

## 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 :** \_\_\_\_\_