

Ce formulaire doit être rempli par le preneur ou par quelqu'un en son nom s'il est incapable de le remplir lui-même. L'Assureur se réserve le droit d'exiger des renseignements supplémentaires si elle le juge nécessaire. L'Assureur n'assume aucune responsabilité pour tous frais relatifs à l'exécution des preuves de la demande de règlement.

**INSTRUCTIONS :** La demande de règlement pour fracture accidentelle doit être soumise dans les 90 jours suivant l'accident. Suivre les étapes ci-dessous, faire remplir la **déclaration du médecin**, remplir et signer la **déclaration et autorisation de l'assuré**.

**DOCUMENTS À FOURNIR :** – Certificat de naissance de l'assuré accidenté – Copie des rapports d'examen confirmant les diagnostics

### Étape 1 IDENTIFICATION DU PRENEUR

Contrat : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Rue Ville Province Code postal \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

### Étape 2 IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ ACCIDENTÉ

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : 

--	--	--

 Année Mois Jour Sexe :  F  M

Relation avec le preneur (**fournir certificat de naissance**)  
 même personne  enfant à charge du preneur Si l'enfant à charge est un étudiant âgé entre 18 ans et 24 ans, veuillez **fournir une preuve**  
 conjoint qu'il fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, une maison d'enseignement reconnue.

### Étape 3 DESCRIPTION DE L'ACCIDENT

Lieu : \_\_\_\_\_ Date de l'accident : 

--	--	--

 Année Mois Jour Heure : \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

S'agit-il d'un accident survenu au travail?  Oui  Non  
 Si oui, avez-vous présenté une demande d'indemnisation auprès de la CSST?  Oui  Non  
 S'agit-il d'un accident survenu en véhicule moteur?  Oui  Non  
 Si oui, avez-vous présenté une demande d'indemnisation auprès de la SAAQ?  Oui  Non

Décrivez les circonstances de l'accident. \_\_\_\_\_

### Étape 4 DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Date de l'accident ayant causé les fractures : 

--	--	--

 Année Mois Jour

Date de la première consultation pour cette condition : 

--	--	--

 Année Mois Jour

Nom des os fracturés (veuillez inclure une copie des rapports d'investigations confirmant les diagnostics) : \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'une fracture du crâne, y a-t-il un déficit neurologique permanent?  Oui  Non  
 Si oui, est-ce que votre patient est limité et restreint de façon importante et irréversible dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne?  Oui  Non  
 Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

À votre connaissance, le patient souffre-t-il d'une maladie susceptible d'avoir causé ces fractures en tout ou en partie?  Oui  Non  
 Si oui, de quelle maladie souffre-t-il? \_\_\_\_\_

Depuis quand? 

--	--	--

 Année Mois Jour

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**Les frais pour remplir la « Déclaration du médecin traitant » sont assumés par la personne assurée.**

### Étape 5 DÉCLARATION ET AUTORISATION DE L'ASSURÉ

Contrat : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Je certifie par les présentes que tous les renseignements ci-inclus sont véridiques au meilleur de ma connaissance. Pour l'évaluation de la demande de règlement, j'autorise tout professionnel de la santé, tout établissement de santé, tout organisme public ou parapublic, mon employeur ainsi que toute personne physique ou morale, toute compagnie d'assurance détenant des renseignements personnels incluant les rapports médicaux à mon sujet ou au sujet de mon enfant assuré à les communiquer à l'Assureur. Une photocopie de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

Date : \_\_\_\_\_ Signature de l'assuré (signature de l'assuré ou de son tuteur légal si mineur) : \_\_\_\_\_