

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR UNE BLESSURE ACCIDENTELLE

Instructions : 1) Remplir l'endos du formulaire. 2) Faire remplir le verso par le médecin. 3) Envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse ci-dessus.

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR OU DU TITULAIRE DE LA POLICE		
Nom de l'employé		N° de police 19500
Occupation		N° d'identification
Dernier jour de travail de l'employé (JJ / MM / AA)	Raison de la cessation d'emploi	
	Congédiement <input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="checkbox"/> Mise à pied temporaire <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Mise à pied <input type="checkbox"/> Démission <input type="checkbox"/> Congé autorisé <input type="checkbox"/>	
La demande de règlement résulte-t-elle d'un accident du travail? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Une demande de prestations a-t-elle été présentée auprès de la commission des accidents du travail? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des raisons de douter du bien-fondé de cette demande de règlement? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative, expliquer.		
Nom de l'administrateur _____ <small>En caractères d'imprimerie</small>		
Date _____	Signature _____	

DÉCLARATION DU DEMANDEUR		
Nom	Adresse	Date de naissance (JJ / MM / AA)
Date de l'accident (JJ / MM / AA) _____		Heure _____
		<input type="checkbox"/> Avant-midi <input type="checkbox"/> Après-midi
L'accident est survenu <input type="checkbox"/> au domicile <input type="checkbox"/> au travail <input type="checkbox"/> autre (préciser) _____		
Comment l'accident est-il survenu? En donner une description détaillée.		
Je demande des prestations d'invalidité en raison de la perte de _____		
Je, soussigné(e), déclare qu'à ma connaissance les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets.		
Fait à _____ le _____ année _____		
Témoïn _____		Signature du demandeur _____
Adresse _____		Adresse _____
_____		_____
_____		_____

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE	
VEUILLEZ JOINDRE UN CHÈQUE PORTANT LA MENTION « ANNULÉ » ICI.	
Institution financière : _____	
Adresse de l'institution financière : _____	
Numéro transitaire de l'institution financière : _____	Numéro de la succursale : _____
Numéro de compte : _____	
Je demande que mes prestations soient payées par virement électronique de fonds (dépôt direct) sur ce compte. Je peux annuler cette autorisation à tout moment en donnant un avis écrit à Croix Bleue.	
Signature : _____	Date (aaa/mm/jj) : _____

N° de police _____ N° d'identification _____

Par la présente, j'autorise tout médecin autorisé, praticien de la médecine, hôpital, clinique, établissement hospitalier ou relié à la médecine, compagnie d'assurances ou autre association, établissement ou personne possédant un dossier ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé à les communiquer à Croix Bleue Medavie.

Je comprends que les renseignements personnels fournis ainsi que tous les autres renseignements personnels déjà communiqués ou recueillis plus tard dans le cadre du régime de Croix Bleue Medavie ou de la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada peuvent être recueillis, utilisés ou communiqués pour administrer les modalités de ma police, pour élaborer et me recommander des produits et des services adaptés à mes besoins et pour gérer les affaires de la Compagnie.

Selon le type de protection 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 sociétés Croix Bleue, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance-vie ou de protection-santé, le gouvernement et les autorités de réglementation, le détenteur de certificat de toute police dans le cadre de laquelle je suis un participant, ainsi que d'autres tierces parties lorsque nécessaire pour administrer les produits et services assurés dans la 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 protection 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(e) des risques et des avantages d'accepter ou de refuser qu'ils soient divulgués. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les politiques de la Croix Bleue en matière de protection des renseignements personnels, je peux communiquer avec le personnel de la Croix Bleue au 1-800-667-4511 ou à www.medavie.croixbleue.ca si j'ai des questions sur la collecte, l'utilisation ou la communication de mes renseignements personnels.

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

Fait à _____ le _____ année _____ .

Signature du demandeur _____ Adresse _____

Signature du témoin _____ Adresse _____

