

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.)

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.