SOCIÉTÉ D'ASSURANCE PUBLIQUE DU MANITOBA

AUTORISATION DE COMMUNIQUER AVEC LA SOCIÉTÉ D'ASSURANCE PUBLIQUE DU MANITOBA PAR COURRIEL

Numéro de demande d'indemnisation :

Je, _____, autorise par la présente les représentants de la Société d'assurance publique du Manitoba à communiquer avec moi par courrier électronique (courriel) au sujet de ma demande d'indemnisation portant le numéro de dossier _____, à
_____[adresse courriel].

Je comprends et reconnais que :

1. La Société d'assurance publique du Manitoba est régie par la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (LAIPVP) et par la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* (LRMP) en ce qui a trait à la façon dont les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels sont recueillis, utilisés, divulgués et protégés.

2. La Société d'assurance publique du Manitoba peut imposer des conditions qui s'appliquent aux communications qui me sont envoyées ou que j'envoie par courriel. Dans certaines circonstances, la Société d'assurance publique du Manitoba peut déterminer que le courriel n'est pas un mécanisme approprié pour me transmettre des renseignements confidentiels. Cela peut être dû à la taille d'une pièce jointe proposée ou à la sensibilité particulière des renseignements qui doivent être transmis.

3. Les communications par courriel qui ne sont pas chiffrées sont essentiellement non sécurisées.

4. Bien que la Société d'assurance publique du Manitoba utilise des moyens raisonnables pour protéger la confidentialité des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels envoyés et reçus par courriel, elle ne peut pas garantir la confidentialité des communications par courriel et n'est pas tenue responsable de la divulgation inappropriée de renseignements confidentiels qui ne sont pas dus à l'inconduite intentionnelle de ses employés ou de ses agents autorisés.

J'accepte les risques liés aux communications par courriel de renseignements confidentiels, y compris les relevés de paiement électronique, entre la Société d'assurance publique du Manitoba et moi, et je consens aux conditions dans lesquelles la Société d'assurance publique du Manitoba accepte de participer à ces communications.

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 ou du 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