

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE ASSURÉE**

Nom			Prénom		
Date de naissance :	<input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Année</small>	<input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Mois</small>	<input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Jour</small>	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
			N° de contrat		N° de client
Adresse (n°, rue, appartement, ville, province)					Code postal

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE HOSPITALISÉE (RÉCLAMANT)**

Nom			Prénom		
Date de naissance :	<input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Année</small>	<input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Mois</small>	<input style="width: 100%;" type="text"/> <small>Jour</small>	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
			Lien avec la personne assurée		
Adresse (n°, rue, appartement, ville, province)					Code postal

**L'ASSUREUR SE RÉSERVE LE DROIT D'EXIGER DES RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES S'IL LE JUGE NÉCESSAIRE.**

**L'ASSUREUR N'ASSUME AUCUNE RESPONSABILITÉ POUR TOUS FRAIS RELATIFS À L'EXÉCUTION DES PREUVES DE LA DEMANDE DE PRESTATION.**

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA COVID-19**

- 1 Date de l'apparition des premiers symptômes :   
Année      Mois      Jour
  
- 2 Veuillez décrire ces symptômes. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
- 3 Date de diagnostic positif à la COVID-19 :   
Année      Mois      Jour
  
- 4 Nom du médecin qui a confirmé le diagnostic de COVID-19 : \_\_\_\_\_
  
- 5 Quelles sont les dates d'hospitalisation pour cette condition ? Du  au   
Année      Mois      Jour      Année      Mois      Jour
  
- 6 Lieu d'hospitalisation (nom du centre hospitalier, ville) : \_\_\_\_\_

### DÉCLARATION DU MÉDECIN

Je confirme que les informations à la page 1 de ce formulaire concernant le diagnostic de COVID-19 et l'hospitalisation sont véridiques.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.



Signature du médecin

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)

Adresse (n°, rue, ville, province)

Code postal

Ind. rég. \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ N° du permis d'exercice : \_\_\_\_\_

### DÉCLARATION ET AUTORISATION DE LA PERSONNE HOSPITALISÉE (RÉCLAMANT)

1. J'atteste de toutes les informations décrites à la page 1 de ce formulaire sont complètes et véridiques.
2. Aux fins de la gestion de mon dossier et de l'étude de mes demandes de prestations, j'autorise toute personne physique ou morale et tout organisme public ou parapublic détenant des renseignements sur mon compte dont notamment tout professionnel de la santé et tout établissement de santé, le MIB, Inc., toute institution financière, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout agent de renseignement ou toute agence d'investigation, mon employeur ou mes employeurs précédents, à communiquer ces renseignements à l'Assureur ou à ses réassureurs. J'autorise également l'Assureur et ses réassureurs aux mêmes fins à communiquer auxdites personnes ou auxdits organismes dont le MIB, Inc. les renseignements qu'ils détiennent sur mon compte.
3. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

### SIGNATURE DE LA PERSONNE HOSPITALISÉE (RÉCLAMANT)



Signature de la personne hospitalisée (réclamant) (autorisée à signer si âgée de 14 ans ou plus au Québec et si âgée de 16 ans ou plus à l'extérieur du Québec)



Signature du parent ou du tuteur légal si la hospitalisée (réclamant) est mineure

Nom du parent ou du tuteur légal signataire (en caractères d'imprimerie)

### ENVOI DE LA DEMANDE DE PRESTATION

Faites parvenir le formulaire dûment rempli par courriel à [reglement.ass-vie@lacapitale.com](mailto:reglement.ass-vie@lacapitale.com) ou par la poste à l'adresse suivante :

La Capitale assureur de l'administration publique inc.  
625, rue Jacques-Parizeau  
Québec (Québec) G1R 2G5

L'assureur se réserve le droit d'effectuer les vérifications nécessaires à l'administration de cette demande de prestations ainsi que demander des informations supplémentaires si jugées nécessaires.