



ASSURANCE COLLECTIVE

## **CONGÉ DE COMPASSION**

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 de l'assuré

### Partie 1 – Identification

#### Identification de la personne assurée

N° de Police	Sous-groupe	Certificat
Nom	Prénom(s)	
Numéro d'assurance sociale	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	
Adresse (n°, rue)		
Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone principal	Autre numéro de téléphone	

#### Identification du membre de la famille pour lequel un congé de compassion est demandé

Nom	Prénom(s)	
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)		
Adresse (n°, rue)		
Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone principal	Autre numéro de téléphone	

Est-ce

- Mon conjoint? Preuve à l'appui à soumettre : rapport d'impôt fédéral le plus récent.
- Mon enfant? Preuve à l'appui à soumettre : certificat de naissance ou d'adoption.
- Enfant de mon conjoint? Preuve à l'appui à soumettre : rapport d'impôt fédéral le plus récent et certificat de naissance ou d'adoption.

S'il s'agit d'un enfant, est-il étudiant  temps plein  temps partiel  non-étudiant

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'assuré

### Partie 2 – Attestation de l'arrêt de travail

Dernier jour travaillé ? (AAAA/MM/JJ)

Premier jour où vous n'avez pas travaillé ? (AAAA/MM/JJ)

Depuis le dernier jour de travail, cité ci-haut, le membre de la famille pour lequel un congé de compassion est demandé a-t-il effectué des activités professionnelles ou poursuivi ses études ?

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

Non

Veuillez décrire pourquoi l'état de santé de votre conjoint ou de l'enfant nécessite que vous cessiez de travailler pour prendre soin de lui ?

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

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

### Partie 3 – Renseignements sur les revenus d'autres provenances

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	Une demande a-t-elle été faite ?		Des prestations sont-elles reçues ?			Montant Mensuel
	Oui	Non	Oui	Non	À l'étude	
Assurance emploi (chômage ou maladie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurance emploi (compassion/proche-aidant)	<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"/>	
Rente 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 de l'assuré (adhérent)**

À titre d'assuré et d'adhérent à 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 requiert ma présence pour prendre soin de lui.

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

---

Signature

---

Police n° - Sous-Groupe - Certificat

---

Adresse courriel

---

Date (JJ/MM/AAAA)

**Partie 5 – Conjoint ou enfant de plus de 18 ans**

À titre de personne visée par la présente réclamation, 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.

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 de l'assuré

\_\_\_\_\_  
Police n° - Ssous-Groupe - Ccertificat

\_\_\_\_\_  
Nom du conjoint ou de l'enfant malade de plus de 18 ans

\_\_\_\_\_  
Signature du conjoint ou de l'enfant malade de plus de 18 ans

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)

**Partie 6 – Enfant de moins de 18 ans**

À titre de personne visée par la présente réclamation, 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.

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 de l'assuré

\_\_\_\_\_  
Police n° - Sous-Groupe - Certificat

\_\_\_\_\_  
Nom de l'enfant malade

\_\_\_\_\_  
Signature de l'enfant malade si 16 ans et plus au Canada et 14 ans et plus au Québec

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Nom du parent si l'enfant malade a moins de 16 ans au Canada ou moins de 18 ans au Québec

\_\_\_\_\_  
Signature du parent si l'enfant malade a moins de 16 ans au Canada ou moins de 18 ans au Québec

\_\_\_\_\_  
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 preneur pour congé compassion

À remplir par l'employeur. Répondre à toutes les questions en donnant le plus de précisions possible.

#### Partie A – Renseignements sur le preneur

Raison sociale (nom de l'employeur, du syndicat ou de l'association)		Raison sociale de la filiale ou de la division (si elle est différente)	
Adresse (n°, rue)			
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone
Courriel personne-contact			

#### Partie B – Renseignements sur l'assuré

Nom		Prénom(s)	
Police n°	Sous-groupe	Certificat	N° de téléphone
Employé permanent ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
La protection était-elle en vigueur le premier jour d'absence ou le jour de l'événement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Dans l'affirmative, à quelle date le réclamant est-il devenu assuré en vertu de la présente police ?			(JJ/MM/AAAA)
Dans la négative, veuillez préciser.			
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)
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			
Quelle était la principale raison de l'absence du réclamant ? <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Blessure survenue hors du travail			
<input type="checkbox"/> Accident d'automobile hors travail <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle ou accident de travail <input type="checkbox"/> Compassion			
Veuillez indiquer les heures de travail d'une semaine normale.			
Lundi _____ Mardi _____ Mercredi _____ Jeudi _____ Vendredi _____ Samedi _____ Dimanche _____			
<i>(Si le réclamant travaille selon un horaire irrégulier ou par quarts, fournir le calendrier correspondant.)</i>			
Quel est le salaire hebdomadaire brut habituel du réclamant avant l'absence ? _____ \$		Date du dernier changement ? (JJ/MM/AAAA)	
Quel est le salaire annuel brut du réclamant pour l'année en cours ? _____ \$		Date du dernier changement ? (JJ/MM/AAAA)	

### Déclaration du preneur (suite)

#### Partie B – Renseignements sur l'assuré (suite)

S'agit-il d'un employé  Salarié  Horaire  Sur appel

Le réclamant a-t-il touché un revenu au cours de la période d'absence?  Oui  Non  
 Dans l'affirmative, en préciser la provenance :  Congé annuel  Congé de maternité  Congé de maladie  
 Assurance emploi (Veuillez joindre une copie du relevé d'emploi)  Jour férié  Autre \_\_\_\_\_  
 Assurance emploi pour proche aidant/compassion

Montant \_\_\_\_\_ \$ Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Le réclamant a-t-il soumis une demande de prestations aux organismes gouvernementaux suivants ?  
 CSAT, CAT ou CNESTT  Assurance emploi (veuillez joindre une copie du relevé d'emploi)  RPC  RRQ  
 SAAQ ou Régime d'assurance automobile provincial  IVAC

Au moment de l'arrêt de travail, quel était le statut de l'employé ?  à l'emploi  mise à pied temporaire  fin d'emploi  
 invalide  sans solde  autre, préciser \_\_\_\_\_

Avez-vous une entente avec l'employé sur la durée du congé sans solde ?  Oui, durée  Non \_\_\_\_\_

Certaines circonstances vous amènent-elles à questionner la validité de la réclamation ?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez expliquer :

Je certifie que les renseignements précédents sont exacts et complets.

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**

### Identification de la personne assurée

Nom	Prénom	
N° Police	Sous-Groupe	Certificat

### Déclaration du médecin - À compléter pour le conjoint ou l'enfant malade

#### Partie A – Renseignements sur le patient

Nom	Prénom(s)	
Date de naissance	Taille	Poids

#### Partie B – Diagnostic

Quel est le diagnostic principal et secondaire de votre patient ?

Quels sont les facteurs contributifs aux diagnostics indiqués ci-dessus ?

Dans le cas d'une déficience cognitive, veuillez répondre aux questions suivantes :

Y a-t-il détérioration mentale et perte d'aptitude intellectuelle se manifestant par une détérioration mesurable de :

la mémoire :  Oui  Non  
 l'orientation :  Oui  Non  
 la faculté de raisonner :  Oui  Non

#### Joindre le rapport du spécialiste le confirmant.

Quelle est la cause organique objective de cette déficience ?

Le degré de déficience cognitive nécessite-t-il une surveillance journalière ?  Oui  Non Durée quotidienne (heures par jour) \_\_\_\_\_

Quelles sont les activités de la vie quotidienne que votre patient n'est plus en mesure d'effectuer par lui-même ?

	Incapacité totale	De façon permanente ?	De façon temporaire ?	Précisez la durée
Prendre son bain - Capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se vêtir - Capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faire sa toilette - Capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Être continent - Capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se mouvoir - capacité d'entrer ou de sortir d'un lit, de s'asseoir ou de se relever d'une chaise ou d'une chaise roulante, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se nourrir - capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Selon votre opinion professionnelle, le patient requiert-il des soins ou le soutien d'un ou plusieurs membres de sa famille ?  Oui  Non

Si oui, veuillez en préciser la durée journalière (heures par jour) :

## Déclaration du médecin

Partie B – Diagnostic (suite)	
Quand avez-vous examiné le patient pour la dernière fois ?	(JJ/MM/AAAA)
Est-ce que votre patient est ou a été hospitalisé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre patient a été traité en tant que patient externe ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, veuillez préciser le nom de l'établissement : Et la période ou la durée prévue :	
Décrivez l'évolution clinique prévue :	
Selon votre dernier examen du _____ (JJ/MM/AAAA) _____, certifiez-vous que le patient est gravement malade et risque de décéder au cours des 12 prochains mois ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Veuillez nous indiquer toutes autres informations pertinentes à la compréhension du dossier :	
Selon votre opinion professionnelle et au meilleur de votre connaissance, le patient est-il en mesure de pourvoir à ses intérêts ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Signature du médecin	Date (JJ/MM/AAAA)
Nom (en lettres d'imprimerie)	Spécialité <span style="float: right;">N° de permis</span>
Adresse (n°, rue)	Ville / Province / Code Postal
N° de téléphone	N° de télécopieur



**HUMANIA ASSURANCE INC.**

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

Région de Montréal : 514 485-7236

Région de Saint-Hyacinthe : 450 773-7236

Autres régions : 1 800 818-7236

Site Internet : [www.humania.ca](http://www.humania.ca)