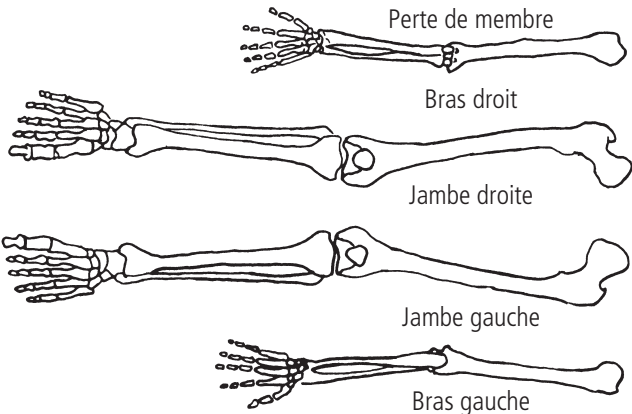


Si vous avez besoin d'informations, veuillez nous contacter au : N° téléphone : 1-877-987-3076 / N° télécopieur : 1-877-660-2519
 Courriel : prestations@humania.ca / **Site internet** : www.humania.ca
 Notre adresse est le : 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

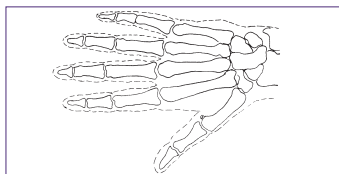
Partie A - Déclaration du réclamant

N° de police :	
Nom :	Prénom(s) :
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	N° d'assurance sociale :
Adresse (n°, rue) :	
Ville :	
Province :	Code postal :
N° de téléphone :	Courriel :
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Ne désire pas préciser	Langue : <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Ang

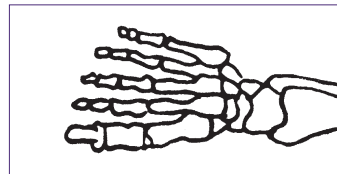
Partie B - Veuillez indiquer le site de l'amputation

 <p>Perte de membre</p> <p>Bras droit</p> <p>Jambe droite</p> <p>Jambe gauche</p> <p>Bras gauche</p>	Date (jj/mm/aaaa)
	Date (jj/mm/aaaa)
	Date (jj/mm/aaaa)
	Date (jj/mm/aaaa)

Main droite (vue dorsale)



Pied droit



Il est important de répondre à toutes les questions.

1- Donnez : a) la date de l'accident : (jj/mm/aaaa)	b) L'heure : À _____ heures <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.
2- 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.)	

3- Quelle était l'activité exercée au moment de l'accident ?	
4- Circonstances de l'accident (expliquez comment l'accident est survenu).	

5- Y a-t-il eu un rapport de police ? Oui Non **Si oui**, veuillez joindre une copie.

 6- S'il s'agit d'un accident de la route, une demande d'indemnité a-t-elle été faite auprès d'un assureur public ou privé ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : Nom de l'assureur :

N° du dossier (si connu) :

Nom des témoins :

7- Donnez le nom des médecins qui vous ont traité(e) ?

Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse	Date d'admission	Date de congé

8- Quelle(s) mutilation(s) avez-vous subie(s) ? (Veuillez joindre le protocole opératoire et/ou le protocole radiologique)

 9- Date du 1^{er} traitement par un médecin pour cette affectation (jj/mm/aaaa) :

 10- Existait-il quelqu'invalité ou infirmité avant cet accident ? Oui Non **Si oui**, donnez les détails.

Partie C - 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, 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 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 passés et futurs 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, le Bureau de renseignements médicaux, toute agence d'enquête, 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 (en lettres d'imprimerie)

 Signature de la personne assurée

 Adresse courriel

 Date (jj/mm/aaaa)