

# Demande de règlement

## Fracture accidentelle

### Déclaration de l'assuré

**Votre demande doit être soumise à l'assureur dans les 90 jours suivant l'accident.**

#### IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_  
Date de naissance :        jour/mois/année N° d'assurance maladie : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Nom du preneur de la police : \_\_\_\_\_

#### RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT

Veuillez fournir le plus d'information possible.

Date :        jour/mois/année Heure : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  am  pm

Lieu de l'accident (précisez si possible l'adresse civique et indiquez s'il s'agit d'une résidence, d'un édifice public, d'une route, d'un chantier, etc.) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Circonstances de l'accident (expliquez comment l'accident s'est produit) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom des témoins : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Y a-t-il eu un rapport de police ?  oui  non Si oui, veuillez joindre une copie.

S'il s'agit d'un accident de la route, une demande d'indemnité a-t-elle été faite auprès d'un assureur public (SAAQ, BAC) ou privé ?  oui  non

Si oui, précisez le nom et l'adresse de l'assureur : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de dossier (si connu) : \_\_\_\_\_ Nom de l'agent d'indemnisation : \_\_\_\_\_

Nom des témoins : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ATTESTATION

**Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, complètes et véridiques.**

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré        jour/mois/année  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du preneur si l'assuré a moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario        jour/mois/année  
Date

# Avis Important

Les formulaires rassemblés dans ce document sont requis si vous faites une demande de prestations en vertu de la garantie **Fracture accidentelle**. Assurez-vous de répondre à toutes les questions du formulaire et de soumettre votre demande dans les 90 jours suivant l'accident.

## DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

- Les sections IDENTIFICATION, RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT et AUTORISATION doivent toutes être complétées.
- Si une demande de prestations a été soumise à un autre assureur, public ou privé, fournir les renseignements pertinents dans la section RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT

## DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

- Si votre médecin a rempli un formulaire pour une demande initiale de prestation d'invalidité, il n'est pas nécessaire de faire remplir ce formulaire.
- Seule la section IDENTIFICATION doit être remplie par l'assuré puis remise au médecin pour qu'il complète le formulaire.
- Joindre une photocopie du rapport ou des rapports d'imagerie au formulaire dûment rempli par le médecin.
- Les frais exigés par le médecin pour la production de ces documents sont à la charge de l'assuré.

### Important

- Il ne faut rien écrire ni modifier les notes du médecin. Pour apporter des précisions ou des commentaires aux renseignements fournis, utiliser une feuille séparée.

## AUTORISATION

- Lire attentivement le texte de l'autorisation afin d'en comprendre la portée. Ce formulaire sera utilisé pour obtenir l'information nécessaire à l'analyse de votre demande ou pour communiquer des renseignements à des tierces parties.
- Les trois autorisations doivent être signées et datées pour éviter tout délai dans le traitement de la demande.
- Signer au crayon à bille à encre bleue. Certains hôpitaux peuvent confondre une signature au feutre noir avec une photocopie.

Soumettre la demande à l'adresse indiquée ci-dessous, selon la province de résidence. Pour toute question, communiquer avec le service des règlements par téléphone avant d'envoyer votre demande pour éviter les délais inutiles. Les appels de notre service de règlements sont enregistrés pour fins de formation, de contrôle de qualité et de vérification.

**Croix Bleue Canassurance**  
**Règlements, assurances vie et invalidité**  
**Téléphone : 1 800 300-5002**

**Bureau au Québec**  
1981, avenue McGill College, bureau 105  
Montréal (Québec) H3A 0H6  
**Site sécurisé : [qc.croixbleue.ca/depot](http://qc.croixbleue.ca/depot)**

**Bureau en Ontario**  
Casier postal 4433, Station A  
Toronto ONT M5W 3Y7  
**Site sécurisé : [on.bluecross.ca/depot](http://on.bluecross.ca/depot)**

# Fracture accidentelle

## Déclaration du médecin traitant

### IDENTIFICATION DU PATIENT (à remplir par l'assuré)

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_  
Date de naissance :       jour/mois/année       N° d'assurance maladie : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Nom du preneur de la police : \_\_\_\_\_

### DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (à remplir en lettre majuscules et à remettre au patient)

#### DIAGNOSTIC

1.1 Diagnostic principal : \_\_\_\_\_ Code CIM-9 : \_\_\_\_\_  
1.2 Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_ Code CIM-9 : \_\_\_\_\_  
1.3 Date de l'accident :       jour/mois/année        
1.4 Date de la première consultation pour la fracture :       jour/mois/année        
1.5 Indiquez le ou les os fracturés. Inclure une copie des rapports d'imagerie pertinents.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
1.6 À votre connaissance, le patient souffre-t-il d'une maladie susceptible d'avoir causé la ou les fractures, en tout ou en partie ?  oui  non  
Si oui, de quelle maladie s'agit-il ? \_\_\_\_\_  
Depuis quand le patient en souffre-t-il ?       jour/mois/année        
Autres commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ATTESTATION

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Omnipraticien  Spécialiste Précisez : \_\_\_\_\_ N° de permis d'exercer \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_ Date       jour/mois/année

## IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_  
N° de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour/mois/année  
Nom du preneur de la police : \_\_\_\_\_

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, le MIB, Inc. ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance ou à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après nommé l'Assureur), à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet. De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment.

Signature de l'assuré : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ jour/mois/année

Signature du preneur si l'assuré à moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario.

01VRS0015F (2022-03)

## IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_  
N° de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour/mois/année  
Nom du preneur de la police : \_\_\_\_\_

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, le MIB, Inc. ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance ou à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après nommé l'Assureur), à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet. De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment.

Signature de l'assuré : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ jour/mois/année

Signature du preneur si l'assuré à moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario.

01VRS0015F (2022-03)

## IDENTIFICATION

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_  
N° de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour/mois/année  
Nom du preneur de la police : \_\_\_\_\_

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité aux produits ou aux prestations d'assurance, j'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, le MIB, Inc. ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur mon état de santé, y compris mes antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance ou à Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après nommé l'Assureur), à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'Assureur pour le traitement de ma demande.

J'autorise également le Régime de pensions du Canada (RPC), la Régie des rentes du Québec (RRQ), les Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC), la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST), la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents de travail de l'Ontario (CSPAAT), la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et tout autre organisme ou commission fédérale ou provinciale à transmettre à l'Assureur les renseignements administratifs, médicaux et pharmacologiques qu'ils détiennent à mon sujet. De plus, j'autorise l'Assureur à échanger les renseignements qu'il détient à mon sujet avec les personnes et organismes mentionnés précédemment.

Signature de l'assuré : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ jour/mois/année

Signature du preneur si l'assuré à moins de 14 ans au Québec ou moins de 16 ans en Ontario.

01VRS0015F (2022-03)