

Déclaration du réclamant

Nom de famille de l'assuré :

Prénom de l'assuré :

Date de naissance : / / Police numéro :
jour / mois / année

Adresse : (app.)
(numéro et rue)

Ville :

Province : Code Postal :

N° téléphone domicile : N° cellulaire :

Adresse courriel :

Veuillez indiquer le site de l'amputation

Perte de membre



Bras droit

Date / /
jour / mois / année



Jambre droite

Date / /
jour / mois / année



Jambe gauche

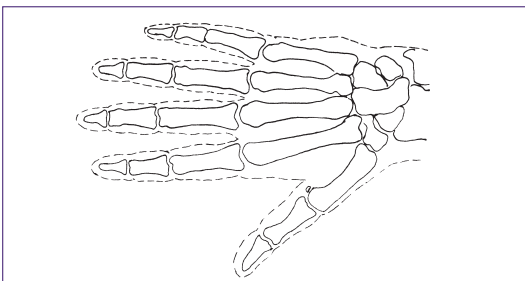
Date / /
jour / mois / année



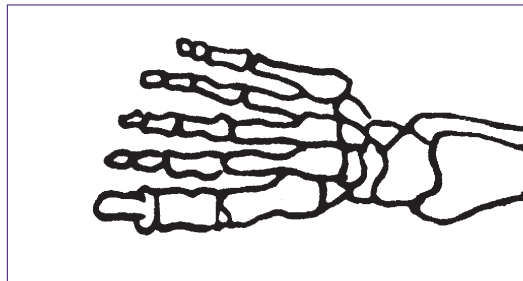
Bras gauche

Date / /
jour / mois / année

Main droite (vue dorsale)



Pied droit



Il est important de répondre à toutes les questions

1- Donnez : a) La date de l'accident : / /
jour / mois / année b) L'heure : À _____ heures A.M. 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 _____

No 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 affection / /
jour / mois / année

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

J'autorise tout médecin m'ayant traité(e) ou tout hôpital où j'ai séjourné, à fournir à Humania Assurance Inc., tout renseignement requis sur mon état de santé ou sur l'accident décrit plus haut.

Date à _____ le _____ 20 _____

Témoïn

Réclamant