



AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS
(FICHE HISTORIQUE PERSONNELLE)

Par la présente, je, soussigné (e),

numéro d'assurance maladie

date de naissance

autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à communiquer à :

L'EXCELLENCE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE
5055, BOUL. MÉTROPOLITAIN EST, BUREAU 202
MONTRÉAL, QUÉBEC
H1R 1Z7

no de police :

relativement à la période du _____ à ce jour,

les noms des professionnels de la santé qui m'ont fourni des services dont la Régie a assumé le coût, la date à laquelle ces services ont été fournis et les sommes versées par la Régie pour ces services.

Je déclare savoir à quelles fins ces renseignements doivent être utilisés par la personne susmentionnée et je consens donc, en toute connaissance de cause, à ce qu'ils soient divulgués.

La présente autorisation est valable pour :

une durée illimitée

____ jours (indiquer le nombre)

Signature (parent ou tuteur si la personne concernée a moins de 14 ans)

Date

*Aucun renseignement n'est disponible pour des services payés avant novembre 1981.

** Aucune signature reprographiée n'est acceptée.

*** Le présent formulaire peut être photocopié.