



## AUTORISATION

Date : \_\_\_\_\_

J'autorise par les présentes tout médecin agréé, praticien, hôpital ou établissement médical, compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux ou tout autre organisme, institution ou personne ayant des renseignements ou des documents à mon sujet ou mon état de santé, y compris tous renseignements médicaux antérieurs, à communiquer ces renseignements ou à transmettre ces dossiers à Croix Bleue Medavie, à son réassureur ou à toute société spécialisée en réhabilitation, advenant qu'un programme dans ce sens soit amorcé.

Une photocopie de cette autorisation est considérée comme étant aussi valide que l'original.

Signature de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_

----- S.V.P. RETOURNER LES DEUX AUTORISATIONS -----



## AUTORISATION

Date : \_\_\_\_\_

J'autorise par les présentes tout médecin agréé, praticien, hôpital ou établissement médical, compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux ou tout autre organisme, institution ou personne ayant des renseignements ou des documents à mon sujet ou mon état de santé, y compris tous renseignements médicaux antérieurs, à communiquer ces renseignements ou à transmettre ces dossiers à Croix Bleue Medavie, à son réassureur ou à toute société spécialisée en réhabilitation, advenant qu'un programme dans ce sens soit amorcé.

Une photocopie de cette autorisation est considérée comme étant aussi valide que l'original.

Signature de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_