

**Numéro de référence**

*(réservé à l'administration)*

: \_\_\_\_\_

**Assuré(e)**

: \_\_\_\_\_

**Date de naissance**

: \_\_\_\_\_

**Adresse**

: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Numéro de carte Santé**

: \_\_\_\_\_

**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 au **Ministère de la Santé de l'Ontario** de communiquer à :

Assurance-vie Banque Nationale  
1100, boul. Robert-Bourassa, 5<sup>e</sup> étage  
Montréal (Québec) H3B 2G7

les noms des professionnels de la santé qui m'ont fourni des services dont le Ministère de la Santé de l'Ontario a assumé le coût, les sommes qu'il 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

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin *(Aucune reprographie n'est acceptée.)*

1100, boul. Robert-Bourassa, 5<sup>e</sup> étage  
Montréal (Québec) H3B 2G7