

Manitoba



Healthy Living, Seniors and Consumer Affairs
Vie saine, Aînés et Consommation

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

301-428 Portage Avenue
Winnipeg, MB R3C 0E2

428, avenue Portage, bureau 301
Winnipeg (Manitoba) R3C 0E2

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 # <i>N° de téléphone :</i>	(Home) <i>(Domicile)</i>	(Work) <i>(Travail)</i>	(Cell) <i>(Cellulaire)</i>
Date of Accident(s) <i>Date d'accident :</i>	Date of Review Decision <i>Date de la décision révisée</i>		
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>			
_____ _____ _____			
I will be represented at the hearing of my appeal: <i>Je serai représenté à l'audience de mon appel.</i> Yes/oui <input type="checkbox"/> No/non <input type="checkbox"/>			
If so, by <i>Dans l'affirmative, par :</i> name/nom : _____ Address/adresse : _____ Tel/tél : _____			
If you will be represented by a lawyer, Claimant Adviser or other representative, the Commission will communicate directly with him/her. Si vous serez représenté par un avocat, un conseiller de demandeur ou tout autre représentant, la Commission ne communiquera qu'avec lui/elle.			
In addition to proceeding with this appeal at the Commission, I request the option of mediation. En plus de cet appel à la Commission, je demande à bénéficier de services de médiation. Yes/oui <input type="checkbox"/> No/non <input type="checkbox"/>			
Information about the mediation offered by the Automobile Injury Mediation Office is attached to this Notice of Appeal. Les renseignements sur la médiation fournis par le Automobile Injury Mediation Office sont joints à cet avis d'appel.			
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. 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. Yes/oui <input type="checkbox"/> No/non <input type="checkbox"/>			
Signature of Appellant <i>Signature de l'appelant :</i> _____			Date : _____

If you need assistance filling out this form, please call 945-4155 or 1-800-282-8069 (ask for the Automobile Injury Compensation Appeal Commission). **PLEASE NOTIFY THE COMMISSION IF YOUR ADDRESS CHANGES.** This information is collected under the authority of the Manitoba Public Insurance Corporation Act.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez composer le 945-4155 ou le 1 800-282-8069 (demandez la Commission d'appel des accidents de la route). **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.)