer audits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements.

Nom de l'assuré(e) (en caractère d'imprimerie)

Adresse

X

Signature

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

FIN0169F (2015-08)

Veillez compléter et signer les trois (3) copies.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Numéro de police

Autorisation à la cueillette et à la communication de renseignements personnels à des tiers

Aux fins d'administration de mon dossier-réclamation, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant entre autre mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mon admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le bureau de renseignements médicaux, la C.S.S.T., la R.R.Q., la S.A.A.Q., la R.A.M.Q. et le bureau des Ressources Humaines du Canada (AE), à les communiquer à **SSQ, Société d'assurance inc.** ou à ses réassureurs sur demande.

De même, j'autorise **SSQ, Société d'assurance inc.** à communiquer audits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements.

Nom de l'assuré(e) (en caractère d'imprimerie)

Adresse

X

Signature

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

FIN0169F (2015-08)