



**AUTOMOBILE INJURY COMPENSATION APPEAL COMMISSION
 COMMISSION D'APPEL DES ACCIDENTS DE LA ROUTE**

Notice of Appeal / Avis d'appel

| | |
|--|---|
| Family Name <i>Nom de famille :</i> _____ | Given Names <i>Prénoms :</i> _____ |
| Address <i>Adresse :</i> _____ | Postal code <i>Code postal :</i> _____ |
| Telephone # (Home) <i>N° de téléphone : (Domicile)</i> _____ | (Work) <i>(Travail)</i> _____ |
| | (Cell) <i>(Cellulaire)</i> _____ |
| MPIC Internal Review Decision Number <i>(found at the top right hand corner of page 1 of the Decision):</i> # _____ | |
| Numéro de la décision interne révisée de la SAPM <i>(figure en haut à droite de la page 1 de la décision)</i> # _____ | |
| Date of MPIC Internal Review Decision <i>Date de la décision révisée</i> _____ / _____ / _____ <small>DD MM YEAR</small> | Date of Accident <i>Date de l'accident :</i> _____ / _____ / _____ <small>DD MM YEAR</small> |
| <p>I wish to appeal the attached decision(s) of MPIC for the following reasons (Use the reverse side if necessary): <i>Je désire faire opposition à une décision de la SAPM, ci-jointe, pour les motifs suivant (Utilisez le verso au besoin.) :</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | |
| Representation / Représentation: | |
| <p>I will be represented at the hearing of my appeal: Yes/oui <input type="checkbox"/> No/non <input type="checkbox"/> <i>Je serai représenté à l'audience de mon appel.</i></p> <p>If so, by <i>Dans l'affirmative, par :</i> name/nom : _____</p> <p align="center"><i>Address/adresse :</i> _____</p> <p align="right"><i>Tel/tél :</i> _____</p> <p>If you will be represented by a lawyer, Claimant Adviser or other representative, the Commission will communicate directly with him/her. <i>Si vous serez représenté par un avocat, un conseiller de demandeur ou tout autre représentant, la Commission ne communiquera qu'avec lui/elle.</i></p> | |
| Mediation / Médiation: | |
| <p>Information about the mediation offered by the Automobile Injury Mediation Office is attached to this Notice of Appeal <i>Les renseignements sur la médiation fournis par le Automobile Injury Mediation Office sont joints à cet avis d'appel.</i></p> <p>Yes/oui <input type="checkbox"/> No/non <input type="checkbox"/> In addition to proceeding with this appeal at the Commission, I request the option of mediation. <i>En plus de cet appel à la Commission, je demande à bénéficier de services de médiation.</i></p> <p>Yes/oui <input type="checkbox"/> No/non <input type="checkbox"/> I consent to the Commission providing documents related to this appeal to the Automobile Injury Mediation Office for the purpose of mediation of this appeal. I understand that by agreeing to mediation I am not giving up my right to appeal. <i>Je consens à ce que la Commission fournisse les documents relatifs à cet appel au Automobile Injury Mediation Office aux fins de la médiation relative à cet appel. Je comprends qu'en acceptant la médiation, je ne renonce pas à mon droit d'appel.</i></p> | |
| <p>Signature of Appellant <i>Signature de l'appelant :</i> _____</p> <p align="right">Date : _____ / _____ / _____ <small>DD MM YEAR</small></p> | |

PLEASE NOTIFY THE COMMISSION IF YOUR ADDRESS CHANGES. This information is collected under the authority of the Manitoba Public Insurance Corporation Act. **AVISEZ LA COMMISSION DE TOUT CHANGEMENT D'ADRESSE AUSSITÔT QUE POSSIBLE.** *Ces renseignements sont recueillis en vertu de la Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba. (Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.)*