

*Dans ce formulaire, le masculin englobe les deux genres et est utilisé pour alléger le texte.*

### DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé : \_\_\_\_\_

Numéro de police : **19800-000** \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Address : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_ souhaite présenter une demande d'indemnité pour maladie en phase terminale dans le cadre de mon régime collectif.

### AUTORISATION DU DEMANDEUR

Je certifie par la présente qu'à ma connaissance, les renseignements fournis ci-dessus sont exacts. J'autorise tout médecin autorisé, médecin praticien, hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou lié aux soins de santé, toute compagnie d'assurance ou autre organisation, institution ou personne ayant des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur ma santé à fournir lesdits renseignements à Croix Bleue Medavie.

Je comprends que les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire, ainsi que tous les renseignements personnels déjà communiqués ou recueillis plus tard par Croix Bleue Medavie ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués pour administrer les modalités de ma police, pour concevoir et recommander des produits et des services qui peuvent m'être pertinents et pour gérer les affaires de la compagnie.

Selon le type de couverture que je souscris, certains renseignements personnels peuvent être recueillis auprès d'une tierce partie ou communiqués à cette dernière. Ces tierces parties comprennent les autres Croix Bleue, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance vie ou de régimes de soins de santé, le gouvernement et les autorités de réglementation, et d'autres tierces parties au besoin pour administrer les garanties décrites dans ma police.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et qu'ils sont protégés. Je comprends que je peux annuler mon consentement en tout temps. Toutefois, si je refuse de donner mon consentement, ou si je l'annule, la couverture peut m'être refusée ou mon contrat peut être résilié. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont requis et je suis conscient des risques et des avantages d'accepter qu'ils soient divulgués. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les politiques de Croix Bleue en matière de protection des renseignements personnels, je peux communiquer avec Croix Bleue en composant le 1-800-667-4511 ou visiter le cbmedavie.ca si j'ai des questions sur la collecte, l'utilisation ou la divulgation de mes renseignements personnels.

J'autorise Croix Bleue à recueillir, utiliser et divulguer mes renseignements personnels comme il est décrit ci-dessus.

Daté à \_\_\_\_\_ en ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ de l'an \_\_\_\_\_

Signature du témoin : \_\_\_\_\_

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_

(si le demandeur a moins de 18 ans, la signature du titulaire de police, d'un parent ou d'un tuteur est exigée.)

Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

*Dans ce formulaire, le masculin englobe les deux genres et est utilisé pour alléger le texte.*

**PARTIE 1 : AUTORISATION DU PATIENT**

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise la divulgation de tout renseignement ci-inclus demandé par mon assureur ou ses agents.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**PARTIE 2 : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

Diagnostic :

A) Primaire : \_\_\_\_\_

B) Secondaire : \_\_\_\_\_

C) Conditions ou complications supplémentaires : \_\_\_\_\_

Date d'apparition des symptômes : \_\_\_\_\_

**À votre avis, quelle est l'espérance de vie de votre patient? (obligatoire)** \_\_\_\_\_

Veuillez fournir toute information pertinente pour cette application : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_