



**AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS**  
**SUBROGATION**

**Numéro de demande d'indemnisation :**

Moi, \_\_\_\_\_ (nom), ai subi des blessures lors d'un accident de la circulation survenu le \_\_\_\_\_ (date), dans la province ou l'État de \_\_\_\_\_, et j'ai présenté une demande d'indemnisation à la Société d'assurance publique du Manitoba (« SAPM ») pour obtenir des prestations en vertu de la partie 2 de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba* (« la Loi »).

1. Je suis conscient(e) et j'ai été informé(e) du droit de subrogation de la SAPM, et je comprends que je dois collaborer avec la SAPM dans ses démarches de subrogation conformément aux articles 76 et 77 de la Loi.
2. Je comprends que les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels recueillis dans le cadre de ma demande d'indemnisation pour préjudices corporels peuvent être communiqués à d'autres services de la SAPM afin de lui permettre d'exercer son droit de subrogation.
3. J'autorise la communication du minimum nécessaire de tout renseignement personnel et de tout renseignement médical personnel recueilli par la SAPM en mon nom à un tribunal, à l'avocat ou à l'avocate retenu(e) par la SAPM, à l'avocat ou à l'avocate représentant un tiers (y compris un assureur de la partie adverse), ou à toute autre partie participant à des pourparlers de règlement ou à une poursuite déposée ou envisagée relativement à l'accident de la circulation susmentionné. La présente autorisation est fournie afin de permettre à la SAPM d'exercer son droit de subrogation relativement à cet accident de la circulation. Les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels qui peuvent être communiqués comprennent notamment : les diagnostics de blessures indemnifiables, l'état de réadaptation ou de rétablissement, les plans de réadaptation ou de retour au travail, les montants payés pour des services et traitements de santé, les montants prévus pour la demande d'indemnisation, ainsi que tout document ou toute facture démontrant ces renseignements.
4. 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 ou la change plus tôt par écrit.

---

Témoin (toute personne âgée de 18 ans ou plus)

---

Signature du client/représentant du client

---

Date (jj/mm/aaaa)

**Veuillez retourner 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