

Demande de règlement pour mutilation accidentelle Déclaration de l'employé(e)

Prénom de l'employé(e)	Nom de l'employé(e)	Police	Division	Certificat
Adresse	Ville	Province		Code postal
___ / ___ / ____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Téléphone – Résidence	Téléphone - Cellulaire		

A) Date de l'accident : (JJ/MM/AAAA) ___ / ___ / ____ Heure de l'accident : _____

B) L'accident est survenu? À la maison Au travail Ailleurs (préciser) _____

C) Comment l'accident est-il survenu? En donner une description détaillée. _____

Veillez joindre une copie du rapport d'accident.

D) Je demande des prestations de mutilation accidentelle en raison de la perte de _____

J'autorise tout médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, clinique ou tout autre établissement médical, pharmacien, compagnie d'assurance, employeur (actuel ou antérieur), employé d'une commission des accidents du travail, régime de paiement des prestations ou de soins médicaux ou tout autre organisme, institution ou personne ayant des dossiers ou des renseignements à mon sujet à fournir à Assomption Vie lesdits renseignements, y compris, sans limiter la portée générale de ce qui précède, tous renseignements sur mes habitudes de vie, ma santé et tous antécédent médicaux et toutes prestations.

Je comprends et je reconnais qu'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 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, tout employeur ou toute autre partie, prévue par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

Je déclare qu'à ma connaissance, ces renseignements sont véridiques, exacts et complets. J'autorise la divulgation à l'assureur ou à ses représentants de tous renseignements ou dossiers relatifs à cette demande de règlement.

Une photocopie ou une version électronique de cette autorisation à la même valeur légale que le document original.

Signature de l'employé(e)	Date (JJ/MM/AAAA)
---------------------------	-------------------