

FORMULAIRE D'AUTORISATION

Je soussigné-e,

Nom du représentant : _____,

ès qualité de représentant du réclamant

Nom du réclamant : _____,

autorise par les présentes Services Proactio Inc., dans le cadre de leur fonction d'administrateur des réclamations de l'action collective No. 500-06-001109-202, à obtenir une copie tout document relatif à la garde en établissement contenu dans le dossier médical suivant :

Nom de l'hôpital : _____

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ

À _____, LE _____
(Ville) (Date)

Signature

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RÉCLAMANT SELON LES INFORMATIONS FOURNIES:

PRÉNOM ET NOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

PRÉNOM ET NOM DU PÈRE : _____

PRÉNOM ET NOM DE LA MÈRE : _____

NO D'ASS. MALADIE: _____

SECTION À REMPLIR PAR L'ADMINISTRATEUR :

Période visée : _____