



AUTORISATION DE COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX EN CAS D'ACCIDENT MORTEL

Numéro de demande d'indemnisation : _____

Date du sinistre : _____

Feu _____, numéro d'inscription auprès du ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées/numéro d'identification personnelle (numéro à neuf chiffres) _____, est décédé(e) le _____, et une demande d'indemnisation et de sommes assurées a été présentée 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* à la suite de cet accident. Je soussigné(e), _____, représente la succession du défunt (de la défunte) aux fins de la demande d'indemnisation susmentionnée déposée auprès de la SAPM.

À titre de représentant, je soussigné(e), _____, 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 subies par feu _____ 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 subies. Ces renseignements servent à déterminer le 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 avaient participé aux soins de feu _____ et à tout professionnel de la santé vers lequel il/elle pourrait avoir été orienté(e) pour une évaluation relative à cette demande.

Je comprends que les renseignements recueillis sur la présente 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.

Témoine
(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