Veuillez 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, à l'utilisation et à la communication de renseignements personnels à des tiers

J'autorise par la présente 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 Beneva inc. ou à ses réassureurs sur demande.

De même, j'autorise Beneva inc. à utiliser lesdits renseignements dans le cadre du traitement de ma demande et à les communiquer aux tiers mentionnés précédemment ainsi qu'à ses réassureurs.

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

Adresse

X

Signature du réclamant

A A A A M M J J
Date

FIND0169F (2023-09)

Veuillez 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, à l'utilisation et à la communication de renseignements personnels à des tiers

J'autorise par la présente 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 Beneva inc. ou à ses réassureurs sur demande.

De même, j'autorise Beneva inc. à utiliser lesdits renseignements dans le cadre du traitement de ma demande et à les communiquer aux tiers mentionnés précédemment ainsi qu'à ses réassureurs.

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

Adresse

X

Signature du réclamant

A A A A M M J J
Date

FIND0169F (2023-09)

Veuillez 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, à l'utilisation et à la communication de renseignements personnels à des tiers

J'autorise par la présente 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 Beneva inc. ou à ses réassureurs sur demande.

De même, j'autorise Beneva inc. à utiliser lesdits renseignements dans le cadre du traitement de ma demande et à les communiquer aux tiers mentionnés précédemment ainsi qu'à ses réassureurs.

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

Adresse

X

Signature du réclamant

A A A A M M J J
Date

FIND0169F (2023-09)