



## DÉSIGNATION D'UN REPRÉSENTANT ET AUTORISATION DE COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS

Numéro de demande d'indemnisation : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, (nom du client), étant blessé(e) dans un accident de la circulation, le \_\_\_\_\_ (date de l'accident), ai présenté une demande d'indemnisation à la Société d'assurance publique du Manitoba (SAPM).

Par la présente, j'autorise la SAPM à communiquer à mon représentant tous les renseignements pouvant être légalement communiqués, y compris les rapports médicaux et tout autre renseignement personnel ou renseignement médical personnel que j'aurais le droit de recevoir en vertu des dispositions de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba*, de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels*. À cette fin, l'original de la présente autorisation ou une photocopie de celle-ci constitue une autorisation suffisante pour la communication des renseignements.

Par la présente, j'autorise la SAPM et mon représentant à recueillir en mon nom des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels relatifs à ma demande d'indemnisation, et j'autorise mon représentant à communiquer ces renseignements à la SAPM.

Par la présente, j'autorise la SAPM et mon représentant à communiquer les renseignements personnels ou les renseignements médicaux personnels, recueillis en mon nom, à tout professionnel de la santé auprès duquel la SAPM ou mon représentant demande un avis concernant ma demande.

Je comprends que les renseignements recueillis sur ma demande d'indemnisation peuvent être partagés avec d'autres services de la Société d'assurance publique du Manitoba aux fins de l'administration de ses programmes de permis de conduire et d'immatriculation des véhicules, et de ses autres programmes d'assurance.

Je désigne \_\_\_\_\_ (nom du représentant) pour agir en mon nom et m'aider à régler toute question concernant ma demande d'indemnisation découlant de l'accident.

Signature du client

Date (jj/mm/aa)

### À remplir par le représentant :

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ (nom du représentant), accepte d'agir en tant que représentant de \_\_\_\_\_ (client blessé durant l'accident). Mes coordonnées sont les suivantes :

Adresse : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone de jour : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aa)

### Renvoyer le formulaire dûment rempli à :

Société d'assurance publique du Manitoba  
Gestion des indemnités pour préjudices corporels  
C.P. 6300, Winnipeg (Manitoba) R3C 4A4  
Ou par télécopieur au : 204 954-5332