**Veuillez compléter et signer les trois (3) copies.**

**Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.**

Numéro de police

## Autorisation à la cueillette et à la communication de renseignements personnels à des tiers pour personne décédée.

Aux fins d'administration de ma réclamation, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels au sujet de la personne décédée, en autre concernant son état de santé, ses antécédents médicaux ou son admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le bureau des renseignements médicaux, la C.S.S.T., la R.R.Q., la S.A.A.Q., la R.A.M.Q., et le bureau des Ressources Humaines du Canada (AE), à les communiquer à Beneva inc. ou à ses réassureurs sur demande.

De même, j'autorise Beneva inc. à utiliser lesdits renseignements dans le cadre de l'administration de ma réclamation et à les communiquer aux tiers mentionnés précédemment ainsi qu'à ses réassureurs.

Nom de la personne décédée (en caractère d'imprimerie)

**X**

Signature du liquidateur ou bénéficiaire

A A A A M M J J

Date

FIND0170F (2023-09)

**Veuillez compléter et signer les trois (3) copies.**

**Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.**

Numéro de police

## Autorisation à la cueillette et à la communication de renseignements personnels à des tiers pour personne décédée.

Aux fins d'administration de ma réclamation, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels au sujet de la personne décédée, en autre concernant son état de santé, ses antécédents médicaux ou son admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le bureau des renseignements médicaux, la C.S.S.T., la R.R.Q., la S.A.A.Q., la R.A.M.Q., et le bureau des Ressources Humaines du Canada (AE), à les communiquer à Beneva inc. ou à ses réassureurs sur demande.

De même, j'autorise Beneva inc. à utiliser lesdits renseignements dans le cadre de l'administration de ma réclamation et à les communiquer aux tiers mentionnés précédemment ainsi qu'à ses réassureurs.

Nom de la personne décédée (en caractère d'imprimerie)

**X**

Signature du liquidateur ou bénéficiaire

A A A A M M J J

Date

FIND0170F (2023-09)

**Veuillez compléter et signer les trois (3) copies.**

**Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.**

Numéro de police

## Autorisation à la cueillette et à la communication de renseignements personnels à des tiers pour personne décédée.

Aux fins d'administration de ma réclamation, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels au sujet de la personne décédée, en autre concernant son état de santé, ses antécédents médicaux ou son admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le bureau des renseignements médicaux, la C.S.S.T., la R.R.Q., la S.A.A.Q., la R.A.M.Q., et le bureau des Ressources Humaines du Canada (AE), à les communiquer à Beneva inc. ou à ses réassureurs sur demande.

De même, j'autorise Beneva inc. à utiliser lesdits renseignements dans le cadre de l'administration de ma réclamation et à les communiquer aux tiers mentionnés précédemment ainsi qu'à ses réassureurs.

Nom de la personne décédée (en caractère d'imprimerie)

**X**

Signature du liquidateur ou bénéficiaire

A A A A M M J J

Date

FIND0170F (2023-09)