



Avec vous,
au cœur de votre sécurité

Numéro de réclamation

Notes importantes

1. Une photocopie, une télécopie ou une reproduction numérique de cette autorisation a la même valeur que l'original, en vertu des articles 2840 et 2841 du Code civil du Québec.
2. La révocation de cette autorisation devra être faite par écrit auprès de la Société.

Renseignements sur la personne accidentée

Nom de famille à la naissance de la personne accidentée

Prénom

Nom de famille actuel s'il diffère du nom à la naissance

Numéro d'assurance maladie

Autorisation de communiquer des renseignements au médecin traitant et à tout autre professionnel de la santé

J'autorise, par la présente, le médecin évaluateur, les autres professionnels de la santé, le conseiller en services aux accidentés et l'agent d'indemnisation de la Société de l'assurance automobile du Québec à communiquer au besoin des renseignements médicaux me concernant à mon médecin traitant et à tout autre professionnel de la santé. Je comprends qu'un résumé de la communication verbale sera versé à mon dossier.

X

Signature de la personne accidentée majeure
ou du représentant de la personne accidentée

Date (Année-Mois-Jour)

La communication de renseignements personnels

La Société traite de façon confidentielle les renseignements qu'elle collecte aux fins de l'application du régime public d'assurance automobile. Elle s'engage à ne les utiliser et à ne les communiquer qu'aux seules fins prévues par la loi. La Politique de confidentialité de la Société est disponible à saaq.gouv.qc.ca/politiques/politique-confidentialite/.

TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT :

Service en ligne Envoi de documents :

saaq.gouv.qc.ca

Télécopieur : 1 866 289-7952

Poste : Société de l'assurance automobile du Québec

Édifice Jean-Lesage

Case postale 2500, succursale Terminus

Québec (Québec) G1K 8A2

Conservez l'original ou une copie pour vos dossiers.