

644, RUE MAIN CP 220
MONCTON NB E1C 8L3
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

230 AVENUE BROWNLOW - DARTMOUTH
CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

CP 2000 185 THE WEST MALL BUREAU 1200
ETOBICOKE ON M9C 5P1
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

1981, AVENUE MCGILL COLLEGE, BUREAU 100
MONTRÉAL QC H3A 3A7
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

Instructions : 1) Remplir la page 1 du formulaire. 2) Faire remplir la page 2 par le médecin. 3) Envoyer le formulaire dûment rempli à Croix Bleue Medavie.
4) Veuillez également demander à l'administrateur du groupe de remplir la déclaration de l'employeur, FORM-1143, et de la soumettre à Croix Bleue Medavie.

Le masculin est utilisé dans le présent document de façon neutre dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Parmi les documents justificatifs supplémentaires, notons : la Déclaration du médecin traitant, le rapport de police, le rapport de toxicologie et les articles de journaux sur l'accident, s'il y a lieu.

Nom de l'employé : _____

Date de naissance de l'employé (JJ/MM/AAAA) : _____ Numéro de police : _____

Cette demande de règlement concerne-t-elle une personne à charge? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom de la personne à charge : _____

Si oui, date de naissance de la personne à charge (JJ/MM/AAAA) : _____

Adresse : _____ Adresse courriel : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Numéro de téléphone : _____

Date de l'accident (JJ/MM/AAAA) : _____ Heure : ☐ Avant-midi ☐ Après-midi

Comment l'accident est-il survenu? En donner une description détaillée :

RENSEIGNEMENTS SUR L'INSTITUTION FINANCIÈRE

VEUILLEZ JOINDRE UN CHÈQUE SPÉCIMEN OU UNE COPIE ÉLECTRONIQUE DE VOTRE FORMULAIRE DE DÉPÔT DIRECT.

AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ

Je comprends que les renseignements personnels que j'ai fournis dans le présent formulaire sont recueillis et utilisés par Croix Bleue Medavie pour administrer les modalités de ma police ou de la police d'assurance collective à laquelle j'adhère, pour me recommander des produits et des services auxquels je suis admissible en raison de mon adhésion à une police, ainsi que pour d'autres fins applicables, tel qu'il est décrit dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à cbmedavie.ca.

Selon le type de couverture que je souscris, certains renseignements personnels, par exemple des données sur mes demandes de règlement ou ma santé ou encore des données financières, pourraient être recueillis auprès de tiers ou leur être communiqués, afin d'administrer et de gérer les garanties énoncées dans la police à laquelle j'adhère. Ces tiers peuvent comprendre des fournisseurs de soins de santé, d'autres compagnies d'assurance, des organismes de réglementation et d'enquête, des fournisseurs de services et le ou la titulaire de carte de tout contrat auquel j'adhère.

Si la loi le permet, mes renseignements personnels peuvent être transmis à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services dans une province autre que celle où ces données ont été recueillies. Si je réside au Québec, mes renseignements personnels pourraient être transférés ou divulgués à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services hors Québec.

Je comprends que mon consentement n'est valide que lorsqu'il est nécessaire pour les besoins décrits dans le présent document, à moins que je ne le retire. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps. Cependant, dans certaines circonstances, une telle action pourrait empêcher Croix Bleue Medavie de me fournir certains produits ou services qui pourraient nous être utiles, à moi et à mes personnes à charge. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Si vous avez des préoccupations ou des questions ou souhaitez en savoir plus sur nos pratiques en matière de renseignements, y compris sur la façon dont vos renseignements personnels sont protégés et sur la marche à suivre pour consulter ou corriger vos renseignements personnels, veuillez lire l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à cbmedavie.ca ou composer le 1-800-667-4511.

Daté à _____ en ce _____ jour de _____ de l'an _____

Signature du témoin : _____

Signature de l'employé : _____

(si l'employé 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.

644, RUE MAIN CP 220
MONCTON NB E1C 8L3
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

230 AVENUE BROWNLOW - DARTMOUTH
CP 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

CP 2000 185 THE WEST MALL BUREAU 1200
ETOBICOKE ON M9C 5P1
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

1981, AVENUE MCGILL COLLEGE, BUREAU 100
MONTREAL QC H3A 3A7
TÉL. : 1-877-849-8509
TÉLÉC. : 1-800-644-1722
absence@medavie.ca

AUTORISATION DU PATIENT

Nom du patient : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

J'autorise par la présente la divulgation de tout renseignement relatif à cette demande à mon assureur.

Signature : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN

Date de l'accident (JJ/MM/AAAA) : _____ Nature de l'accident : _____

S'agit-il de blessures que la personne s'est infligées? ☐ Oui ☐ Non Expliquez : _____

L'accident est-il survenu en cours d'emploi? ☐ Oui ☐ Non

La perte est-elle attribuable à une blessure corporelle causée entièrement par une cause accidentelle, externe et violente? ☐ Oui ☐ Non

Sinon, expliquer quelles en sont les causes. _____

Date du premier traitement à la suite de l'accident (JJ/MM/AAAA) : _____ Date du dernier traitement à la suite de l'accident (JJ/MM/AAAA) : _____

Le patient a-t-il été hospitalisé? ☐ Oui ☐ Non Nom de l'hôpital : _____

Date de traitement à l'hôpital :

Service de consultation externe (JJ/MM/AAAA) : _____ **OU** Date d'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) : _____ Date de la sortie (JJ/MM/AAAA) : _____

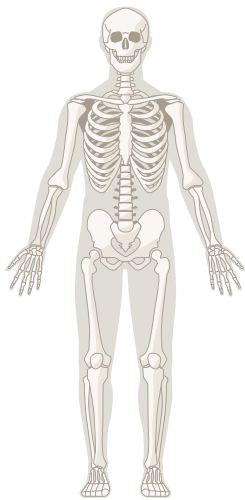
Traitement chirurgical (s'il y a lieu) : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

Détails : _____

Êtes-vous au courant si d'autres médecins ont traité le patient à la suite de l'accident? ☐ Oui ☐ Non

Dans l'affirmative, donnez le nom et l'adresse du (des) médecin(s) : _____

Si l'accident a entraîné la perte d'une main, d'un bras, d'une jambe ou d'un pied, indiquez le degré d'amputation ou de perte de l'usage dans le tableau.



Résultat de l'accident

main	☐ gauche	☐ droite	☐ les deux
pied	☐ gauche	☐ droite	☐ les deux
bras	☐ gauche	☐ droite	☐ les deux
jambe	☐ gauche	☐ droite	☐ les deux
pouce et doigt (au niveau ou au-dessus de la première phalange)			
pouce n° 1	☐ gauche	☐ droite	☐ les deux
index n° 2	☐ gauche	☐ droite	☐ les deux
majeur n° 3	☐ gauche	☐ droite	☐ les deux
annulaire n° 4	☐ gauche	☐ droite	☐ les deux
auriculaire n° 5	☐ gauche	☐ droite	☐ les deux
orteil (au niveau ou au-dessus de la première phalange)			
gros orteil n° 1	☐ gauche	☐ droite	☐ les deux
n° 2	☐ gauche	☐ droite	☐ les deux
n° 3	☐ gauche	☐ droite	☐ les deux
n° 4	☐ gauche	☐ droite	☐ les deux
petit orteil n° 5	☐ gauche	☐ droite	☐ les deux
perte de la parole			☐
perte de l'ouïe	☐ gauche	☐ droite	☐ les deux
perte de la vue (20/200)	☐ gauche	☐ droite	☐ les deux

A. Perte de l'usage

B. Amputation (s'il y a lieu)

C. Date de la perte (JJ/MM/AA)

b) Le patient est-il : 1) tétraplégique ☐ Oui ☐ Non 2) paraplégique ☐ Oui ☐ Non 3) hémiparaplégique ☐ Oui ☐ Non
S'agit-il d'une perte totale et irrémédiable? ☐ Oui ☐ Non

Commentaires : _____

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Numéro de téléphone : _____

Signature : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

Le patient est tenu de faire remplir le présent formulaire et les frais pour ce faire sont à ses frais.