

Si vous avez besoin d'informations, veuillez nous contacter au : région de Saint-Hyacinthe : 450 773-5783, autres régions : 1 877 987-3076.  
Site internet : www.humania.ca, courriel : prestations@humania.ca

### Partie 1 - Identification de la personne assurée

N° de Police :

Nom :

Prénom :

Numéro d'assurance sociale :    Date de naissance :     
année / mois / jour

Fumeur  Non-fumeur

Si oui, depuis quand ?    Si cessé depuis quand ?     
jour / mois / année jour / mois / année

Adresse :    
(numéro et rue) (app)

Ville :

Province :  Code Postal :   Numéro de téléphone :

### Partie 2 - Diagnostic

Genre ou nature de la maladie \_\_\_\_\_

Apparition des premiers symptômes de la maladie \_\_\_\_\_

Quand avez-vous consulté un médecin la première fois pour cette maladie? Date :     
année / mois / jour

Nom et adresse de votre médecin de famille :

Nom du médecin :

Adresse :    
(numéro et rue) (app)

Ville :

Province :  Code Postal :   Numéro de téléphone :



## Partie 2 - Diagnostic (suite)

Nom et adresse des médecins consultés :

Nom du médecin	Adresse

Nom et adresse des hôpitaux où vous avez reçu des traitements :

Nom de l'hôpital	Adresse

## Partie 3 - Autorisation

J'autorise Humania Assurance Inc., ses mandataires et ses fournisseurs de services à utiliser les renseignements sur l'assuré ou sur la présente demande de règlement (y compris le dossier médical, les résultats d'autopsie ou d'examen toxicologiques ou pathologiques) nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation de la présente demande, à les recueillir auprès des personnes suivantes et à les échanger avec elles : toute personne physique ou morale possédant des renseignements pertinents, y compris les professionnels de la santé, les hôpitaux et autres établissements médicaux, les agences gouvernementales, les régies provinciales de l'assurance-maladie, les institutions, le Medical Information Bureau (MIB), les agences d'enquête, les organismes chargés de l'application de la loi et les compagnies d'assurance ou de réassurance. Toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et cette autorisation restera en vigueur jusqu'à ce que le dossier de la présente demande soit classé.

Signature de la personne assurée \_\_\_\_\_

Date :    /   /    
année / mois / jour

Nom du demandeur \_\_\_\_\_

Lien avec la personne assurée \_\_\_\_\_

Signature du demandeur \_\_\_\_\_

Date :    /   /    
année / mois / jour

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