

**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 pour personne décédée.**

Aux fins d'administration de ma réclamation, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels au sujet de la personne décédée, en autre concernant son état de santé, ses antécédents médicaux ou son admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le bureau des 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 échanger ces renseignements audits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements.

Nom de la personne décédée (en caractère d'imprimerie)

**X**  
Signature du liquidateur ou bénéficiaire

A A A A M M J J  
Date

FIND0170F (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 pour personne décédée.**

Aux fins d'administration de ma réclamation, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels au sujet de la personne décédée, en autre concernant son état de santé, ses antécédents médicaux ou son admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le bureau des 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 échanger ces renseignements audits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements.

Nom de la personne décédée (en caractère d'imprimerie)

**X**  
Signature du liquidateur ou bénéficiaire

A A A A M M J J  
Date

FIND0170F (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 pour personne décédée.**

Aux fins d'administration de ma réclamation, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels au sujet de la personne décédée, en autre concernant son état de santé, ses antécédents médicaux ou son admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le bureau des 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 échanger ces renseignements audits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements.

Nom de la personne décédée (en caractère d'imprimerie)

**X**  
Signature du liquidateur ou bénéficiaire

A A A A M M J J  
Date

FIND0170F (2015-08)