



Autorisation de l'employé

Je soussigné(e), autorise la firme **Coordonnateurs d'Avantages Sociaux BCI Inc.** à recevoir toutes informations reliées à toutes demandes de règlements à mon dossier Croix Bleue.

Je comprends que **Coordonnateurs d'Avantages Sociaux BCI Inc.** s'engage à respecter toute loi provinciale ou fédérale ayant trait à la confidentialité de l'information et agira en tant qu'administrateur de ma demande.

Coordonnateurs d'Avantages Sociaux BCI Inc. ne fournira aucune information de mon dossier personnel de santé à tout établissement autre que ceux stipulés dans l'entente d'autorisation faisant partie de la présente demande à moins d'avoir reçu une demande écrite de ma part.

Nom (en lettres moulées)

Signature

Numéro de police

Date