

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^{er} 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)			
--------------------------------------------------------	--	--	--	-----------------------------------------	--	--	--	-----------------	--	--	--