

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 (résidence)		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. 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 (AAAAMMJJ)	
--	--	---	--	-----------------	--