

Le formulaire doit être soumis dans les 90 jours suivant la date de la perte accidentelle.

### 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 L'ACCIDENT

Dans le cas d'un accident, veuillez fournir le plus d'information possible.

Date (JJ-MM-AAAA)	Heure	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Lieu de l'accident (précisez si possible l'adresse civique et indiquez s'il s'agit d'une résidence, d'un édifice public, d'une route, d'un chantier, etc.)		
Circonstances de l'accident (expliquez comment l'accident s'est produit)		
Nom des témoins		
Y a-t-il eu un rapport de police? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez joindre une copie.		
S'il s'agit d'un accident de la route, une demande d'indemnité a-t-elle été faite auprès d'un assureur public ou privé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, précisez :		
Nom de l'assureur	N° de dossier (si connu)	
Nom des témoins		
Y a-t-il eu un rapport de police? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez joindre une copie.		

### 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.

Les formulaires rassemblés dans ce document sont requis lors d'une demande de prestations en vertu de la garantie Mutilation ou perte d'usage accidentelle.

Il faut répondre à toutes les questions du formulaire et soumettre la demande dans les 90 jours suivant la perte accidentelle. S'il s'agit d'un décès accidentel, utiliser les formulaires inclus dans la DEMANDE DE RÈGLEMENT AU DÉCÈS.

**DÉCLARATION DE L'ASSURÉ**

- Les sections IDENTIFICATION, RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT et ATTESTATION doivent être remplies.
- Si une demande de prestations a été soumise à un autre assureur, public ou privé, fournir les renseignements pertinent dans la section RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT.

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

- Seule la section IDENTIFICATION doit être remplie par l'assuré puis remise au médecin.
- Une photocopie des notes cliniques et du protocole opératoire doit être annexée au formulaire dûment rempli.
- Les frais exigés par le médecin 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. 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 : **1 800 300-5002**

**Bureau au Québec**  
1981, avenue McGill College, bureau 105  
Montréal (Québec) H3A 0H6  
Site sécurisé : [qc.croixbleue.ca/depot](https://qc.croixbleue.ca/depot)

**Bureau en Ontario**  
Casier postal 4433, Station A  
Toronto, Ontario M5W 3Y7  
Site sécurisé : [on.bluecross.ca/depot](https://on.bluecross.ca/depot)

# MUTILATION OU PERTE D'USAGE ACCIDENTELLE

## Déclaration du médecin traitant

### 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 de l'accident (JJ-MM-AAAA)	4. Date de la première consultation pour cette condition (JJ-MM-AAAA)	
5. Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :		
a) des examens ou tests? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez	
b) une chirurgie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de l'intervention chirurgicale	Date de la chirurgie (JJ-MM-AAAA)
c) une hospitalisation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dates d'hospitalisation : du (JJ-MM-AAAA) au (JJ-MM-AAAA)	
	Nom de l'hôpital	
6. À votre connaissance, le patient souffre-t-il d'une maladie susceptible d'avoir causé cette perte en tout ou en partie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
7. Si oui, de quelle maladie souffre-t-il?		
8. Depuis quand? (JJ-MM-AAAA)		
9. Autres commentaires		

**Veillez annexer à ce formulaire une photocopie des notes cliniques et du protocole opératoire.**

### 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)

## 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)