

Retourner ce formulaire à :

Autorisation de divulguer des renseignements médicaux (OCF-5)

Formulaire désigné pour tout cas d'accident survenu depuis le 1^{er} janvier 1994. La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont sujettes à toutes les lois applicables en matière de protection de la vie privée.

N° de demande :

N° de police :

Date de l'accident:
(AAAAMMJJ)

Partie 1 Identification du demandeur

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

Partie 2 Renseignements sur l'assureur

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

Partie 3 Professionnel de la santé traitant

Nom du professionnel de la santé				Profession				
Adresse								
Ville					Province		Code postal	
Numéro de téléphone	Code régional			Numéro de télécopieur	Code régional			

Partie 4 Signature

J'autorise mon médecin traitant à recueillir, utiliser et divulguer à mon assureur tout renseignement relatif à mon état de santé et aux traitements reçus à la suite de mon accident d'automobile et tout état de santé antérieur à l'accident qui pourrait constituer un obstacle à mon rétablissement à la suite de mon accident, et ce dans le but de prodiguer des traitements et déterminer mon admissibilité aux indemnités. Cette autorisation est valide pendant un an à compter de la date de la signature de ce formulaire.

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