



FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

- S'il vous plaît, veuillez remplir ce formulaire en lettres moulées.
- L'emploi du masculin est fait dans le seul but d'alléger la lecture du présent formulaire d'autorisation.
- Ce formulaire requiert la signature originale du propriétaire de la police (les demandes par courriel et fax seront refusées)
- Faire parvenir le formulaire dûment rempli à :

SSQ Assurance (Ou utilisez l'enveloppe jointe)
Service à la clientèle
C.P. 10500, succ. Ste-Foy
Québec QC G1V 4H6

Je, soussigné, _____ (nom de la personne adhérente)
Identifié par le numéro de certificat _____ ayant comme date de naissance le [A, A, A, A | M, M | J, J] et comme
adresse le, _____

Autorise le Service à la clientèle de SSQ, Société d'assurance-vie Inc. à communiquer tout renseignement personnel me concernant compris dans mon dossier d'assurance-santé, et ce, directement à _____
(Nom de la personne autorisée) _____ (lien de parenté) lorsque ce dernier téléphone ou se présente personnellement au Service à la clientèle.

En signant ici-bas, je dégage SSQ, Société d'assurance-vie Inc. et ses préposés de toute responsabilité qui pourrait survenir attribuable à la communication de mes renseignements personnels.

Je comprends qu'en signant cette autorisation à transmettre de l'information personnelle me concernant directement à la personne ci-haut mentionnée, cette autorisation restera effective et valable tant et aussi longtemps que je n'aurai pas informé, par écrit, le Service à la clientèle de SSQ, Société d'assurance-vie Inc., de ma renonciation à cette autorisation. Il est de ma responsabilité de m'assurer que cette autorisation est à jour et qu'elle reflète mes souhaits actuels.

Signée à (Ville)

En date du [A, A, A, A | M, M | J, J]

Signature de la personne adhérente (propriétaire de la police)