

CP 668, SUCCURSALE « B », MONTRÉAL (QUÉBEC) H3B 3K3
TÉLÉPHONE : 514-286-7778 TÉLÉCOPIEUR : 514-286-8397
COURRIEL : SALAIRE@MEDAVIE.CROIXBLEUE.CA

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

N° de groupe : _____ N° d'ID : _____

Nom de l'adhérent : _____

Titre d'emploi : _____

Dernier jour de travail : _____ Date de naissance : _____

Avez-vous des raisons de douter de la validité de cette demande de règlement ? oui non

N° de téléphone : _____

Nom : _____

Date : _____ Signature : _____

DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

Si vous réclamez pour une personne à charge, veuillez indiquer:

1. Nom : _____

2. Date de naissance : _____

3. Lien de parenté : _____

4. Date de l'accident : _____ Heure de l'accident : _____

5. Lieu où s'est produit l'accident : _____

6. Expliquez ce qui s'est produit : _____

7. Y-a-t-il eu un rapport de police ? Oui Non

8. En cas d'hospitalisation, précisez le nom de l'hôpital et les dates : _____

9. Noms et adresses des médecins et chirurgiens traitants : _____

10. Nature de la perte résultant de l'accident : _____

Je certifie qu'au meilleur de ma connaissance, les déclarations faites plus haut sont complètes et véridiques et que la perte faisant l'objet de cette demande de règlement a été entièrement causée par l'accident décrit aux questions 4, 5 et 6 plus haut et ne peut être imputée, en aucune façon, soit totalement, soit partiellement, à une autre cause. J'autorise Croix Bleue à obtenir les renseignements médicaux et administratifs nécessaires au règlement de cette demande auprès d'un professionnel de la santé, d'une clinique médicale, d'un hôpital, d'un employeur, d'un assureur, d'un organisme gouvernemental et du preneur du contrat. J'autorise également Croix Bleue à échanger de tels renseignements avec ces personnes et ces organismes.

Signature : _____ Date : _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

1. Nom du patient : _____

2. Date de l'accident : _____

3. Date de la première consultation pour cette condition : _____

4. Nature des pertes (mutilation, perte d'usage) subies en raison de l'accident : _____

Signature : _____ Date : _____

Nom (en lettres moulées) : _____