

Retourner le formulaire à :

Autorisation de divulguer des renseignements médicaux au Centre d'évaluation désigné (FDIO-14)

Utilisez cette formule pour les accidents survenus depuis le 1er janvier 1994 inclusivement.

N° de réclamation :	
N° de police :	
Date de l'accident : (AAAAMJJ)	

L'assureur doit remplir les parties 1 à 3. Si le demandeur consent à se rendre au(x) Centre(s) d'évaluation désigné(s), ce dernier doit compléter la partie 4 et retourner le formulaire à l'assureur. **L'autorisation est valide pour la ou les évaluations indiquée(s) dans la partie 3 tel que spécifié ci-dessous.**

Partie 1 Identification du demandeur

Nom		Prénom et initiale									
Adresse											
Ville				Province				Code postal			
Date de naissance	année	mois	jour	Téléphone (rés.)	Code régional			Téléphone (travail)	Code régional		

Partie 2 Identification de l'assureur

Nom de l'assureur											
Nom du représentant de l'assureur								Poste			
Adresse								Ville			
Province			Code postal		Numéro de téléphone		Code régional		Numéro de télécopieur		Code régional

Partie 3 Genre d'évaluation (rempli par l'assureur)

Le(s) évaluation(s) des genres suivants seront effectuées :

<input type="checkbox"/> évaluation de personne soignante	<input type="checkbox"/> évaluation de déficience invalidante (Loi 59 seulement)
<input type="checkbox"/> évaluation d'une invalidité	<input type="checkbox"/> évaluation de la capacité résiduelle de gagner sa vie (Loi 164 seulement)
<input type="checkbox"/> évaluation des soins médicaux et de réadaptation (incluant la demande d'approbation d'une évaluation ou d'un examen et les différends relatifs aux Lignes directrices pré-autorisées.	

Partie 4 Signature

J'autorise mon assureur et les professionnels de la santé qui me soignent à fournir au Centre d'évaluation désigné tout renseignement sur mon état de santé ainsi que sur les traitements et les services de réhabilitation reçus suite à mon accident d'automobile, afin de déterminer mon admissibilité aux indemnités.
J'autorise le Centre d'évaluation désigné à consulter, au besoin, les professionnels de la santé qui me soignent.
J'autorise également le Centre d'évaluation désigné à fournir une copie de son rapport à mon assureur et aux professionnels de la santé qui me soignent.

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