



VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT...

## Autorisation à la divulgation de renseignements sur l'enfant blessé

### En signant ces formulaires :

---

- ✓ Vous autorisez les fournisseurs de soins de santé\* de l'enfant à nous divulguer des renseignements sur les blessures de l'enfant et sur les antécédents médicaux liés à ces blessures.
- ✓ Vous nous autorisez :
  - à utiliser ces renseignements pour déterminer si l'enfant a droit à la garantie dommages corporels;
  - à transmettre ces renseignements à d'autres fournisseurs de soins de santé qui pourraient examiner les blessures de l'enfant.

\* « Fournisseur de soins de santé » comprend, sans s'y limiter, un médecin, un ambulancier, un dentiste, un optométriste, un chiropraticien, un physiothérapeute, un psychologue autorisé ou un thérapeute en sport.

---

### Voici ce que vous devez faire :

---

- 1) Remplissez un formulaire séparé pour chacun de vos fournisseurs de soins de santé.
- 2) Inscrivez le nom du fournisseur, votre nom, le nom de l'enfant, la date de l'accident ainsi que le numéro d'assurance maladie de la province du Manitoba et le numéro d'identité personnel médical de l'enfant.
- 3) Signez chacun des formulaires en bas, à droite.
- 4) Demandez à un autre adulte de signer en bas, à gauche, à titre de témoin.
- 5) Inscrivez la date sur chacun des formulaires, sous votre signature.
- 6) Faites-nous parvenir vos formulaires par la poste dans l'enveloppe ci-jointe (*une fois que nous aurons reçu vos formulaires signés, nous les ferons parvenir à vos fournisseurs de soins de santé*).

N° de demande d'indemnisation : \_\_\_\_\_

## Autorisation à la divulgation de renseignements sur l'enfant blessé

Au fournisseur de soins de santé\* : \_\_\_\_\_  
(nom du fournisseur de soins de santé)

Je, \_\_\_\_\_, suis le père, la mère, le tuteur ou la tutrice de \_\_\_\_\_.  
(votre nom) (le prénom et le nom de l'enfant)

L'enfant a été blessé dans un accident de voiture le \_\_\_\_\_.  
(date)

Le numéro d'assurance maladie de la province du Manitoba de l'enfant est \_\_\_\_\_ (nombre à 6 chiffres inscrit sur le devant de la carte d'assurance maladie de la province du Manitoba).

Le numéro d'identité personnel médical de l'enfant est \_\_\_\_\_ (nombre à 9 chiffres inscrit à l'endos de la carte d'assurance maladie de la province du Manitoba).

Je demande une prestation du Régime de protection contre les préjudices personnels (RPPP) au nom de l'enfant blessé auprès de la Société d'assurance publique du Manitoba (SAPM).

### Je vous autorise à remettre à la Société :

- les renseignements personnels sur la santé de l'enfant en lien avec ses blessures, à compter de la date de l'accident;
- les antécédents médicaux de l'enfant avant l'accident (en lien avec les blessures subies lors de l'accident) pour une période de deux ans précédant l'accident.

### J'autorise la Société à :

- recueillir les renseignements personnels sur la santé de l'enfant, comme décrit plus haut, afin de déterminer l'admissibilité de l'enfant à des prestations sous le RPPP ou tout autre régime d'assurance de la Société;
- transmettre les renseignements personnels sur la santé de l'enfant blessé à ses autres fournisseurs de soins de santé;
- transmettre les renseignements personnels sur la santé de l'enfant blessé à d'autres fournisseurs de soins de santé vers lesquels il pourrait être aiguillé pour une évaluation en lien avec sa demande d'indemnisation.

### Mon autorisation est en vigueur jusqu'à :

- une période de deux ans suivant la date de la signature  
ou
- ce que je la révoque par écrit,  
selon la première éventualité.

### En révoquant ou en refusant de renouveler la présente autorisation :

Je comprends que l'enfant blessé pourrait perdre son droit à la prestation du RPPP.

Le présent formulaire, ou une photocopie, tient lieu de mon autorisation.

\_\_\_\_\_  
Témoïn (toute personne âgée d'au moins 18 ans)

\_\_\_\_\_  
Signature du père, de la mère, du tuteur ou de la tutrice

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aa)