

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 **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 m'ont fourni des services dont Medicare / Assurance-maladie (Nouveau-Brunswick) a assumé le coût, 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 :

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 donc en toute connaissance de cause à ce qu'ils lui soient divulgués.

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

Signature *(Aucune reprographie n'est acceptée.)*

Date

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

Assureur : Assurance-vie Banque Nationale, Compagnie d'assurance-vie.
Banque Nationale Assurances est une marque de commerce utilisée par Banque Nationale du Canada et certaines de ses filiales.