SOCIÉTÉ D'ASSURANCE PUBLIQUE DU MANITOBA

AUTORISATION DE COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Numéro de demande d'indemnisation : _____

Je soussigné(e), _____, (nom du client), numéro d'inscription auprès de Santé et des Soins aux personne âgées _____ (numéro à six chiffres), numéro d'identification personnelle (numéro à neuf chiffres), étant blessé(e) dans un accident de la circulation, le _____(date de l'accident), ai présenté une demande d'indemnisation et de sommes assurées à la Société d'assurance publique du Manitoba (SAPM) en vertu des parties 1 et 2 de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba*.

Par la présente, j'autorise _____ (nom du médecin, chiropraticien, thérapeute, hôpital, etc.), sis au _____(adresse du fournisseur de soins), à communiquer à la Société d'assurance publique du Manitoba des renseignements médicaux personnels concernant les blessures que j'ai subies dans cet accident, de la date de l'accident et jusqu'à deux ans d'antécédents médicaux avant cette date, dans la mesure où ces antécédents se rapportent aux blessures que j'ai subies. Ces renseignements servent à déterminer mon droit aux indemnités et aux sommes assurées en vertu des parties 1 et 2 de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba*.

Par la présente, j'autorise la Société d'assurance publique du Manitoba à transmettre les renseignements médicaux personnels à d'autres praticiens qui participent à mes soins et à tout professionnel de la santé vers lequel je pourrais être orienté pour une évaluation relative à ma demande.

Je comprends que les renseignements recueillis sur ma demande d'indemnisation peuvent être partagés avec d'autres services de la Société d'assurance publique du Manitoba aux fins de l'administration de ses programmes de permis de conduire et d'immatriculation des véhicules, et de ses autres programmes d'assurance.

La présente autorisation, ou une photocopie de celle-ci, constitue votre autorisation complète et suffisante de communiquer ces renseignements à la Société d'assurance publique du Manitoba.

La présente autorisation est valable pour une période de deux ans à compter de la date de signature, à moins que je ne la révoque plus tôt par écrit.

_____ _____

Témoin (toute personne âgée d'au moins 18 ans)

Signature du client/représentant du client

_____

Date (jj/mm/aa)

Renvoyer le formulaire dûment rempli à :

Société d'assurance publique du Manitoba
Gestion des indemnités pour préjudices corporels
C.P. 6300, Winnipeg (Manitoba) R3C 4A4
Ou par télécopieur au : 204 954-5332