



ASSURANCE INDIVIDUELLE

PROTECTION COMPASSION - MALADIES GRAVES

Demande de règlement

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 titulaire

À compléter par le titulaire de la police.

Partie 1 – Identification

Identification de la personne assurée

N° de Police

Nom

Prénom(s)

Identification du titulaire de la police

Nom

Prénom(s)

Numéro d'assurance sociale

Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

Lien de parenté avec la personne assurée Père Mère biologique légalement reconnu Tuteur légal

Adresse (n°, rue)

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone principal

Autre numéro de téléphone

Identification du membre de la famille en arrêt de travail si différent du titulaire

Nom

Prénom(s)

Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

Lien de parenté avec la personne assurée Père Mère Enfant biologique légalement reconnu Tuteur légal Conjoint

Adresse (n°, rue)

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone principal

Autre numéro de téléphone

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 titulaire

À compléter par le titulaire de la police. Le membre de la famille est celui en arrêt de travail identifié sur cette demande.

Partie 2 – Attestation de l'arrêt de travail

Dernier jour où le membre de la famille a effectué son travail. (AAAA/MM/JJ)

Premier jour où le membre de la famille n'a pas pu travailler. (AAAA/MM/JJ)

Le membre de la famille est-il ? Contractuel Étudiant Sur appel Salarié Sans emploi Travailleur autonome

Le membre de la famille travaille-t-il à : Temps plein Temps partiel

Horaire habituel de : _____ hres/semaine

Nombre de semaines travaillées dans une année par le membre de la famille ? _____ semaines

Depuis le dernier jour de travail, cité ci-haut, le membre de la famille a-t-il effectué des activités professionnelles ?

Oui pour la période du (AAAA/MM/JJ) au (AAAA/MM/JJ)

Non

Veuillez décrire pourquoi le membre de la famille est-il dans l'impossibilité de travailler ?

Connaissez-vous la date prévue de son retour au travail ou de la reprise de ses activités professionnelles ?

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

Partie 3 – Renseignements sur les revenus d'autres provenances

Si le membre de la famille a demandé ou s'il touche 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	Une demande a-t-elle été faite ?		Des prestations sont-elles reçues ?			Montant Mensuel
	Oui	Non	Oui	Non	À l'étude	
Assurance emploi (chômage, maladie ou compassion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre assureur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indemnisation de la CAT, de la CSAT ou la CSST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Régime de pensions du Canada (RPC) – prestations d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Régime de rentes du Québec, (RRQ) – prestations d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurance automobile – SAAQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Partie 4 – Attestation et autorisation du titulaire de la police

À titre de titulaire de la présente police d'assurance, je certifie que les renseignements fournis ci-haut sont exacts et complets. Par la même occasion, j'atteste que le membre de la famille identifié dans la présente demande est en arrêt de travail sans rémunération aucune pour la période ci-haut identifiée.

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 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	Signature
Police n° - Sous-Gruppe - Certificat	Adresse courriel
Date (JJ/MM/AAAA)	

Partie 5 – Dépôt direct
Type de compte bancaire du titulaire de la police

Chèques Épargne 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° (tous les chiffres)
----------------------------	---------------------------------	-------------------------------

Nom de l'institution financière

Adresse de l'institution financière

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 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 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 du titulaire	Date (JJ/MM/AAAA)
Signature du propriétaire du compte (si différente du titulaire)	Date (AAAA/MM/JJ)

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

Important : Veuillez faire compléter cette déclaration par l'employeur du membre de la famille en arrêt de travail identifié sur cette demande.

Partie A – Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur		Raison sociale de la filiale ou de la division (si elle est différente)	
Adresse (n°, rue)			
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone

Partie B – Renseignements sur l'employé

Nom		Prénom(s)	
Date d'entrée en fonction (AAAA/MM/JJ)	Dernier jour de travail (AAAA/MM/JJ)	Date prévue du retour au travail (AAAA/MM/JJ)	
S'agit-il d'un employé <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Contractuel			
L'employé travaille-t-il habituellement à : <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein _____ hres/semaine et _____ semaines/années			
Quelle était la principale raison de l'absence de l'employé ? <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Vacances <input type="checkbox"/> Congé sans solde			
Depuis le dernier jour de travail, cité ci-haut, l'employé a-t-il effectué des activités professionnelles pour vous ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui pour la période du (AAAA/MM/JJ) au (AAAA/MM/JJ)			
L'employé reçoit-il ou a-t-il reçu un salaire de votre part depuis le dernier jour de travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
L'employé a-t-il soumis une demande de prestations aux organismes gouvernementaux suivants ? <input type="checkbox"/> CSAT, CAT ou CSST <input type="checkbox"/> Assurance emploi (veuillez joindre une copie du relevé d'emploi) <input type="checkbox"/> RPC <input type="checkbox"/> RRQ <input type="checkbox"/> SAAQ ou Régime d'assurance automobile provincial <input type="checkbox"/> IVAC			
Je certifie que les renseignements précédents sont exacts et complets.			Date (AAAA/MM/JJ)
Nom (en lettres d'imprimerie)			N° de téléphone
Signataire autorisé		Fonction	

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