

## **Autorisation de divulguer des renseignements**

J'autorise que des renseignements sur la santé ou des renseignements médicaux se rapportant à mon état de santé actuel et à mon absence du travail soient communiqués à Disability Management Institute (DMI) ou échangés avec cette entité. Je comprends que l'utilisation et l'échange de tels renseignements sont rigoureusement contrôlés, et, à ce titre, j'autorise mon médecin, mon professionnel de la santé et mon assureur à discuter de renseignements sur la santé ou de renseignements médicaux se rapportant à mon état de santé actuel et à mon absence du travail, de même qu'à échanger de tels renseignements, avec Disability Management Institute.

Je comprends que DMI ouvrira et tiendra un dossier ayant trait à mon état de santé et à mon absence du travail. Je comprends également que DMI doit préserver rigoureusement la confidentialité d'un tel dossier et tenir celui-ci conformément aux exigences de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE). De plus, je comprends que l'accès aux renseignements personnels à mon sujet sera limité aux employés de DMI qui participent au traitement de ma demande.

En outre, je comprends que, sauf dans les cas où DMI peut légalement restreindre mon accès aux renseignements personnels à mon sujet, et le fait effectivement, je pourrai examiner des copies des documents contenant de tels renseignements personnels moyennant le paiement de frais de reproduction raisonnables. Je comprends aussi que je pourrai demander l'accès à de tels documents et faire noter et corriger toute erreur touchant les renseignements personnels en formulant une demande écrite à l'intention de DMI.

\_\_\_\_\_  
**Signature du travailleur**

\_\_\_\_\_  
**Signature du témoin**

\_\_\_\_\_  
**Nom du travailleur  
(en lettres moulées)**

\_\_\_\_\_  
**Nom du témoin  
(en lettres moulées)**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**Prière d'envoyer par télécopieur à DMI le  
formulaire rempli avec la note du  
médecin, le cas échéant.  
Envoyer par télécopieur au 604-552-3648  
ou, sans frais, au 866-963-9994.**