AUTORISATION DE COLLECTE, D'UTILISATION ET DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
(SINISTRES « ACCIDENTS ET MALADIE »)

J'autorise SSQ, Société d'assurance inc. et ses mandataires à faire la collecte, à utiliser et à divulguer des renseignements personnels me concernant moi et mes enfants à charge. L'obtention ou la divulgation desdits renseignements s'effectue, comme l'autorise la loi, auprès des personnes physiques et morales :

- Tout médecin ou professionnel de la santé dûment qualifié et tout établissement de santé (hôpital, clinique, etc.) agréé;
- Toute compagnie d'assurance et de réassurance ainsi que tout établissement financier;
- Quiconque dispose de renseignements utiles à l'étude de la demande de règlement;
- Tout prestataire de service (information, assurance) servant d'intermédiaire à SSQ, Société d'assurance inc. ou à qui celle-ci fait appel.

La présente Autorisation permet à SSQ, Société d'assurance inc. d'atteindre les objectifs suivants :

- Rester en communication avec moi;
- Faire preuve de prudence dans l'appréciation des risques collectifs;
- Étudier les demandes de règlement et effectuer le paiement des indemnités;
- Déceler et prévenir la fraude;
- Proposer des produits et services répondant à mes besoins;
- Réunir les données statistiques en matière de sinistre d'assurance;
- Respecter la loi.

Les renseignements personnels ainsi obtenus sont versés à un dossier relatif à l'assurance contre les accidents et la maladie se trouvant dans les bureaux de SSQ, Société d'assurance inc. L'accès au dossier est réservé aux employés responsables de l'atteinte des objectifs mentionnés ci-dessus. Je sais que je peux prendre connaissance des renseignements s'y trouvant et faire faire les corrections qui s'imposent si j'en fais la demande par écrit au :

Responsable de la protection des renseignements personnels
SSQ, Société d'assurance inc.
2020, rue University
bureau 1800
Montréal (Québec) H3A 2A5

L'Autorisation est valide tant et aussi longtemps que SSQ, Société d'assurance inc. n'a pas atteint les objectifs mentionnés ci-dessus. Je peux en tout temps remettre à SSQ, Société d'assurance inc. un avis par écrit de retrait de l'Autorisation, sachant qu'elle pourrait fort bien ne pas être en mesure de me fournir le produit ou le service demandé.

Toute copie de l'Autorisation est aussi valide que l'original.

N° DE POLICE

DATE DU SINISTRE	NATURE (ACCIDENT, MALADIE, ETC.)
JJ / MM / AAAA	
SIGNATURE DE L'ASSURÉ X	DATE DE LA SIGNATURE JJ / MM / AAAA
NOM EN MAJUSCULE DE L'ASSURÉ	TÉLÉPHONE
ADRESSE	

En cas de décès accidentel de l'assuré, le mandataire doit signer à la place du défunt la présente autorisation :

SIGNATURE DU MANDATAIRE **X**	DATE DE LA SIGNATURE JJ / MM / AAAA
NOM EN MAJUSCULE DU MANDATAIRE	LIEN PAR RAPPORT À L'ASSURÉ

Il faut retourner l'Autorisation dûment remplie à SSQ, Société d'assurance inc. à l'une des adresses suivantes :

2020, rue University, bureau 1800, Montréal (Québec) H3A 2A5
SSQ Place, 110, avenue Sheppard Est, bureau 500, Toronto, Ontario, M2N 6Y8
800 – 6th Avenue S.W., Suite 650, Calgary, Alberta, T2P 3G3