



**AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS
RELATIFS AUX AVANTAGES SOCIAUX
Fiducie d'avantages sociaux des travailleuses
et des travailleurs de l'éducation du SCFP**

Je soussigné, _____, par la présente demande et autorise les employés du Conseil des fiduciaires de la Fiducie d'avantages sociaux des travailleuses et travailleurs de l'éducation du SCFP (« FASTE du SCFP ») de communiquer à mes représentants, la section locale _____ du SCFP, tout renseignement ayant trait à mon admissibilité et à mes protections au titre :

- a. des soins médicaux et dentaires en vertu de la police collective 50210 de la Canada Vie;
- b. de l'assurance vie et de l'Assistance médicale globale en vertu de la police collective 172510 de la Canada Vie;
- c. de l'assurance vie facultative en vertu de la police collective 172511 de la Canada Vie.

J'autorise également la FASTE du SCFP à recevoir de la section locale _____ du SCFP, et à faire parvenir à la section locale _____ du SCFP, lorsque nécessaire, des copies de toute la documentation sur mes protections énumérées ci-haut.

Je reconnais en outre que la directive et l'autorisation ci-dessus peuvent être interprétées comme représentant mon consentement entier et valide à l'utilisation ou à la divulgation de « renseignements personnels » et de « renseignements personnels sur la santé » au sens de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, L.C.2000, ch. 5, jusqu'à ce que mon consentement donné à la FASTE du SCFP soit retiré par écrit.

Nom : _____

Numéro d'identification du RAEO: _____

Signature : _____

Date : _____