



AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS SUR LES ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES

Numéro de demande d'indemnisation :

À : _____
(nom de l'établissement d'enseignement)

Je soussigné(e) _____, (nom du client), né(e) le _____ et ayant été blessé(e) dans un accident d'automobile le _____ (date de naissance, JJ-MM-AA), déclare avoir été blessé(e) dans un accident d'automobile le _____ (date de l'accident, JJ-MM-AA) et avoir présenté une demande d'indemnisation à la Société d'assurance publique du Manitoba pour recevoir des prestations du Régime de protection contre les préjudices personnels (RPPP) en vertu de la partie 2 de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba*.

Je vous autorise à divulguer à la Société d'assurance publique du Manitoba, à ses agents et à ses représentants autorisés tous les renseignements qu'elle pourrait demander concernant mes antécédents scolaires pour appuyer ma demande d'indemnisation en vertu de la *Loi sur d'assurance publique du Manitoba et son Règlement*.

J'autorise également la Société d'assurance publique du Manitoba à envoyer des renseignements sur mes antécédents scolaires à tout professionnel de la santé à qui je pourrais être envoyé(e) pour une évaluation liée à la réclamation.

Cette autorisation, ou une photocopie de celle-ci, constitue votre autorisation pleine et entière à divulguer ces renseignements à la Société d'assurance publique du Manitoba.

Cette autorisation est valide pour une période de deux ans à compter à compter de la date de la signature, à moins d'une révocation écrite de ma part avant cette échéance.

Témoin (toute personne de 18 ans ou plus)

Signature du client et/ou de son
représentant

Date (JJ-MM-AAAA)

Veuillez retourner le formulaire rempli à :

La Société d'assurance publique du Manitoba
Gestion des demandes d'indemnisation des dommages corporels
C.P. 6300, Winnipeg (Manitoba) R3C 4A4
Ou envoyez-le par télécopieur au 204-954-5332