

Mutilation ou perte d'usage accidentelle

Déclaration de l'assuré

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

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : _____ N° de police : _____
Date de naissance : _____ jour/mois/année N° d'assurance maladie de l'assuré : _____
Adresse : _____
Tél. 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 : _____ jour/mois/année Heure : _____ : _____ AM 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 ? oui 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 ?
 oui 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 ? oui non Si oui, joindre une copie.

ATTESTATION

Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, complètes et véridiques.

Signature _____ Date _____ jour/mois/année
Signature du preneur si la personne assurée a moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario

Lire attentivement l'AVIS IMPORTANT au verso de ce formulaire

AVIS IMPORTANT

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 RÉGLEMENT 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 pertinents 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, 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

Télécopieur : 1 877-590-7504

Adresse au Québec

1981, avenue McGill College, bureau 105
Montréal (Québec) H3A 0H6

Courriel : reglementsvie.invalidite@qc.croixbleue.ca

Adresse en Ontario

Casier Postale 4433, Station A
Toronto (Ontario) M5W 3Y7

Courriel : reglementsvie.invalidite@ont.croixbleue.ca

Mutilation ou perte d'usage accidentelle

Déclaration du médecin traitant

IDENTIFICATION DU PATIENT (section à remplir par la personne assurée)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ jour/mois/année N° de la police : _____ N° d'assurance-maladie : _____

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

DIAGNOSTIC

1. Diagnostic principal : _____ Code CIM-9 : _____

2. Diagnostic secondaire : _____ Code CIM-9 : _____

3. Date de l'accident : _____ jour/mois/année

4. Date de la première consultation pour cette condition : _____ jour/mois/année

5. Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :

a) des examens ou tests ? oui non Précisez : _____

b) une chirurgie ? oui non Nom de l'intervention chirurgicale : _____

Date de la chirurgie : _____ jour/mois/année

c) une hospitalisation : oui non Dates d'hospitalisation : du _____ jour/mois/année au _____ jour/mois/année

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? oui non

7. Si oui, de quelle maladie souffre-t-il ? _____

8. Depuis quand ? _____ jour/mois/année

9. Autres commentaires : _____

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

ATTESTATION

Nom et prénom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Télécopieur : _____

Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____ N° de permis d'exercer : _____

Signature _____ Date _____ jour/mois/année

Note : les frais pour remplir cette déclaration sont à la charge de par la personne assurée.

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré: _____
No de police : _____ Date de naissance : _____ jour / mois / année
Nom du preneur de la police : _____

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 Bureau de renseignements médicaux (MIB) 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 l'Association d'Hospitalisation Canassurance ou à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après nommé 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.

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.

Signature de l'assuré Date

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

01VRS0015F (03-2020)

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré: _____
No de police : _____ Date de naissance : _____ jour / mois / année
Nom du preneur de la police : _____

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 Bureau de renseignements médicaux (MIB) 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 l'Association d'Hospitalisation Canassurance ou à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après nommé 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.

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.

Signature de l'assuré Date

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

01VRS0015F (03-2020)

IDENTIFICATION

Nom de l'assuré: _____
No de police : _____ Date de naissance : _____ jour / mois / année
Nom du preneur de la police : _____

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 Bureau de renseignements médicaux (MIB) 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 l'Association d'Hospitalisation Canassurance ou à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après nommé 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.

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.

Signature de l'assuré Date

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

01VRS0015F (03-2020)