

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

## Autorisation de divulguer des renseignements médicaux (FDIO-5)

Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1994. La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements ci-dessous sont assujetties aux lois relatives à la protection de la vie privée.

N° de la demande :

N° de la police :

Date de l'accident :  
(AAAAMMJJ)

### Partie 1 Renseignements sur le demandeur

Nom		Prénom et initiale		Date de l'accident		année	mois	jour
Adresse								
Ville				Province		Code postal		
Date de naissance	année	mois	jour	Téléphone (rés.)		Téléphone (travail)		Poste
	-	-		- -		- -		

### Partie 2 Renseignements sur l'assureur

Nom de l'assureur								
Nom du représentant de l'assureur								
Adresse					Ville			
Province		Code postal		Téléphone		Télécopieur		
				- -		- -		

### Partie 3 Professionnel de la santé chargé du traitement

Nom du professionnel de la santé				Profession				
Adresse								
Ville					Province		Code postal	
Téléphone				Télécopieur				
- -				- -				

### Partie 4 Signature

J'autorise le professionnel de la santé qui me traite à collecter, à utiliser et à divulguer à mon assureur, ou à un professionnel de la santé, à un travailleur social ou à un spécialiste de la réadaptation désigné en bonne et due forme par mon assureur pour la réalisation d'un examen, les seuls renseignements portant sur mon état de santé et les traitements reçus comme suite à mon accident d'automobile, ainsi que sur toute affection antérieure ou ultérieure à l'accident qui pourrait entraver mon rétablissement, tel que cela sera raisonnablement nécessaire pour la prestation des soins et la détermination de mon admissibilité aux indemnités. La présente autorisation est valide tant que ma demande d'indemnités d'accident légales n'aura pas été réglée ou que je n'aurai pas retiré mon consentement. (Veuillez noter que le retrait de ce consentement pourrait influencer sur votre droit à des indemnités.)

Ce consentement ne s'applique pas à une consultation entre mon fournisseur de soins de santé et le professionnel de la santé de l'assureur qui effectue un examen (mentionné aux sous-sections 24 (1) 9 et 24.1 (1) 2 de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales – accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après ce jour). Un consentement spécial distinct doit être fourni par écrit pour cette consultation.

Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)		Signature du demandeur ou du mandataire		Date (AAAAMMJJ)	

Nota – Afin de faciliter la lecture du présent formulaire, le masculin est utilisé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

*Nota* – Afin de faciliter la lecture du présent formulaire, le masculin est utilisé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.