

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) : \_\_\_\_\_