

REQUEST/Authorization for medical records N° DOSSIER : ..... CODE SEJOUR : .....

Patient Name : .....

Date of Birth : ...../...../.....

Patient Address : .....

.....

Patient's assistance case : .....

I,....., hereby authorize....., to furnish the Mondial Assistance Group (MAG) any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment that were rendered to.....

A Photostat/Faxed copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

I understand that this authorization will allow MAG to use the information obtained to investigate and adjudicate my claims. I understand that I can revoke this authorization at any time by contacting MAG.

I understand that the information disclosed pursuant to this authorization may include psychiatric, drug or alcohol, or HIV information if that applies to me.

This form expires six months from the date signed below.

MAG requests that the medical records (including any lab results and doctor's notes) to be faxed to 1-519-742-8720. If the medical records cannot be faxed please mail them to :

Mondial Assistance
Attn: Mondial/Elvia
P.O. Box 71987
Richmond, VA
23255

If you require pre-payment please fax the invoice to the above listed fax number.

(Signature of Patient / Designated Legal Proxy)

(Signature of Witness)

(Date Signed by Above & Location)

traduction française du texte ci-dessus

Nom du patient : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse du patient : .....

.....

N° du dossier d'assistance : .....

Je soussigné,..... Nom du responsable légal....., autorise par la présente..... Nom de l'hôpital \*....., de donner à Mondial Assistance Group (MAG) toute information concernant la maladie ou les blessures, les antécédents médicaux, les consultations et prescriptions ou traitement ayant été administrés à ..... Nom de l'enfant.....

Même une copie par fax de cette autorisation pourra faire office de document aussi valide que le document original.

Je comprends que cette autorisation permettra à MAG de réunir les informations nécessaires à mon assistance médicale. Je comprends que je peux annuler cette autorisation à tout moment en contactant MAG.

Je comprends que les informations divulguées conformément à cette autorisation peuvent inclure des informations psychiatriques, liées à la drogue ou l'alcool ou encore au virus HIV si cela s'applique à mon cas.

Cette autorisation est valable 6 mois.

MAG demande que le dossier médical (incluant tous les résultats d'analyses et les notes du médecin) soient faxés au : 1-519-742-8720.

Si le dossier médical ne peut pas être faxé, merci de l'adresser par courrier à l'adresse suivante :

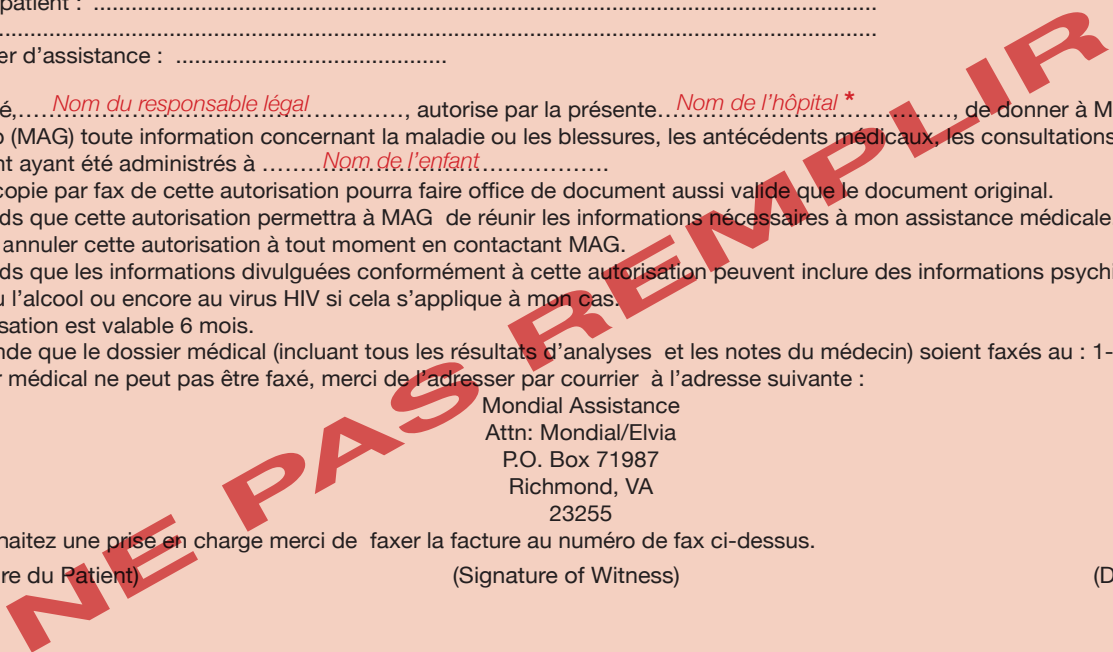
Mondial Assistance
Attn: Mondial/Elvia
P.O. Box 71987
Richmond, VA
23255

Si vous souhaitez une prise en charge merci de faxer la facture au numéro de fax ci-dessus.

(Signature du Patient)

(Signature of Witness)

(Date)



\* Ne pas remplir dans la version anglaise