

La demande doit être soumise à l'assureur dans les 90 jours suivant le diagnostic.

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré		Prénom de l'assuré		N° de police	
Date de naissance (JJ-MM-AAAA)			N° d'assurance maladie		
Adresse					
Téléphone domicile		Cellulaire		Courriel	
Nom du preneur de la police					

RENSEIGNEMENTS SUR LA MALADIE

1. De quelle maladie souffrez-vous?						
2. Date de la première consultation pour cette maladie (JJ-MM-AAAA)			3. Quand avez-vous été avisé du diagnostic (JJ-MM-AAAA)			
4. Nom et adresse du médecin qui a diagnostiqué la maladie						
5. Nom et adresse de votre médecin traitant si différent						
6. Nom et adresse de tous les médecins consultés au cours des deux dernières années						
Nom du médecin		Adresse		Date de la première consultation (JJ-MM-AAAA)	Date de la dernière consultation (JJ-MM-AAAA)	Diagnostic
7. Avez-vous déjà souffert de cette maladie ou d'une affection analogue? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Si oui, veuillez indiquer la date (JJ-MM-AAAA) et décrivez la maladie		
8. Avez-vous été hospitalisé relativement à cette maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Si oui, veuillez indiquer la date et le lieu		
Du (JJ-MM-AAAA)		Au (JJ-MM-AAAA)		Hôpital		

ATTESTATION

Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, complètes et véridiques. En nous transmettant ce présent formulaire, vous comprenez que nous traiterons vos renseignements personnels conformément aux modalités de notre Politique de confidentialité. Nous vous invitons à lire attentivement notre Politique de confidentialité disponible sur notre site internet, laquelle prévoit notamment les catégories de tiers à qui il est nécessaire de communiquer et/ou d'obtenir vos renseignements personnels, parfois à l'extérieur de votre province de résidence, ainsi que vos droits d'accès et de rectification de vos renseignements personnels.

Signature de l'assuré

Date (JJ-MM-AAAA)

Signature du preneur si l'assuré a moins 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario.

Date (JJ-MM-AAAA)

Ce formulaire est requis lors d'une demande de prestations en vertu de la garantie **Maladies Graves** et doit être remis à l'assureur dans les 90 jours qui suivent l'établissement du diagnostic.

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

- Il est important de remplir toutes les sections et de répondre à toutes les questions du formulaire.
- Annexer le formulaire DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT et, s'il y a lieu, l'ATTESTATION MÉDICALE à la demande de prestations.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

- Seule la section IDENTIFICATION doit être remplie par l'assuré puis remise au médecin.
- Une photocopie des notes cliniques ou des résultats de tests doit être annexée au formulaire rempli par le médecin.
- Annexer le formulaire ATTESTATION MÉDICALE s'il y a eu traitements en clinique externe, soins à domicile ou frais de transport par ambulance.
- Les frais exigés par le médecin pour la production de ces documents sont à la charge de l'assuré.

ATTESTATION MÉDICALE

L'attestation médicale doit être remplie s'il y a eu traitements en clinique externe, soins à domicile ou services ambulanciers.

- Seule la section IDENTIFICATION doit être remplie par l'assuré.
- Faire remplir les autres sections du formulaire par une personne dûment autorisée.
- Joindre tous les reçus originaux.
- Les frais exigés pour la production de ces documents sont à la charge de l'assuré.

Important

Il ne faut rien écrire ni modifier les notes du médecin dans la DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT et dans l'ATTESTATION MÉDICALE. Pour apporter des précisions ou des commentaires aux renseignements fournis par le médecin, utiliser une feuille séparée.

AUTORISATION

- Lire attentivement le texte de l'autorisation afin d'en comprendre la portée. Ce formulaire sera utilisé pour obtenir les renseignements nécessaires à l'analyse de votre demande ou pour communiquer des renseignements à des tierces parties.
- Les trois autorisations doivent être signées et datées pour éviter tout délai dans le traitement de la demande.
- Signer au crayon à bille à encre bleue. Certains hôpitaux peuvent confondre une signature au feutre noir avec une photocopie.

Soumettre la demande à l'adresse indiquée ci-dessous, selon la province de résidence. Pour toute question, communiquer avec le service des règlements par téléphone avant d'envoyer votre demande pour éviter les délais inutiles. Les appels de notre service de règlements sont enregistrés pour fins de formation, de contrôle de qualité et de vérification.

Croix Bleue Canassurance**Règlements, assurances vie et invalidité**

Téléphone : **514 286-8302** ou **1 800 300-5002**

Bureau au Québec

1981, avenue McGill College, bureau 105

Montréal (Québec) H3A 0H6

Site sécurisé : qc.croixbleue.ca/depot

Bureau en Ontario

Casier postal 4433, Station A

Toronto, Ontario M5W 3Y7

Site sécurisé : on.bluecross.ca/depot

DEMANDE DE RÈGLEMENT MALADIES GRAVES

Déclaration du médecin traitant

Ce formulaire doit être soumis à l'assureur dans les 90 jours qui suivent l'établissement du diagnostic.

IDENTIFICATION DU PATIENT (à remplir par l'assuré)

Nom de l'assuré	Prénom de l'assuré	N° de police
Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	N° d'assurance maladie	

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (à remplir et à remettre au patient)

DIAGNOSTIC

1. Diagnostic principal	Code CIM-9
2. Diagnostic secondaire	Code CIM-9
3. Date d'apparition des symptômes (JJ-MM-AAAA)	4. Date d'établissement du diagnostic (JJ-MM-AAAA)
5. Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection analogue? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, veuillez indiquer la date (JJ-MM-AAAA) et fournir une description	
6. Symptômes subjectifs	7. Symptômes objectifs (résultats récents de radiographies, ECG, analyses de laboratoire, etc.)
8. Antécédents pertinents	9. Pronostic
10. S'il s'agit d'un accident cérébrovasculaire, y avait-il présence de séquelles neurologiques 30 jours après l'ACV? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	11. Le patient est-il atteint du SIDA, ARS ou d'une maladie liée à un test HIV positif? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12. Le patient a-t-il utilisé des médicaments non prescrits par un médecin	

TRAITEMENT

1. Type de traitement et durée anticipée
2. Date (JJ-MM-AAAA) et type d'intervention chirurgicale, le cas échéant

HOSPITALISATION(S)

1. Le patient a-t-il été hospitalisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez indiquer la date et le lieu.		
Du (JJ-MM-AAAA)	Au (JJ-MM-AAAA)	Hôpital

ATTESTATION

Nom	Prénom	Téléphone
Adresse		Télécopieur
<input type="checkbox"/> Omnipraticien <input type="checkbox"/> Spécialiste	Précisez	N° de permis d'exercer
Signature		Date (JJ-MM-AAAA)

Il est de la responsabilité du patient de faire remplir cette attestation par la clinique.

IDENTIFICATION DU PATIENT (à remplir par l'assuré)

Nom de l'assuré	Prénom de l'assuré	N° de police
Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	N° d'assurance maladie	

TRAITEMENTS EN CLINIQUE EXTERNE

1. Diagnostic			
2. Nom et adresse de l'établissement			
Nom			
N°	Rue	App.	
Ville		Province	Code postal
3. Traitements reçus <input type="checkbox"/> chimiothérapie <input type="checkbox"/> radiothérapie <input type="checkbox"/> autre(s)		Si autre(s), précisez	
4. Dates des traitements			
(JJ-MM-AAAA)	(JJ-MM-AAAA)	(JJ-MM-AAAA)	(JJ-MM-AAAA)
(JJ-MM-AAAA)	(JJ-MM-AAAA)	(JJ-MM-AAAA)	(JJ-MM-AAAA)

ATTESTATION

J'atteste, par la présente, que le patient a reçu les traitements indiqués ci-dessus.

Nom de la personne autorisée

Téléphone

Signature de la personne autorisée

Date (JJ-MM-AAAA)

Note : Les frais pour remplir cette demande sont à la charge de la personne assurée.

Il est de la responsabilité du patient de faire remplir cette attestation par le médecin ayant prescrit les soins infirmiers.

IDENTIFICATION DU PATIENT (à remplir par l'assuré)

Nom de l'assuré	Prénom de l'assuré	N° de police
Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	N° d'assurance maladie	

SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

1. Diagnostic		
2. Nom de l'hôpital		
3. S'il s'agit d'une chirurgie, indiquez la date (JJ-MM-AAAA)	Date de congé (JJ-MM-AAAA)	4. Date de prescription des soins infirmiers à domicile
5. Détails des soins et traitements qui seront donnés par l'infirmière		
6. Indiquez si des soins infirmiers auxiliaires seulement sont requis		
7. Si les soins ne sont pas couverts en vertu de la Loi sur l'assurance hospitalisation ou de la Loi sur l'assurance maladie, pour quelle raison sont-ils requis?		

ATTESTATION

J'atteste, par la présente, que les soins infirmiers décrits ci-dessus sont médicalement requis :

24 heures par jour, pour _____ jours 16 heures par jour, pour _____ jours 8 heures par jour, pour _____ jours
 Autre : _____ heures par jour, pour _____ jours

Nom de la personne autorisée

Téléphone

Signature de la personne autorisée

Date (JJ-MM-AAAA)

Note : Les frais pour remplir cette demande sont à la charge de la personne assurée.

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré	Prénom de l'assuré	N° de police
Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	Nom du preneur de la police	
<p>Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le MIB, Inc. ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à Canassurance Compagnie d'Assurance et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ci-après nommées l'Assureur, à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.</p> <p>J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet. De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active. En nous transmettant ce présent formulaire, vous comprenez que nous traiterons vos renseignements personnels conformément aux modalités de notre Politique de confidentialité. Nous vous invitons à lire attentivement notre Politique de confidentialité disponible sur notre site internet, laquelle prévoit notamment les catégories de tiers à qui il est nécessaire de communiquer et/ou d'obtenir vos renseignements personnels, parfois à l'extérieur de votre province de résidence, ainsi que vos droits d'accès et de rectification de vos renseignements personnels.</p>		
Signature de l'assuré	Signature du preneur si l'assuré a moins 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario.	Date (JJ-MM-AAAA)

01VRS0015F (2024-10)

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré	Prénom de l'assuré	N° de police
Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	Nom du preneur de la police	
<p>Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le MIB, Inc. ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à Canassurance Compagnie d'Assurance et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ci-après nommées l'Assureur, à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.</p> <p>J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet. De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active. En nous transmettant ce présent formulaire, vous comprenez que nous traiterons vos renseignements personnels conformément aux modalités de notre Politique de confidentialité. Nous vous invitons à lire attentivement notre Politique de confidentialité disponible sur notre site internet, laquelle prévoit notamment les catégories de tiers à qui il est nécessaire de communiquer et/ou d'obtenir vos renseignements personnels, parfois à l'extérieur de votre province de résidence, ainsi que vos droits d'accès et de rectification de vos renseignements personnels.</p>		
Signature de l'assuré	Signature du preneur si l'assuré a moins 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario.	Date (JJ-MM-AAAA)

01VRS0015F (2024-10)

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré	Prénom de l'assuré	N° de police
Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	Nom du preneur de la police	
<p>Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le MIB, Inc. ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à Canassurance Compagnie d'Assurance et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ci-après nommées l'Assureur, à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.</p> <p>J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet. De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment. Cette autorisation sera valide tant que ma demande de prestations d'assurance invalidité sera active. En nous transmettant ce présent formulaire, vous comprenez que nous traiterons vos renseignements personnels conformément aux modalités de notre Politique de confidentialité. Nous vous invitons à lire attentivement notre Politique de confidentialité disponible sur notre site internet, laquelle prévoit notamment les catégories de tiers à qui il est nécessaire de communiquer et/ou d'obtenir vos renseignements personnels, parfois à l'extérieur de votre province de résidence, ainsi que vos droits d'accès et de rectification de vos renseignements personnels.</p>		
Signature de l'assuré	Signature du preneur si l'assuré a moins 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario.	Date (JJ-MM-AAAA)

01VRS0015F (2024-10)