

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

Partie A - Identification du titulaire de la police

N° de Police :

Nom :

Prénom :

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

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

Adresse :
(numéro et rue) (app)

Ville :

Province : Code Postal : Numéro de téléphone principal :

Autre numéro de téléphone :

Partie B - Identification de l'enfant / la personne assurée

Nom :

Prénom :

Date de naissance :
année / mois / jour

Adresse :
(numéro et rue) (app)

Ville :

Province : Code Postal :



Partie 2 - Diagnostic

Quelle est la nature et la sévérité de la maladie? _____

De quand date l'apparition des premiers symptômes de la maladie?

Date : / /
année / mois / jour

Quand pour la première fois, un médecin a-t-il été consulté pour cette maladie?

Date : / /
année / mois / jour

Veillez indiquer le nom et l'adresse du médecin de famille :

Nom du médecin :

Adresse :
(numéro et rue)

Ville :

Province : Code Postal : Numéro de téléphone principal :

Veillez détailler le nom et l'adresse de tous les médecins et spécialistes consultés par la personne assurée :

| Nom du médecin | Adresse |
|----------------|---------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Veillez préciser le nom et l'adresse des hôpitaux où des traitements ont été reçus par la personne assurée :

| Nom de l'hôpital | Adresse |
|------------------|---------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Partie 3 - Autorisation

J'autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, compagnie de réadaptation, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur ou tout autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet et celui de la personne assurée à fournir à Humania Assurance, ses mandataires et fournisseurs de services tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de cette demande de règlement.

J'autorise Humania Assurance, ses mandataires et fournisseurs de services à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien fondé de cette demande de règlement. J'accepte que les renseignements fournis pour cette demande et lors de demandes précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par Humania Assurance pour la gestion de la demande et pour la production de rapports statistiques.

Cette autorisation est valide pour la durée totale de la présente réclamation. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

Nom (en lettre d'imprimerie) : _____ Signature : _____

Nom de l'enfant (en lettre d'imprimerie) : _____ Date : / /
année / mois / jour

Cette demande de règlement doit être remplie par le titulaire de la police. Ce dernier doit être le tuteur légal, la mère ou le père biologique ou légalement reconnu de la personne assurée.

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