



**Assomption Vie**  
Assurance collective

## DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE

## Demande de règlement pour maladie grave Directives

### Preneur (employeur ou administrateur du régime)

Veillez remplir la *Déclaration du preneur*, en prenant soin de répondre à chaque question pour éviter tout retard dans l'étude du dossier.

### Employé(e)

1. Veillez remplir la *Déclaration de l'employé(e)*, en prenant soin de répondre à chaque question pour éviter tout retard dans l'étude du dossier. N'oubliez pas de signer l' « Autorisation et attestation » à la section 2 du formulaire.
2. Veillez à ce que votre médecin traitant remplisse la déclaration médicale. Vous devez aussi remplir la section 1, dont les coordonnées et l'autorisation du participant, qui précède la déclaration du médecin.

#### À noter :

- a) Il vous incombe de payer les honoraires que demande votre médecin traitant pour remplir sa partie du présent formulaire.
- b) Veillez retourner le document au complet, en incluant chaque page, à l'adresse suivante. **Veillez ne pas utiliser d'agrafes.**  
ASSOMPTION VIE, a/s Assurance Collective  
C.P. 160 /770 rue Main  
Moncton NB E1C 8L1.  
Téléphone : 1-888-869-9797 Télécopieur : 506-853-5434
- c) Il vous est également possible de **numériser** les formulaires et de les **envoyer par courriel** à l'adresse suivante :  
vieinvalidite@assomption.ca

### Médecin traitant

1. Veillez remplir la déclaration médicale, en ayant soin de répondre à chaque question pour éviter tout retard dans l'étude du dossier.
2. Veillez joindre au formulaire toute autre documentation pertinente à l'évaluation de la demande (résultats d'examen, rapports de consultation de spécialistes, etc.)

## Demande de règlement pour maladie grave Déclaration du preneur

Pour assurer le traitement rapide de la demande, veuillez répondre à toutes les questions et écrire en caractères d'imprimerie.

Nom du preneur	Téléphone	Courriel	
Adresse	Ville	Province	Code postal

### Section 1 Renseignement sur l'employé(e)

Prénom de l'employé(e)	Nom de l'employé(e)	Police	Division	Certificat
------------------------	---------------------	--------	----------	------------

1. Métier/profession : \_\_\_\_\_
2. Date d'embauche : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_
3. Date de prise d'effet du certificat : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_
4. Dernier jour au travail : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_
5. Montant d'assurance : \_\_\_\_\_ \$
6. Veuillez ajouter tout autre commentaire pouvant être utile à l'étude de la demande. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Prénom et nom de la personne autorisée (en lettres moulés)	
Signature	

Titre	
Date (JJ/MM/AAAA)	

## Demande de règlement pour maladie grave Déclaration de l'employé(e)

Pour assurer le traitement rapide de la demande, veuillez répondre à toutes les questions et obtenir toutes les signatures requises.

Prénom	Nom	Police	Division	Certificat
Courriel	___ / ___ / ___ Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Adresse	Ville	Province	Code Postal	
Téléphone – Résidence	Téléphone – Travail	Téléphone - Cellulaire		
Date de début de la maladie (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ___		Date de la chirurgie (si applicable) (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ___		

### Section 1 Demande de règlement et information complémentaire

1. Veuillez indiquer pour quel type de maladie grave vous soumettez une demande de règlement. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
2. Veuillez fournir des précisions quant à l'étendue et à la nature de la maladie. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
3. Avez-vous, par le passé, été atteint de la même maladie, d'une maladie similaire, d'une maladie qui y est liée ou avez-vous subi des traitements pour de telles maladies?  Oui  Non  
Si oui, veuillez préciser. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
4. Quelle est la date de la première consultation avec un médecin relativement à votre maladie? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
5. Quand vous a-t-on informé(e) de l'existence de votre maladie? (JJ/MM/AAAA) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
  
6. Veuillez préciser les traitements que vous avez suivis, en indiquant les détails et les dates de tout examen subi dans un hôpital ou de tout traitement reçu lors d'une hospitalisation. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

**Section 1 Demande de règlement et information complémentaire (suite)**

7. Avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé ou été hospitalisé(e) pour une ou des raisons médicale(s) au cours des deux (2) dernières années précédant la maladie?  Oui  Non Si oui, veuillez remplir le tableau :

Nom des médecins ou professionnels de la santé qui vous ont traité	Genre de maladies ou blessures	Dates des consultations (JJ/MM/AAAA)	Nom des hôpitaux où vous avez été traité(e)	Périodes d'hospitalisation (JJ/MM/AAAA)
				__ / __ / __ à __ / __ / __
				__ / __ / __ à __ / __ / __
				__ / __ / __ à __ / __ / __
				__ / __ / __ à __ / __ / __
				__ / __ / __ à __ / __ / __
				__ / __ / __ à __ / __ / __
				__ / __ / __ à __ / __ / __

8. Avez-vous pris des médicaments au cours des deux (2) années précédant cette maladie grave?  Oui  Non  
Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Maladies	Nom des médicaments	Périodes (JJ/MM/AAAA)
		__ / __ / __ à __ / __ / __
		__ / __ / __ à __ / __ / __
		__ / __ / __ à __ / __ / __
		__ / __ / __ à __ / __ / __
		__ / __ / __ à __ / __ / __
		__ / __ / __ à __ / __ / __
		__ / __ / __ à __ / __ / __

9. Est-ce que des membres de votre famille (père, mère, frère, sœur, grand-père, grand-mère, oncle ou tante) souffrent ou ont déjà souffert de la même maladie ou d'une maladie semblable?  Oui  Non Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Nom du membre de la famille	Lien de parenté	Maladie	Âge au début de la maladie	Âge, si vivant	Âge au décès

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

**Section 1 Demande de règlement et information complémentaire (suite)**

10. Veuillez indiquer le nom, l'adresse complète, le numéro de téléphone et les dates de consultations de tous les médecins et/ou hôpitaux auprès desquels vous avez subi des traitements pour la maladie grave pour laquelle vous réclamez une prestation.

Nom du médecin	Adresse complète	Téléphone	Dates (JJ/MM/AAAA)

11. Veuillez indiquer le nom, l'adresse complète et le numéro de téléphone de votre médecin de famille.

Nom du médecin de famille	Adresse complète	Téléphone

**Section 2 Autorisation et attestation de l'employé(e)**

Je confirme, par les présentes, qu'à ma connaissance, l'information fournie dans cette demande de règlement au titre d'une garantie en cas de maladie grave est véridique et complète.

Je consens à ce que l'information fournie dans le présent formulaire de règlement soit divulguée à Assomption Vie, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la demande de règlement.

J'autorise tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, toute organisation médicale, compagnie d'assurance ou compagnie de réassurance, commission d'indemnisation des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur, ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée à communiquer à Assomption Vie, à ses employés, à ses représentants et à ses fournisseurs de services tout renseignement qui pourrait leur être nécessaire dans l'évaluation de la demande de prestation.

Je comprends et je reconnais que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la demande de règlement, Assomption Vie aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la demande de règlement avec tout organisme réglementaire, tout organisme d'investigation ou gouvernemental, tout fournisseur de soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, mon employeur ou toute autre partie, comme prévu par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

Je reconnais qu'une photocopie de la présente autorisation et attestation a la même validité que l'original.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé(e)

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)

**Demande de règlement pour maladie grave Déclaration du médecin traitant**

**Section 1 À être remplie par l'employé(e)**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Police \_\_\_\_\_ Division \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) Téléphone – Résidence Téléphone – Cellulaire

J'autorise par la présent tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, le Bureau de renseignement médicaux, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, le titulaire de la police, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé à communiquer à Assomption Vie ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom, tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations de maladie grave. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original. La présente autorisation n'est valide que pour cette demande de prestations de maladie grave.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé(e)

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)

**Section 2 À être remplie par le médecin traitant**

La section 2 doit être remplie par le médecin traitant de l'employé(e) ou le spécialiste qui a établi le diagnostic de maladie grave.

La protection d'assurance en cas de maladies graves couvre l'employé(e) advenant le diagnostic d'une des maladies graves énumérées dans sa police d'assurance collective et selon certaines conditions ou critères précis. Il est donc important pour l'analyse de la présente demande que nous obtenions des informations détaillées sur l'état de santé de l'employé(e). Le but d'une telle protection d'assurance est de permettre à l'employé(e) de mieux surmonter les difficultés découlant du diagnostic d'une maladie grave.

Nom comptons sur votre collaboration pour nous transmettre les informations demandées dans les plus brefs délais, afin que nous puissions analyser cette demande. Veuillez joindre au présent formulaire les informations additionnelles demandées.

**PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.**

**1. Diagnostic**

- A) Date du diagnostic de la maladie grave : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- B) Diagnostic primaire : \_\_\_\_\_
- C) Diagnostic secondaire : \_\_\_\_\_
- D) Pour les maladies ou les symptômes qui leur sont associés et dont font état les diagnostics, le patient a antérieurement :
- reçu des traitements médicaux    consulté un autre médecin    pris des médicaments    été hospitalisé    subi des examens
- Précisez les dates de toutes périodes de traitements \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**2. Traitement**

- A) Médicaments
- |             |                   |
|-------------|-------------------|
| Nom : _____ | Posologie : _____ |
| Nom : _____ | Posologie : _____ |
| Nom : _____ | Posologie : _____ |
| Nom : _____ | Posologie : _____ |
| Nom : _____ | Posologie : _____ |
| Nom : _____ | Posologie : _____ |
| Nom : _____ | Posologie : _____ |

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

**Section 2 À être remplie par le médecin traitant (suite)**

**2. Traitement (suite)**

B) Est-ce que le patient/la patiente a subi ou subira :

Des examens ou des tests?  Oui  Non Préciser : \_\_\_\_\_

Une chirurgie?  Oui  Non  D'un jour Date : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Type : \_\_\_\_\_

D'autres traitements  Oui  Non Type : \_\_\_\_\_ Nom du praticien : \_\_\_\_\_  
Date du début : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

C) Hospitalisation : du (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Un court séjour en observation :  Oui  Non Nombre d'heures : \_\_\_\_\_ Date : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**3. Renseignements généraux**

A) Depuis quelle date suivez-vous ce patient/cette patiente? (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

B) Date de la première consultation : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

C) Date des premiers symptômes : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

À quelle date votre patient(e) a-t-il/elle été avisé(e) de son diagnostic? (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

D) Est-ce que le patient/la patiente a été suivi(e) par d'autres médecins?  Oui  Non

Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Nom du médecin consulté	Adresse complète	Date (JJ/MM/AAAA)
		___/___/___
		___/___/___
		___/___/___
		___/___/___
		___/___/___

E) Est-ce que des membres de la famille du patient/de la patiente (père, mère, frère, sœur, grand-père, grand-mère, oncle ou tante) souffrent ou ont déjà souffert de la même maladie ou d'une maladie semblable?  Oui  Non

Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Nom du membre de la famille	Lien de parenté	Maladie	Âge au début de la maladie	Âge, si vivant	Âge au décès

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

**Section 2 À être remplie par le médecin traitant (suite)**

**3. Renseignements généraux (suite)**

- F) Au cours des cinq (5) dernières années, votre patient(e) a-t-il/elle reçu des soins, des traitements ou des services, consulté un médecin ou pris des médicaments lui ayant été prescrits pour cette maladie ou toute autre affection?  Oui  Non  
Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Nom des médecins ou professionnels de la santé	Genre de maladies ou blessures	Dates des consultations (JJ/MM/AAAA)	Nom des hôpitaux où le/la patient(e) a été traité(e)	Périodes d'hospitalisation (JJ/MM/AAAA)
				___/___/___ au ___/___/___
				___/___/___ au ___/___/___
				___/___/___ au ___/___/___
				___/___/___ au ___/___/___
				___/___/___ au ___/___/___

**4. Détails du diagnostic**

**Cancer**

Joindre une copie du dossier médical complet, y compris du rapport pathologique de la biopsie ayant permis l'établissement du diagnostic.

- A) Diagnostic anatomopathologique \_\_\_\_\_  
 B) Sièges du cancer \_\_\_\_\_  
 C) Stade de développement du cancer (I à IV ou A à D, selon le cas) \_\_\_\_\_  
 D) S'agit-il d'une récurrence?  Oui  Non Date de la récurrence (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Infarctus du myocarde / crise cardiaque**

Joindre une copie du dossier médical complet, y compris des résultats d'épreuves diagnostiques et du/des résumé(s) de sortie.

- A) Élévation et chute de marqueurs biochimiques cardiaques attestant le diagnostic d'infarctus du myocarde?  Oui  Non  
 B) Nouvelles modifications à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant un infarctus du myocarde?  Oui  Non  
 C) S'agit-il du premier infarctus du myocarde de votre patient(e)?  Oui  Non  
 D) Apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant une angiographie ou une angioplastie ou autre?  Oui  Non

**Accident cérébrovasculaire (ACV)**

Joindre une copie du dossier médical complet, y compris des résultats d'épreuves diagnostiques et du/des résumé(s) de sortie.

- A) S'agit-il du premier accident cérébrovasculaire de votre patient?  Oui  Non  
Date de l'accident cérébrovasculaire (JJ/MM/AAAA) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 B) Les déficits neurologiques ont-ils persisté pendant plus de 30 jours après le diagnostic?  Oui  Non  
Si oui, décrire les déficits neurologiques résiduels après 30 jours. \_\_\_\_\_  
 C) L'accident cérébrovasculaire a-t-il été causé par un traumatisme?  Oui  Non  
Si oui, décrire le traumatisme. \_\_\_\_\_

**Autre maladie**

Joindre une copie du dossier médical complet, y compris des résultats d'épreuves diagnostiques et du/des résumé(s) de sortie.

Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

**Section 2 À être remplie par le médecin traitant (suite)**

**5. Description des symptômes, commentaires et information complémentaires**

Fournir toutes les informations qui vous semblent pertinentes pour l'analyse de la demande de prestations de votre patient(e). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Coordonnées du médecin traitant**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse complète \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Omnipraticien  Spécialiste (préciser) \_\_\_\_\_  Autre (préciser) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin traitant

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MM/AAAA)

**À NOTER : TOUS LES FRAIS DEMANDÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE  
SONT À LA CHARGE DU PATIENT/DE LA PATIENTE.**