

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

1. No de groupe : _____ No d'identification : _____

2. Nom de l'employé : _____

3. Le cas échéant, date et raison de l'arrêt de travail de l'employé :

4. La couverture a-t-elle été annulée? (si oui, date et raison):

5. Avez-vous des doutes sur la validité de cette demande?

Date : _____ Signature de l'employeur: _____

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

1. Nom : _____

2. Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

3. Si vous demandez des prestations pour une personne à charge, inscrivez son nom au long :
_____ sa date de naissance : _____

et le lien de parenté avec vous : _____

4. Date de la première visite médicale pour cette condition : _____

5. Date à laquelle le diagnostic a été établi : _____

6. Nom et adresse du médecin ayant diagnostiqué la maladie : _____

7. Nom et adresse du médecin traitant : _____

8. Maladie pour laquelle vous demandez des prestations : _____

9. S'agit-il d'une rechute ou d'une aggravation? Si oui, veuillez préciser quand la maladie a
originellement débuté : _____

Je, soussigné, déclare que ces renseignements sont exacts et véridiques

Date : _____ Signature de l'employé : _____

AUTORISATION

J'autorise Croix Bleue à obtenir les informations nécessaires au règlement de cette demande de prestations de tout professionnel de la santé, clinique médicale ou hôpital, d'un autre assureur, d'un organisme gouvernemental, de tout employeur de même que du preneur du contrat. J'autorise également Croix Bleue à échanger des informations avec ces personnes et organismes.

Date : _____ Signature de l'employé : _____