



A division of CFMWS
Une division des SBMFC

Autorisation de divulguer de l'information médicale
Contrat collectif n° 901102



Claim No. _____
(Réservé à la Manuvie)

1. RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE

Número matricule (NM)	Grade	Nom de famille	Prénom	Initiales

2. SIGNATURE

Par la présente, j'autorise tous les médecins, hôpitaux, institutions, et toute autorité gouvernementale à fournir à Manuvie et/ou à la Financière SISIP, toutes les informations en leur possession, ou à répondre au mieux de leurs connaissances, en ce qui me concerne.

Je comprends que Manuvie et/ou la Financière SISIP devront recueillir et échanger certains renseignements à mon sujet au cours de leur enquête, y compris tout renseignement, dossier ou autre information à l'égard de mes antécédents et traitements médicaux, de mes soldes, de mes emplois, de mes études ou de ma formation actuels ou antérieurs (ci-après appelés « renseignements personnels »).

Mes renseignements personnels peuvent servir aux fins suivantes, là où Manuvie et/ou la Financière SISIP le jugent nécessaire :

- l'évaluation de cette demande ou de toute autre demande de prestations ou d'assurance que j'ai présentée à la Financière SISIP;
- l'administration de la police en vertu de laquelle j'ai présenté une demande;
- l'étude de mon dossier médical.

J'autorise ainsi Manuvie, la Financière SISIP et les personnes, institutions et organisations suivantes à se partager tout renseignement personnel qu'ils ont en leur possession à mon égard :

- tout médecin, praticien de la santé, hôpital, clinique, pharmacie ou autre fournisseur ou centre médical offrant des soins ou des traitements de santé;
- tout régime d'assurance santé provincial, compagnie d'assurance, réassureur;
- tout courtier d'assurance ou administrateur de programme d'avantages sociaux, mon employeur ou un ancien employeur et tous leurs agents dans l'exécution de leurs tâches relativement à mes avantages sociaux;
- tout organisme, organisation ou service gouvernemental fédéral ou provincial;
- toute organisation d'enquête ou de sécurité, agent en matière de renseignements personnels ou autre personne, agence ou institution possédant mes renseignements personnels.

Je comprends que tous les renseignements personnels que je fournis, ou que Manuvie et/ou la Financière SISIP ont recueillis, seront conservés par ces derniers dans un dossier confidentiel, lequel sera divulgué seulement aux individus autorisés. Parmi ceux-ci, on compte les employés de Manuvie et/ou de la Financière SISIP et d'autres personnes (sociétés ou particuliers) firmes ou agences retenues par Manuvie et/ou la Financière SISIP, dans l'exécution de leurs tâches, ainsi que les personnes auxquelles j'ai donné l'autorisation par écrit ou toute autre personne autorisée par la loi.

Je comprends que, dans les cas où Manuvie et/ou la Financière SISIP ont obtenu des renseignements médicaux d'une personne autre que mon médecin, de tels renseignements ne peuvent m'être communiqués que par mon médecin.

Je comprends et j'autorise que cette déclaration demeure en vigueur tant que la demande de prestations pour laquelle j'ai rempli ce formulaire existe ou que je dois faire appel à Manuvie pour des services se rapportant à cette demande. Une copie de cette autorisation est aussi valide que l'original.

Les renseignements fournis dans ce formulaire sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* ou de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques du Canada* ou d'une autre loi provinciale équivalente et ils vous seront fournis sur demande.

Signature du membre

Jour Mois Année