

DEMANDE D'INDEMNISATION NATIONALE

Voir le verso pour les adresses.

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

VEUILLEZ CORRIGER OU COMPLÉTER ADÉQUATEMENT VOTRE ADRESSE

NOM DE L'ADHÉRENT

NOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

N° DE POLICE

N° D'IDENTIFICATION

COORDINATION DES PRESTATIONS

Parmi les produits et services demandés pour vous ou les personnes à votre charge, certains sont-ils offerts par d'autres assurances collectives, par une commission des accidents du travail ou par un régime gouvernemental? Oui Non

Dans l'affirmative, répondre aux questions qui suivent :

Nom de l'autre assureur : _____ Titulaire de carte : _____

Numéro d'identification : _____ Numéro de police : _____

Date d'effet : _____ Date de résiliation : _____

Veillez préciser le type de couverture (✓).

- Hôpital Soins de santé complémentaires Soins dentaires Soins de la vue
 Médicaments Protection-voyage Tous

Nom de la ou des personnes assurées en vertu de l'autre police	Conjoint(e) / Personne à charge	Date de naissance		
		Jour	Mois	Année

S'il s'agit d'un étudiant, précisez le nom de l'établissement fréquenté. _____

Semestre : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Cette demande fait-elle suite à un accident? Oui Non **(Si non, passez à la section « Renseignements sur la demande d'indemnisation ».)**

Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions suivantes :

- S'agit-il d'un accident de la route? Oui Non
- S'agit-il d'un accident de travail? Oui Non

Dans l'affirmative, avez-vous informé la commission des accidents du travail? Oui Non N° de dossier : _____

Si vous avez répondu oui à ces questions, veuillez répondre aux questions suivantes :

- Date de l'accident : _____ Lieu de l'accident : _____

Brève description de l'accident : _____

- Une demande en dommages-intérêts a-t-elle été présentée à un tiers? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le numéro de la demande : _____

Si non, avez-vous l'intention de présenter une demande à un tiers? Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE D'INDEMNISATION										
Date de service / d'achat			Type de dépense	Nom du (de la) patient(e) (Précisez le nom de famille s'il diffère de celui de l'employé.)		Lien avec l'employé	Date de naissance			Montant
jour	mois	année	ex. : physiothérapie, fournitures pour diabétiques, chiropraticien, lunettes, médicaments sur ordonnance.	Prénom	Nom de famille	C = Conjoint(e) E = Enfant Ét = Étudiant(e)	jour	mois	année	
Total										

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

J'atteste que je n'ai soumis aucune demande d'indemnisation et que je ne soumettrai aucune demande d'indemnisation pour ces frais en vertu de tout autre régime d'assurance (sauf indication contraire ci-dessus), et que tous les renseignements contenus dans la présente sont exacts.

J'autorise par la présente la divulgation de renseignements à mon sujet ou de mes dossiers médicaux à l'assureur ou à ses représentants, sur demande de ceux-ci, et j'atteste que les renseignements contenus dans la présente sont véridiques et complets, au meilleur de ma connaissance.

Je certifie que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont vrais et complets et que je n'ai pas demandé ni ne demanderai pas le remboursement de ces dépenses en vertu d'un autre régime (à moins que ce soit indiqué ci-dessus). Je comprends que les renseignements personnels fournis dans la présente ainsi que tout autre renseignement personnel en possession de mon régime de la Croix Bleue ou recueilli par ce dernier dans l'avenir peuvent être recueillis, utilisés ou divulgués aux fins d'administration des modalités de ma police ou du régime collectif dont je suis un membre admissible ou une personne à charge, afin de me recommander des produits et services appropriés* et d'administrer les affaires de mon régime de la Croix Bleue. Pour les raisons indiquées ci-dessus, certains renseignements personnels peuvent être recueillis ou divulgués à une tierce partie. Ces tierces parties peuvent comprendre les autres organismes de la Croix Bleue, un médecin autorisé, les professionnels ou établissements de santé, les assureurs vie et santé, les organismes gouvernementaux et de réglementation, les membres de tout régime dont je suis une personne à charge ou toute autre partie.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et sécuritaires. Je comprends que je peux retirer mon consentement à n'importe quel moment. Le cas échéant, je ne pourrai peut-être pas recevoir les garanties demandées dans le cadre de mon régime de la Croix Bleue. Je comprends pourquoi mes renseignements personnels sont nécessaires et je comprends les risques et avantages d'accorder ou non mon consentement à la divulgation de renseignements.

J'autorise la Croix Bleue à recueillir, utiliser et divulguer mes renseignements personnels tel qu'il est indiqué ci-dessus.

Signature _____ Date _____
(Si moins de 18 ans, la signature d'un membre est requise.)

Le présent consentement est conforme aux lois fédérales et provinciales en matière de protection de la vie privée. Pour de plus amples renseignements concernant les politiques en matière de protection des renseignements personnels de votre régime de la Croix Bleue, veuillez composer le 1 888 873-9200.
*S'applique au Canada atlantique

ADRESSES*			
Provinces atlantiques C.P. 220 644, rue Main Moncton NB E1C 8L3	Québec 550, rue Sherbrooke ouest C.P. 3300, Succ B Montréal QC H3B 4Y5	Ontario C.P. 2000 185, The West Mall, bureau 600 Etobicoke ON M9C 5P1	Manitoba 100A, Centre Polo Park C.P. 1046 Winnipeg MB R3C 2X7
Saskatchewan C.P. 4030 516, 2 ^e Avenue nord Saskatoon SK S7K 3T2	Alberta 10009 - 108 ^e rue n-o Edmonton AB T5J 3C5	Colombie-Britannique C.P. 7000 Vancouver BC V6B 4E1	

* Veuillez remplir toutes les sections, faute de quoi le traitement pourrait être retardé.
 * Veuillez annexer vos reçus originaux du paiement intégral ou l'explication du paiement de l'assureur primaire ainsi que des photocopies des reçus.
 * Les reçus pour médicaments sur ordonnance doivent comprendre les renseignements suivants : le nom du médicament, sa concentration et la quantité prescrite; le numéro d'ordre du médicament (DIN); le numéro d'ordonnance (RX); et le nom du (de la) client(e).
 * Les reçus originaux ne seront pas retournés.
 * Tous les reçus doivent préciser : le nom du fournisseur; le produit / service rendu; et le numéro de téléphone du fournisseur.
 *Chaque société Croix Bleue est un titulaire de licence indépendant de l'Association canadienne des Croix Bleue.