

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



ASSURANCE INDIVIDUELLE

RÉCLAMATION EN INVALIDITÉ

Évaluation initiale

Afin d'assurer la confidentialité des renseignements personnels, Humania Assurance établira un dossier vous concernant dans lequel seront consignés tous les documents reliés à vos demandes de règlement d'invalidité. Seuls les employés et représentants autorisés responsables de la gestion de votre demande de règlement auront accès à ce dossier.

Votre dossier est-il complet ?

Avez-vous inclus à votre envoi l'ensemble des documents suivants, dûment complétés, signés et datés :

- La déclaration du réclamant/assuré
- La déclaration de l'employeur (même si l'événement ne s'est pas produit sur les lieux du travail ou que vous êtes travailleur autonome)
- La déclaration du médecin traitant appropriée à votre diagnostic (physique ou psychologique)
- Les formulaires d'autorisations signées envoyées
- Le formulaire de dépôt direct

Si vous êtes un salarié, veuillez nous faire parvenir :

- une copie complète de votre dernière déclaration d'impôts **AVEC** l'avis de cotisation s'y rattachant **OU**
- une copie de vos derniers T4 et Relevé 1

Si vous êtes un propriétaire d'entreprise ou un travailleur autonome, veuillez nous faire parvenir :

- une copie complète de votre dernière déclaration d'impôts **AVEC** l'avis de cotisation s'y rattachant, **ET**
- une copie complète de vos derniers états financiers **ET**
- un document légal confirmant votre quote-part dans l'entreprise le cas échéant

Si votre police couvre des créances :

- Une copie de votre relevé bancaire pour le mois précédant la date de début de votre invalidité incluant une preuve de non assurance invalidité
- Une copie complète du (ou des) contrat(s) (de prêt, de crédit, etc.) à l'appui de la (les) créance(s)

Si votre police couvre une fracture

- Une copie du protocole radiologique ayant permis de diagnostiquer la fracture

Si votre invalidité survient dans les deux (2) ans suivant l'émission de votre police d'assurance :

- Compléter la bonne autorisation de divulgation de renseignements selon votre province, en visitant le : <https://www.humania.ca/individuelle/reclamations-formulaires/proceder-a-reclamation>

Dépôt direct – Autorisation (non valide si le bénéficiaire de la prestation est une institution financière)

- Demande initiale Demande de changement de compte bancaire

I Déclaration de l'assuré(e) (prière d'écrire en lettres d'imprimerie)

Veuillez inscrire tous les numéros de polices pour lesquelles l'autorisation est valable.

Police n°	Police n°	Police n°
Nom de l'assuré(e)		Prénom(s)
Téléphone n° (jour)	Adresse de résidence principale (n°, rue)	
	App.	
Ville	Province	Code postal
Nom de l'institution financière		Adresse de l'institution financière

II Type de compte bancaire (prière d'écrire en lettres d'imprimerie). Veuillez remplir cette section ET JOINDRE UN SPÉCIMEN CHÈQUE

- Chèques Épargne Mes coordonnées bancaires sont les mêmes que celles utilisées pour le prélèvement des primes

Veuillez remplir cette section ou joindre un spécimen de chèque qui nous permettra d'obtenir vos informations bancaires avec exactitude.

Succursale n° (5 chiffres)	Institution n° (3 – 4 chiffres)	Compte n°
----------------------------	---------------------------------	-----------

III Autorisation

J'autorise Humania Assurance, à utiliser et à communiquer aux institutions financières pancanadiennes, via tout moyen électronique, courriel, télécopieur ou courrier, les coordonnées du compte bancaire figurant à la présente autorisation afin d'y déposer directement toute somme associée à la présente réclamation. J'atteste que les renseignements inscrits sur ce formulaire sont exacts et je conviens d'informer Humania Assurance de tout changement.

Je déclare être au fit 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 aux informations qui me concernent contenues au dossier, le droit de faire rectifier ces informations, s'il y a lieu, et le droit de retirer, à tout moment, la présente autorisation en ce qui concerne l'utilisation et la communication de mes informations bancaires.

Signature de l'assuré(e)	Date	(JJ/MM/AAAA)
Signature du propriétaire du compte (si différent de l'assuré(e))	Date	(JJ/MM/AAAA)

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

Déclaration du réclamant

À remplir par le réclamant. Répondre à toutes les questions en donnant le plus de précisions possible et en lettre détachée.

Partie A – Renseignements généraux

Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Ne désire pas préciser		Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		Police n°	
Nom			Prénom(s)		
Adresse (n°, rue)					
Ville		Province		Code postal	
N° de téléphone à la maison		Cellulaire		N° de téléphone	
Langue <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Ang.		Courriel			
Nom de l'employeur (et de la division, s'il est différent)			Emploi (immédiatement avant le dernier jour travaillé)		Date d'entrée en fonction initiale (JJ/MM/AAAA)
Autre employeur actuel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, indiquer le nom.					
Nature de la demande de règlement <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Exonération des primes <input type="checkbox"/> Fracture					

Partie B – Renseignements sur la demande

Avez-vous arrêté de travailler ou d'accomplir vos activités quotidiennes en raison d'une maladie d'une blessure survenue hors travail d'un accident d'automobile hors travail d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail.

Veillez nous indiquer, avec le plus de détails possible, les circonstances dans lesquelles l'invalidité est survenue.

Exerciez-vous <input type="checkbox"/> Votre emploi habituel <input type="checkbox"/> Sans emploi	
Avez-vous effectué une journée complète de travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans la négative, combien d'heures avez-vous travaillé le dernier jour ?
Premier jour où vous n'avez pas pu travailler ou accomplir vos activités quotidiennes? (JJ/MM/AAAA)	Quand les symptômes sont-ils apparus ? (JJ/MM/AAAA)
Quand avez-vous consulté un médecin pour la première fois à ce sujet ? (JJ/MM/AAAA)	
Veillez décrire tous vos symptômes, y compris la gravité et la fréquence.	
Avez-vous déjà été victime d'une maladie ou d'une blessure de la même nature ou d'une nature semblable ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates et les noms des médecins que vous avez consultés à ce moment.	
Veillez décrire les principales fonctions de votre emploi. Si vous êtes sans emploi ou à la retraite, veuillez décrire vos activités quotidiennes.	



Déclaration du réclamant (suite)

Partie B – Renseignements sur la demande

Êtes vous appelé à vous rendre sur les lieux de votre travail depuis le début de votre invalidité ?

Quelles tâches avez vous continué de faire depuis le début de votre invalidité ?

Veillez décrire pourquoi vous êtes incapable d'accomplir les tâches de votre emploi ou vos activités quotidiennes.

Veillez indiquer si vous êtes Droitier Gaucher

Connaissez-vous la date prévue de votre retour au travail ou de la reprise de vos activités quotidiennes ?

Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date (JJ/MM/AAAA) Non

Partie C – Renseignements sur les professionnels de la santé

Veillez énumérer tous les professionnels de la santé (dont les médecins de famille, les spécialistes, les chiropraticiens, les psychologues, etc.) que vous avez consultés **au cours des 12 derniers mois**, en commençant par le dernier. Si l'espace ci-dessous est insuffisant, veuillez joindre un feuillet distinct au présent formulaire et y indiquer les noms des autres professionnels de la santé à qui vous vous êtes adressé.

Nom		Consulté du (JJ/MM/AAAA)		au (JJ/MM/AAAA)	
Adresse (n°, rue)					
N° de téléphone		N° de télécopieur		Spécialité	
Nom		Consulté du (JJ/MM/AAAA)		au (JJ/MM/AAAA)	
Adresse (n°, rue)					
N° de téléphone		N° de télécopieur		Spécialité	
Nom		Consulté du (JJ/MM/AAAA)		au (JJ/MM/AAAA)	
Adresse (n°, rue)					
N° de téléphone		N° de télécopieur		Spécialité	

Déclaration du réclamant (suite)

Partie D – Renseignements sur les revenus d’autres provenances

Si vous avez demandé ou si vous touchez déjà un revenu de l’une des provenances suivantes, veuillez remplir la partie correspondante du tableau et nous faire parvenir une copie de l’avis d’acceptation ou de refus, le cas échéant.

Provenance	N° de la demande, nom et n° de téléphone de la personne ressource	Avez-vous fait une demande ?			Recevez-vous des prestations ? Si oui, fournir le relevé de prestations			Montant
		Oui	Non	Date	Oui	Non	À l’étude	
Indemnisation de la CAT, de la CSAT ou la CNESST		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indemnisation des victimes d’actes criminels (IVAC)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Régime de pensions du Canada – prestations d’invalidité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Régime de pensions du Canada – prestations de retraite		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Retraite Québec, (RQ) – prestations d’invalidité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Retraite Québec, (RQ) – prestations de retraite		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurance emploi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurance automobile – SAAQ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurance individuelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurance collective		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurance créance ou frais généraux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(JJ/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Partie E – Autorisation et déclaration du participant

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 n°	Date (JJ/MM/AAAA)
Adresse courriel	

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

Déclaration de l'employeur ou du travailleur autonome

Important : Même si l'accident n'a pas eu lieu à votre travail, vous devez faire compléter cette déclaration par votre employeur ou la compléter vous-même si vous êtes travailleur autonome.

Merci de répondre à toutes les questions en donnant le plus de précisions possible et d'écrire de façon lisible.

Partie A – Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur		Adresse courriel	
Adresse (n°, rue)			
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone Ext.

Partie B – Renseignements sur le réclamant

Nom		Prénom(s)	
Date d'entrée en fonction du réclamant (JJ/MM/AAAA)	Dernier jour de travail (JJ/MM/AAAA)	Date prévue du retour au travail (JJ/MM/AAAA) ou durée prévue de l'invalidité	
Si le réclamant est déjà rentré au travail, depuis quand est-il de retour? (JJ/MM/AAAA)			
<input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Assignation temporaire <input type="checkbox"/> Travaux légers <input type="checkbox"/> Progressif – Veuillez joindre le protocole de retour au travail			
Veuillez indiquer les heures de travail d'une semaine normale.			
Lundi _____ Mardi _____ Mercredi _____ Jeudi _____ Vendredi _____ Samedi _____ Dimanche _____ (Si le réclamant travaille selon un horaire irrégulier ou par quarts, fournir le calendrier correspondant.)			
Quel est le salaire annuel brut du réclamant pour l'année? _____ \$			
S'agit-il d'un employé <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Saisonnier			
<input type="checkbox"/> Contratuel : Le cas échéant, veuillez préciser la date d'entrée en vigueur ainsi que la date de fin prévue. (JJ/MM/AAAA)			
Le réclamant a-t-il touché un revenu au cours de la période d'invalidité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Dans l'affirmative, en préciser la provenance			
<input type="checkbox"/> Congé annuel <input type="checkbox"/> Congé de maternité <input type="checkbox"/> Assurance emploi <input type="checkbox"/> Congé de maladie <input type="checkbox"/> Jour férié <input type="checkbox"/> Autre _____			
Montant _____ \$ Du _____ au _____			
Le réclamant a-t-il soumis une demande de prestations aux organismes gouvernementaux suivants?			
<input type="checkbox"/> CSAT, CAT ou CNESST <input type="checkbox"/> Assurance emploi (veuillez joindre une copie du relevé d'emploi) <input type="checkbox"/> RPC <input type="checkbox"/> RQ (JJ/MM/AAAA) <input type="checkbox"/> SAAQ ou Régime d'assurance automobile provincial <input type="checkbox"/> IVAC			

Partie C – Renseignements sur l'emploi

Quel poste le réclamant occupait-il de façon régulière immédiatement avant l'arrêt de travail?

Veuillez décrire ce poste (ou joindre un exemplaire de la description de poste) ainsi que toutes modifications apportées.

Déclaration de l'employeur (suite)

Voici une analyse des exigences physiques du poste habituel du réclamant qui doit être remplie par son supérieur immédiat.

Dans la colonne appropriée, préciser le temps qu'il consacre régulièrement aux activités suivantes:

I) au cours d'une même période de la journée, sans pause ou interruption (approximativement) et

II) au total pendant la journée (approximativement)

Analyse des exigences physiques (non requis pour congé compassion)

		I	II
1. Rester assis			
2. Se tenir debout			
3. Conduire			
4. Se pencher			
5. Monter et descendre les escaliers			
6. Soulever	0 – 10 livres <input type="checkbox"/> 10 – 20 livres <input type="checkbox"/> 20 – 50 livres <input type="checkbox"/> 50 livres + <input type="checkbox"/> au moyen d'un appareil de levage? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
7. Pousser ou tirer	0 – 10 livres <input type="checkbox"/> 10 – 20 livres <input type="checkbox"/> 20 – 50 livres <input type="checkbox"/> 50 livres + <input type="checkbox"/>		

Veuillez décrire l'environnement de travail du réclamant (ex. : température, bruit, exposition aux produits chimiques ou à la poussière, etc.).

Quels accommodements sont disponibles pour votre travailleur ?

- Télétravail Tâches modifiées : sédentaires ou légères
 Temps partiel Autres. Veuillez préciser : _____

Certaines circonstances vous amèneraient-elles à questionner la validité de la réclamation ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez expliquer.

Adresse courriel pour communication concernant la réclamation

Date (JJ/MM/AAAA)

Nom (en lettres d'imprimerie)

N° de téléphone

Signataire autorisé

Fonction

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

Déclaration du médecin traitant – condition physique

Afin que Humania Assurance puisse évaluer judicieusement la demande de règlement d'invalidité de votre patient, il importe que vous répondiez aux questions suivantes en donnant le plus de précisions possible. Veuillez noter qu'il incombe au patient de régler tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire.

Partie A – Renseignements sur le patient

Nom	Prénom(s)	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Taille	Poids

Partie B – Diagnostic

Quel est votre diagnostic principal ?

Selon l'anamnèse et votre examen clinique, est-ce que la condition relève d'un fait accidentel ? Oui Non Veuillez préciser :

À quelle date les symptômes sont-ils apparus ou l'accident est-il survenu ?

A quelle date a-t-il consulté un médecin pour la première fois depuis le début de son arrêt de travail ? (JJ/MM/AAAA)

À quelle date vous a-t-il consulté pour la première fois depuis le début de l'invalidité ?

À quelle date le patient vous a-t-il consulté pour la première fois au sujet des troubles dont il souffre actuellement ? (JJ/MM/AAAA)

Veuillez nous préciser la date à laquelle votre patient a cessé de travailler ou cessé ses activités quotidiennes sous votre recommandation ou sur celle d'un confrère. (JJ/MM/AAAA)

Y a-t-il un diagnostic secondaire ou des complications susceptibles de prolonger la période d'invalidité ? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Veuillez dresser une liste complète des symptômes de votre patient (y compris la gravité et la fréquence). Veuillez préciser lesquels vous avez personnellement constatés.

Quelles sont les limitations actuelles de votre patient (choses qu'il **ne peut** pas faire) ? Veuillez être précis.

Quelles sont les restrictions actuelles avec lesquelles votre patient doit composer (choses qu'il **ne devrait** pas faire) ? Veuillez être précis.

(JJ/MM/AAAA)

Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection semblable ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer à quel moment et décrire en détail l'affection en cause.

L'état du patient est-il attribuable à une blessure ou à une maladie liée à son travail ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Déclaration du médecin traitant – condition physique (suite)

Partie B – Diagnostic (suite)

Veillez indiquer si le patient est Droitier Gaucher

Le patient est-il en mesure de pourvoir à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques ? Oui Non

Si votre patiente est ou était enceinte, veuillez indiquer la date prévue ou réelle de l'accouchement. (JJ/MM/AA)

Partie C – Traitement

Fréquence des consultations du patient : Hebdomadaire À la quinzaine Mensuel Autre _____

Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :

Des examens ou tests (radiographie, IRM ou autres) : Oui Non Précisez : _____

Une opération : Oui Non d'un jour Type : _____ Date : (JJ/MM/AA)

Intervention chirurgicale : _____

D'autres traitements : Oui Non Précisez : _____

Une hospitalisation du (JJ/MM/AA) au (JJ/MM/AA) Nom de l'hôpital : _____

Un court séjour en observation : Oui Non Nbre d'heures : _____

Veillez énumérer tous les médicaments que votre patient prend actuellement, en prenant soin de préciser la posologie et la date de l'ordonnance.

Médicament	Posologie	Date de l'ordonnance (JJ/MM/AAAA)

Si ce patient vous a été adressé, veuillez indiquer le nom de votre confrère.

Si vous avez adressé le patient à des spécialistes, veuillez indiquer les noms de ces spécialistes ainsi que leur spécialité respective.

Partie D – Pronostic

Si un retour au travail a été prévu avec votre patient, veuillez nous préciser la date et nous préciser s'il s'agit d'un retour (JJ/MM/AAAA)

Temps partiel Temps plein Assignation temporaire Travaux légers Progressif – Veuillez joindre le protocole de retour au travail

Quelle sera la durée approximative de l'arrêt de travail de votre patient :

moins de 3 mois de 3 à 6 mois plus de 6 mois

Signature	Date (JJ/MM/AAAA)	
Nom (en lettres d'imprimerie)	Spécialité	N° de permis
Adresse (n°, rue)		
N° de téléphone	N° de télécopieur	

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

Déclaration du médecin traitant – condition psychologique

Afin que Humania Assurance puisse évaluer judicieusement la demande de règlement d'invalidité de votre patient, il importe que vous répondiez aux questions suivantes en donnant le plus de précisions possible. Veuillez noter qu'il incombe au patient de régler tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire.

Partie A – Renseignements sur le patient

Nom		Prénom(s)	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Taille	Poids	

Partie B – Diagnostic

Veuillez préciser le(s) diagnostic(s) de votre patient :

Diagnostic primaire : _____

Diagnostic secondaire : _____

Selon l'anamnèse et votre examen clinique, est-ce que la condition relève d'un fait accidentel ? Oui Non Veuillez préciser :

À quelle date les symptômes sont-ils apparus ou l'accident est-il survenu ? (JJ/MM/AAAA)

A quelle date a-t-il consulté un médecin pour la première fois depuis le début de son arrêt de travail ? (JJ/MM/AAAA)

À quelle date vous a-t-il consulté pour la première fois depuis le début de l'invalidité ? (JJ/MM/AAAA)

À quelle date le patient vous a-t-il consulté pour la première fois au sujet des troubles dont il souffre actuellement ? (JJ/MM/AAAA)

Veuillez nous préciser la date à laquelle votre patient a cessé de travailler ou cessé ses activités quotidiennes sous votre recommandation ou sur celle d'un confrère. (JJ/MM/AAAA)

Veuillez dresser une liste complète des symptômes de votre patient (y compris la gravité et la fréquence). Veuillez préciser lesquels vous avez personnellement constatés.

L'état de votre patient est-il directement ou indirectement imputable à son emploi ? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection semblable ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer à quel moment et décrire en détail l'affection en cause.

Le patient est-il en mesure de pourvoir à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques ? Oui Non

Déclaration du médecin traitant – condition psychologique (suite)

Partie C – Traitement

Fréquence des consultations du patient : Hebdomadaire À la quinzaine Mensuel Autre _____

Prévoyez-vous revoir le patient? Si oui, quand?

Type de thérapie	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement (jj/mm/aaa)	Fréquence des séances	Date de la dernière séance (jj/mm/aaa)	Réponse
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
			Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		

Votre patient a-t-il été hospitalisé? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de l'hôpital et les dates de l'hospitalisation.

Veuillez énumérer tous les médicaments que votre patient prend actuellement, en prenant soin de préciser la posologie et la date de d'ordonnance.

Médicament	Posologie	Date de l'ordonnance (JJ/MM/AAAA)

Partie D – Évaluations

1. Facteurs qui compliquent la situation

Veuillez indiquer tous les facteurs susceptibles d'avoir contribué au(x) problème(s) clinique(s) et de se répercuter sur la convalescence du patient :

- Difficultés au travail
- Difficultés sociales/familiales
- Difficultés d'ordre financier/juridique
- Affection physique
- Alcoolisme/Toxicomanie
- Effets secondaires d'un ou de médicaments
- Perception de la douleur
- Difficultés d'adaptation
- Personnalité/Manque de motivation
- Autres

Veuillez préciser :

Veuillez décrire le soutien en place ou prévu pour aider le patient face à ces difficultés :

Déclaration du médecin traitant – condition psychologique (suite)

Partie D – Évaluation (suite)

Veillez nous donner votre opinion quant aux restrictions et limitations du patient à effectuer les activités suivantes de façon soutenue durant une journée de travail normale.

Nil : aucune restriction.

Légère : légère restriction qui n’affecte pas la capacité fonctionnelle.

Modérée : restriction qui affecte le patient mais qui n’entrave pas la capacité fonctionnelle.

Modérément grave : restriction qui affecte la capacité fonctionnelle de façon importante.

Grave : restriction totale quant à la capacité fonctionnelle.

	Nil	Légère	Modérée	Modérément grave	Grave
1. Maintenir des relations avec la famille et les amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Voir à ses besoins personnels (hygiène, repas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Effectuer ses tâches ménagères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Maintenir des relations avec ses collègues de travail et son superviseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Effectuer des tâches qui exigent peu de rapports avec autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Comprendre, suivre et garder en mémoire des directives reçues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Effectuer des tâches qui comportent des exigences intellectuelles minimales ou des tâches répétitives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Effectuer des tâches variées et simultanées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Suivre un horaire établi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Prendre des décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Effectuer des tâches qui exigent un haut niveau de raisonnement, de capacité mathématique et de langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Superviser ou gérer autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie E – Pronostic

Si un retour au travail a été prévu avec votre patient, veuillez nous préciser la date et nous préciser s’il s’agit d’un retour (JJ/MM/AAAA)

Temps partiel Temps plein Assignation temporaire Travaux légers Progressif – Veuillez joindre le protocole de retour au travail

Quelle sera la durée approximative de l’arrêt de travail de votre patient :

Moins de 3 mois de 3 à 6 mois plus de 6 mois

Signature	Date (JJ/MM/AAAA)	
Nom (en lettres d’imprimerie)	Spécialité	N° de permis
Adresse (n° rue)		
N° de téléphone	N° de télécopieur	

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

Déclaration du centre hospitalier

Afin que Humania Assurance puisse évaluer judicieusement la demande de règlement d'invalidité de votre patient, il importe que vous répondiez aux questions suivantes en donnant le plus de précisions possible. Veuillez noter qu'il incombe au patient de régler tous les frais pour remplir le présent formulaire.

Partie A – Déclaration du centre hospitalier

Raison d'hospitalisation : _____

Période d'hospitalisation à l'urgence du _____ à _____ heure au _____ à _____ heure
(JJ/MM/AAAA) (JJ/MM/AAAA)

Période d'hospitalisation dans une autre unité, préciser : du _____ à _____ heure au _____ à _____ heure
(JJ/MM/AAAA) (JJ/MM/AAAA)

Nom du centre hospitalier _____

Adresse _____

Date _____ (JJ/MM/AAAA) Signature de l'archiviste _____

Afin d'éviter tous délais dans le traitement de votre demande, veuillez compléter et signer toutes les autorisations ci-dessous, et ce, même si vous avez rempli celle qui se trouve à la page 3 du présent document.



Autorisation

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



Autorisation

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

HUMANIA ASSURANCE INC.

1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

Région de Montréal : 514 489-8404

Région de Saint-Hyacinthe : 450 773-7170

Autres régions : 1 800 773-8404

Site Internet : www.humania.ca

Demande d'assurance individuelle

- Demande initiale pour dépôt direct Demande de changement compte bancaire pour dépôt direct
- Demande de cessation pour dépôt direct

Assurance individuelle

Veuillez inscrire tous vos numéros de polices pour lesquelles l'autorisation est valable.

Police n° :

Police n° :

Police n° :

Déclaration de l'assuré(e)

(prière d'écrire en lettres d'imprimerie)

Nom de l'assuré(e) :

Prénom(s) de l'assuré(e) :

Téléphone n° (jour) :

Adresse de résidence principale :
(n°, rue)

App. : Ville :

Province : Code postal :

Type de compte bancaire

Veuillez remplir cette section ou joindre un spécimen de chèque qui nous permettra d'obtenir vos informations bancaires avec exactitude.

- Chèques Épargne

Succursale n° (5 chiffres) : Institution n° (3-4 chiffres) : Compte n° :
(tous les chiffres)

Nom de l'institution financière :

Adresse de l'institution financière :



Autorisation

J'autorise Humania Assurance Inc. à déposer dans le compte bancaire mentionné sur le présent document, mes règlements d'assurances. J'atteste que les renseignements inscrits sur ce formulaire sont exacts et je conviens d'informer Humania Assurance Inc. de tout changement. J'accepte que cette entente de dépôt direct puisse être résiliée par Humania Assurance Inc. ou par moi en tout temps sur simple avis écrit ou verbal.

Signature de l'assuré(e) : _____

Date : / /
année / mois / jour

Signature du propriétaire du compte
(si différente de l'assuré(e)) : _____

Date : / /
année / mois / jour

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