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 1er 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.

Numéro de la demande :

Numéro de la police :

Date de l'accident (aaaa/mm/jj) :

Partie 1 Renseignements sur le demandeur

Nom	Prénom et initiale	Date de l'accident (aaaa/mm/jj)
Adresse		
Ville	Province	Code postal

Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)	Poste

Partie 2 Renseigne- ments 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	

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario

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 influer 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. Un consentement spécial distinct doit être fourni expressément par écrit pour cette consultation.

Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (aaaa/mm/dd)

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario