

Demande de renseignements concernant une personne décédée Assureur

Ce formulaire s'adresse à toute personne exerçant des activités d'assurance et ayant reçu l'autorisation, du vivant de la personne concernée, d'accéder aux renseignements que la Régie de l'assurance maladie du Québec détient à son sujet, et ce, pour le traitement, l'administration ou le règlement d'une police d'assurance vie.

1. Identité de la personne décédée

Nom			Prénom		
Date de naissance ANNÉE MOIS JOUR	Numéro d'assurance maladie (ou d'assurance sociale)			Date du décès ANNÉE MOIS JOUR	

2. Identité de l'assureur

Compagnie d'assurance			
Nom du représentant	Prénom du représentant	Téléphone (jour) IND. RÉG.	Poste
Adresse (numéro, rue, ville)			Code postal

3. Objet de la demande

Communication des services médicaux payés par la Régie pour la période* du _____ au _____
Les renseignements demandés sont nécessaires pour les raisons suivantes :

* Aucun renseignement n'est disponible pour les services payés avant le 1^{er} novembre 1981.

4. Signature de l'assureur

Je déclare que les renseignements apparaissant dans le présent formulaire sont complets et exacts et que les renseignements demandés seront utilisés seulement pour les raisons énoncées à la section 3.	
_____	_____
Signature	Date

Veuillez nous envoyer ce formulaire, une copie de la police d'assurance vie (incluant le consentement de la personne décédée) et le certificat de décès du Directeur de l'état civil :

Par la poste :

**Direction générale de l'admissibilité
et des renseignements aux personnes assurées**
Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Par télécopieur : **418 682-4080**

Ce formulaire ne constitue pas une demande d'accès au sens de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1). Il n'est donc pas possible de demander la révision de la décision rendue auprès de la Commission d'accès à l'information du Québec.