

## MANDAT DE REPRÉSENTATION

Personne requérante

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Je suis la personne requérante et je donne mandat à la Fédération de la santé et des services sociaux ainsi qu'au Syndicat du Préhospitalier, à leur personnel et la personne qu'ils désignent, de me représenter auprès de l'Assurance Desjardins Sécurité Financière.

Numéro de contrat :     B-580          Numéro de certificat :     XXX XXX XXX    

Numéro de compte :     AB-580          Numéro d'attestation :     XXXX    

J'autorise la Fédération de la santé et des services sociaux ainsi que le Syndicat du Préhospitalier, leur personnel et la personne désigné à recueillir, utiliser, reproduire ou conserver tout document d'ordre médical ou administratif utile à la gestion de ma réclamation, en possession de mes employeurs, thérapeutes ou médecins ainsi que de toute clinique, tout hôpital, assureur ou organisme public ou privé détenant de telles informations.

Et j'ai signé le \_\_\_\_\_ du mois de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ :

\_\_\_\_\_  
Signature

Je suis informé(e) et comprends que je dois concourir activement à la réalisation du présent mandat.

Je suis informé(e) que des recours civils peuvent être soumis en cour supérieure ou à la cour des petites créances dans un délai maximum de trois (3) ans à compter de la date de refus de l'assureur.

Je suis informé(e) qu'au terme d'une période de trois (3) ans après l'émission d'une décision finale ou d'une transaction disposant du litige, je dois reprendre possession de mon dossier et à défaut par moi de ce faire, j'autorise la FSSS et le Syndicat du Préhospitalier à détruire les documents en leur possession sans autre avis.