

J'autorise Humania Assurance, ses mandataires et ses fournisseurs de services et autre partenaires (ci-après « *Partenaires d'affaires* ») à recueillir, par tout moyen électronique, courriel, télécopieur ou courrier, et à utiliser tous les renseignements personnels pertinents aux fins de l'étude de la présente réclamation soumise en vertu de la présente police d'assurance et aux fins de rapports statistiques.

Par la même occasion, j'autorise Humania Assurance à communiquer les renseignements personnels recueillis à mon sujet à ses *Partenaires d'affaires*, situés au Québec ou à l'extérieur du Québec, selon le cas, dont la communication est nécessaire à l'exécution de leur mandat.

La présente autorisation vise mes renseignements personnels détenus par toute personne physique ou morale incluant notamment, mais non exclusivement : tout médecin ou tout autre professionnel de la santé, tout établissement public ou privé de santé, toute compagnie de réadaptation, tout pharmacien, tout régime d'assurance maladie provincial dont notamment mais non limitativement la Régie d'Assurance maladie du Québec, tout assureur, tout employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet. La présente autorisation vise également tous autres renseignements personnels contenus sur les réseaux sociaux ou sur toute plateforme Internet dont l'accès est rendu disponible au public.

Une copie papier ou numérique de cette autorisation est aussi valide que l'original. La signature électronique a la même valeur que sa signature manuscrite.

**En fournissant mon adresse courriel ci-dessous, j'autorise Humania Assurance à utiliser ce moyen de communication dans le cadre de ma présente réclamation.**

Je déclare être au fait des droits octroyés par la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, dont particulièrement, mais non exclusivement : le droit d'accéder à mes renseignements, le droit de faire rectifier ces renseignements, le cas échéant, et le droit de retirer, à tout moment, la présente autorisation en ce qui concerne la communication et l'utilisation de mes renseignements personnels.

---

Nom (en lettres d'imprimerie)

---

Signature

---

Police No.

---

Date (JJ/MM/AAAA)

---

Adresse courriel

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

4300-013 - Rév. 05/2023

J'autorise Humania Assurance, ses mandataires et ses fournisseurs de services et autre partenaires (ci-après « *Partenaires d'affaires* ») à recueillir, par tout moyen électronique, courriel, télécopieur ou courrier, et à utiliser tous les renseignements personnels pertinents aux fins de l'étude de la présente réclamation soumise en vertu de la présente police d'assurance et aux fins de rapports statistiques.

Par la même occasion, j'autorise Humania Assurance à communiquer les renseignements personnels recueillis à mon sujet à ses *Partenaires d'affaires*, situés au Québec ou à l'extérieur du Québec, selon le cas, dont la communication est nécessaire à l'exécution de leur mandat.

La présente autorisation vise mes renseignements personnels détenus par toute personne physique ou morale incluant notamment, mais non exclusivement : tout médecin ou tout autre professionnel de la santé, tout établissement public ou privé de santé, toute compagnie de réadaptation, tout pharmacien, tout régime d'assurance maladie provincial dont notamment mais non limitativement la Régie d'Assurance maladie du Québec, tout assureur, tout employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet. La présente autorisation vise également tous autres renseignements personnels contenus sur les réseaux sociaux ou sur toute plateforme Internet dont l'accès est rendu disponible au public.

Une copie papier ou numérique de cette autorisation est aussi valide que l'original. La signature électronique a la même valeur que sa signature manuscrite.

**En fournissant mon adresse courriel ci-dessous, j'autorise Humania Assurance à utiliser ce moyen de communication dans le cadre de ma présente réclamation.**

Je déclare être au fait des droits octroyés par la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, dont particulièrement, mais non exclusivement : le droit d'accéder à mes renseignements, le droit de faire rectifier ces renseignements, le cas échéant, et le droit de retirer, à tout moment, la présente autorisation en ce qui concerne la communication et l'utilisation de mes renseignements personnels.

---

Nom (en lettres d'imprimerie)

---

Signature

---

Police No.

---

Date (JJ/MM/AAAA)

---

Adresse courriel

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

4300-013 - Rév. 05/2023

Si vous avez besoin d'information, veuillez nous contacter au : N° de téléphone: 1-877-987-3076 / Télécopieur au : 1-877-660-2519  
Courriel : prestations@humania.ca // **Site internet** : www.humania.ca  
Notre adresse est le : 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

**Partie A : Identification de la personne assurée**

N° de Police :

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

N° d'assurance sociale :

Adresse (no, rue) :

Ville :

Province :

Code postal :

N° de téléphone :

Courriel :

Sexe :  Masculin  Féminin  Ne désire pas préciserLangue :  Fr  AngFumez-vous ou faites-vous usage de produits de tabac ?  Oui  Non Si « Oui », veuillez indiquer la quantité par jour :

Depuis combien de temps fumez-vous ou faites-vous usage de tabac ?

Si « Non », avez-vous déjà consommé des produits de tabac ?  Oui  Non Quand avez-vous cessé de fumer ou de faire usage de tabac? (jj/mm/aaaa)**Partie B : Diagnostic**

Genre ou nature de la maladie grave / Décrivez la nature et la gravité de votre maladie :

Date à laquelle la maladie grave a été diagnostiquée ou la chirurgie a eu lieu (jj/mm/aaaa) :

Date de l'apparition des premiers symptômes (jj/mm/aaaa) :

Décrire les symptômes qui ont précédé le diagnostic de la maladie :

Quels traitements avez-vous reçus et recevez-vous actuellement en rapport avec votre maladie (ex. : médicaments, traitements, chirurgie, etc.)?

Quand avez-vous consulté un médecin la première fois pour cette maladie ? Date : (jj/mm/aaaa)

**Partie B : Diagnostic (suite)****Veillez indiquer le nom et l'adresse du médecin consulté.**

Nom :

Adresse :

Ville :

Province :

Code Postal :

Téléphone :

Télécopieur :

Avez-vous subi des tests ou des investigations liés au diagnostic ? Si oui, veuillez fournir des détails et des dates.

Avez-vous déjà souffert ou reçu un traitement pour une maladie similaire ou connexe ?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir des détails incluant des dates.

**Partie C : Renseignements sur les professionnels de la santé**

Nom de votre médecin de famille :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Numéro de téléphone :

Numéro de télécopieur :

**Veillez fournir des informations sur tout autre médecin ou spécialiste consulté en relation avec votre maladie.**

<b>Nom</b>	<b>Adresse</b>	<b>Téléphone</b>	<b>Date des consultations (jj/mm/aaaa)</b>

**Partie C : Renseignements sur les professionnels de la santé (suite)**

Si vous avez été soigné dans un hôpital ou un établissement similaire, veuillez fournir les informations suivantes.

Hôpital ou établissement	Adresse	Date d'admission (jj/mm/aaaa)	Date de sortie (jj/mm/aaaa)

**Partie D : Général**

Un membre de votre famille a-t-il souffert d'une maladie similaire ou connexe ?  Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer :

Relation	Nature de la maladie	Âge auquel la maladie a été diagnostiquée pour la première fois

Êtes-vous assuré ou recevez-vous des prestations liées à cette maladie auprès d'une autre entreprise ?  Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer :

Nom de l'assureur	Type de prestation	Montant de la prestation assurée	Une réclamation a-t-elle été soumise ?
		\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Partie E : Autorisation**

J'autorise Humania Assurance, ses mandataires et ses fournisseurs de services et autres partenaires (ci-après « *Partenaires d'affaires* ») à recueillir, par tout moyen électronique, courriel, télécopie ou courrier, et à utiliser tous les renseignements personnels pertinents aux fins de l'étude de la présente réclamation soumise en vertu de la présente police d'assurance et aux fins de rapports statistiques.

Par la même occasion, j'autorise Humania Assurance à communiquer les renseignements personnels recueillis à mon sujet avec ses *Partenaires d'affaires*, qu'ils soient situés au Québec ou à l'extérieur du Québec, selon le cas, dont la communication est nécessaire à l'exécution de leur mandat.

La présente autorisation vise mes renseignements personnels détenus par toute personne physique ou morale incluant notamment, mais non exclusivement : tout médecin ou tout autre professionnel de la santé, tout établissement public ou privé de santé, toute compagnie de réadaptation, tout pharmacien, tout régime d'assurance maladie provincial dont notamment mais non limitativement la Régie d'Assurance maladie du Québec, tout assureur, tout employeur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet. La présente autorisation vise également tous autres renseignements personnels contenus sur les réseaux sociaux ou sur toute plateforme Internet dont l'accès est rendu disponible au public.

Une copie papier ou numérique de cette autorisation est aussi valable que l'original. La signature électronique a la même valeur qu'une signature manuscrite.

**En fournissant mon adresse courriel ci-dessous, j'autorise Humania Assurance à utiliser ce moyen de communication dans le cadre de ma présente réclamation.**

Je déclare être au fait des droits octroyés par la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, dont particulièrement, mais non exclusivement : le droit d'accéder à mes renseignements, le droit de faire rectifier ces renseignements, le cas échéant, et le droit de retirer, à tout moment, la présente autorisation en ce qui concerne la communication et l'utilisation de mes renseignements personnels.

Je désire recevoir le chèque de prestation directement.

Je désire que le chèque de prestation soit remis directement au courtier.

_____	_____
Nom de la personne assurée	Signature de la personne assurée
_____	_____
N° Police	Date (jj/mm/aaaa)
_____	_____
Nom du demandeur	Lien avec la personne assurée
_____	_____
Signature du demandeur	Date (jj/mm/aaaa)
_____	
Adresse courriel	

**Cette demande de règlement doit être remplie par la personne assurée. Si la personne assurée est incapable de la faire, le conjoint le père ou la mère, le bénéficiaire adulte ou le représentant légal de la personne assurée peut remplir la demande.**

**Partie 1 - Autorisation du patient**Nom de famille du patient : Prénom du patient : Date de naissance :  /  /   
année / mois / jourN° de Police : 

J'autorise, par la présente, la divulgation des renseignements relatifs à cette demande de règlement, à mon assureur, Humania Assurance Inc.

Date :  /  /  Signature : \_\_\_\_\_  
année / mois / jour**Partie 2 - Diagnostic**1. a) Votre patient présente-t-il une tumeur maligne caractérisée par la présence et la multiplication incontrôlée de cellules malignes et leur invasion des tissus ? Veuillez inclure une copie du rapport de pathologie.  Oui  Non

b) Donnez des précisions sur la malignité de la tumeur.

Stade : \_\_\_\_\_

Classification : \_\_\_\_\_

c) Siège de la tumeur ou l'organe touché : \_\_\_\_\_

d) La maladie était-elle complètement localisée ?  Oui  None) Les tissus voisins ont-ils été envahis ?  Oui  Nonf) Les ganglions lymphatiques régionaux ont-ils été touchés ?  Oui  Nong) Y avait-il des métastases à distance ?  Oui  Non2. a) Date d'apparition des premiers symptômes :  /  /   
année / mois / jourb) Date à laquelle votre patient a consulté pour la première fois un médecin du fait de ce problème :  /  /   
année / mois / jourc) Date à laquelle votre patient vous a consulté pour la première fois du fait de ce problème :  /  /   
année / mois / jour

## Partie 2 - Diagnostic (suite)

d) Date à laquelle votre patient s'est rendu compte pour la première fois de ce problème :

année				/	mois		/	jour	

3. Votre patient a-t-il des antécédents de cancer, de tumeur maligne, d'état précancéreux ou d'un problème de santé semblable ?  Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer les dates des consultations et le diagnostic établi à la suite de ces consultations : \_\_\_\_\_

---

---

4. Savez-vous si des membres de la famille immédiate de votre patient ont souffert d'un cancer, d'une tumeur maligne, d'un état précancéreux ou de problèmes de santé semblables ?  Oui  Non

Si oui, veuillez donner des précisions : \_\_\_\_\_

---

---

---

5. Votre patient a-t-il consulté d'autres médecins ou a-t-il été hospitalisé pour ce problème de santé ou pour un problème de santé connexe ?  Oui  Non

Si oui, veuillez donner des noms et adresses : \_\_\_\_\_

---

---

---

6. Diagnostic principal : \_\_\_\_\_

Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_

Facteurs contributifs : \_\_\_\_\_

7. Votre patient a-t-il subi d'autres investigations, tests ou interventions ?  Oui  Non

Si oui, veuillez donner des précisions : \_\_\_\_\_

---

---

---

## Partie 2 - Diagnostic (suite)

8. Votre patient fume-t-il ?  Oui  Non

Si la réponse est «Non», a-t-il déjà fumé ?  Oui  Non

Si la réponse est «Oui», veuillez fournir des détails sur ses antécédents d'usage du tabac : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Donnez des détails sur les problèmes de santé, reliés ou non à la maladie actuelle, pour lesquels vous-même ou un autre médecin avez traité votre patient.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Veillez nous fournir une copie des rapports de spécialistes, d'hôpitaux et de pathologie, des tests, des analyses ou d'autres preuves similaires à l'appui de la demande de règlement de votre patient.**

## Partie 3 - Identification du médecin traitant

Spécialité : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant :

Prénom du médecin traitant :

Adresse :    
(numéro et rue) (app.)

Ville :

Province :  Code Postal :

Numéro de téléphone :

Date :    Signature : \_\_\_\_\_  
année / mois / jour

**Il incombe au patient de faire remplir cette formule et il doit en assumer les frais.**