

AUTORISATION DE DÉVOILER DES RENSEIGNEMENTS/ CONSENTEMENT À UNE ÉVALUATION MÉDICALE

Prénom habituel et initiale		Nom de famille		Numéro d'assurance sociale	
Adresse du domicile (numéro, rue, appartement ou route rurale)				Ville	
Province ou Territoire	Pays (s'il ne s'agit pas du Canada)	Code postal	Numéro de téléphone () -		

- **Par les présentes, j'autorise** tout médecin, médecin spécialiste, hôpital, organisme médical ou professionnel, établissement financier, employeur, établissement scolaire de même que tout organisme ou ministère fédéral, provincial ou municipal, les services sociaux provinciaux, les commissions provinciales des accidents du travail ou administrateurs de régimes privés d'assurance, à divulguer à Service Canada les renseignements qu'ils possèdent afin de déterminer si je suis ou je continue d'être invalide et si un certain montant doit être ou doit continuer d'être payé comme prestation du Régime de pensions du Canada.
- **En vue de** fournir d'autres preuves médicales aux fins de l'évaluation de mon invalidité, je consens, sur demande de l'Administration du Régime de pensions du Canada, à être examiné(e) par un médecin qualifié ou par un médecin spécialiste consultant et à subir les tests de diagnostic que ce médecin ou ce spécialiste jugeront nécessaires. J'autorise également l'Administration du Régime de pensions du Canada à fournir au médecin ou au médecin spécialiste consultant, pour les fins de cet examen, tout renseignement médical pertinent au sujet de mon invalidité.
- **Tout renseignement personnel** que possède le Régime de pensions du Canada est protégé aux termes de la *Loi sur le Régime de pensions du Canada* et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. J'ai le droit de demander accès à ces renseignements, et je comprends qu'ils peuvent être utilisés ou divulgués dans les conditions prescrites par le Régime de pensions du Canada et la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et décrites dans le fichier de renseignements personnels RHSC PPU 146.
- **J'ai lu** les déclarations ci-dessus. Je comprends que cette information est essentielle pour établir si je suis touché(e) ou continue d'être touché(e) par une invalidité mentale ou physique grave et prolongée. En outre, cette information servira à établir la date de début et d'arrêt de mon invalidité aux termes du Régime de pensions du Canada. Je comprends également que si je refuse de consentir au dévoilement de l'information ou à subir un examen médical, la décision relative à l'attribution ou à la non-attribution d'une prestation d'invalidité sera fondée sur les renseignements qui figurent dans mon dossier.

À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR							
Signature du demandeur					Année	Mois	Jour
X							
À REMPLIR PAR UN TÉMOIN LORSQUE LE DEMANDEUR SIGNE AU MOYEN D'UN « X » OU PAR LE REPRÉSENTANT DU DEMANDEUR							
Si le document est signé par le représentant, le consentement est accordé au nom du demandeur.							
Prénom		Nom de famille		Numéro de téléphone			
				() -			
Signature du témoin ou du représentant					Année	Mois	Jour
X							
Le présent formulaire d'autorisation demeure en vigueur deux ans à partir de la date de signature à moins d'une révocation écrite antérieure par le demandeur ou le représentant signant ce formulaire. Tout document reproduit par photocopieur ou télécopieur est considéré comme l'original.							

Service Canada assure la prestation des programmes et des services de Ressources humaines et Développement social Canada (aussi connu sous le nom de Ressources humaines et Développement des compétences Canada) pour le gouvernement du Canada.