

Numéro de référence

(réservé à l'administration) : _____

Assuré(e) : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

OBLIGATOIRE

(Le traitement de la réclamation pourrait être retardé si cette information s'avérait manquante.)

Par la présente, je soussigné(e), _____ ,
(Votre nom en lettres majuscules)

donne l'autorisation à la **Medicare / Assurance-maladie (Nouveau-Brunswick)** de communiquer à :

Assurance-vie Banque Nationale
1100, boul. Robert-Bourassa, 5^e étage
Montréal (Québec) H3B 2G7

les noms des professionnels de la santé qui ont fourni à l'assuré(e) mentionné(e) en rubrique, des services dont Medicare a assumé le coût (incluant une liste des médicaments achetés), les sommes que Medicare leur a versées pour ces services ainsi que les dates auxquelles ils ont été fournis, et ce, pour la période :

Entre le _____ **et ce jour.**
(réservé à l'administration)

Justification en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée :

Les renseignements que je demande de transmettre à Assurance-vie Banque Nationale sont nécessaires à la défense de mes intérêts ou à l'exercice de mes droits ou de mes fonctions à titre :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> d'héritier | <input type="checkbox"/> d'administrateur de la succession |
| <input type="checkbox"/> de successeur | <input type="checkbox"/> de bénéficiaire d'une assurance-vie |

Je déclare savoir à quelles fins ces renseignements doivent être utilisés par Assurance-vie Banque Nationale (dont le nom paraît ci-dessus) et je consens en toute connaissance de cause à ce qu'ils lui soient divulgués.

La présente autorisation est valide pour une période de 12 mois.

Signature (Aucune reprographie n'est acceptée.)

Date

Signature du témoin (Aucune reprographie n'est acceptée.)

1100, boul. Robert-Bourassa, 5^e étage
Montréal (Québec) H3B 2G7