

FORMULAIRES DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE GRAVE

“DIRECTIVES”

LA SOUMISSION DE TOUS LES FORMULAIRES SUIVANTS DÛMENT REMPLIS EST ESSENTIELLE AU PROMPT TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT :

- FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS
- DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT
- DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Veillez vous assurer que tous les formulaires ci-joints sont dûment remplis et que tous les renseignements figurant sur les formulaires soient fournis par vous et votre médecin traitant. (Les formulaires incomplets seront retournés aux fins de correction, ce qui retardera notre processus de traitement de votre demande de règlement d'invalidité et nos services envers vous.)

DE PLUS, NOUS AURONS BESOIN DES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS, SELON VOTRE MALADIE.

Cancer menaçant le pronostic vital

- La lettre de votre docteur vous référant à votre Centre de cancérologie.
- Les résultats originaux de la biopsie.

Crise cardiaque

- Les résultats de l'électrocardiogramme (ECG).
- La confirmation d'une augmentation des enzymes cardiaques.

Accident vasculaire cérébral (ACV)

- Une copie de votre tomographie.

Importante greffe d'organe

- Votre lettre d'admission dans un programme de greffe reconnu.

Paralysie

- L'étude de conduction nerveuse au moment du diagnostique et des 90 jours suivant cet événement.

Les éléments susmentionnés n'éliminent pas notre besoin potentiel de communiquer avec votre médecin directement. Ceux-ci pourraient cependant nous aider à accélérer le traitement de votre demande. Si vous êtes dans l'impossibilité de nous fournir ces renseignements, nous ferons la requête de ces documents directement à votre médecin.

Avant de soumettre votre demande de règlement d'invalidité dans le but d'obtenir des prestations, veuillez lire attentivement votre certificat d'assurance, en particulier la section intitulée « EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS » et la portion « Maladie grave » de la section « DÉFINITIONS ».

En vertu des conditions et des exclusions de la police, la preuve de demande de règlement doit être soumise à notre compagnie, au moyen des formulaires qu'elle fournit, dans un délai d'un an suivant la date de l'événement ayant donné lieu à la demande de règlement.

Nous souhaitons vous rappeler qu'il est de votre responsabilité de continuer de verser vos paiements à votre créancier jusqu'à ce que votre demande de règlement d'invalidité soit acceptée et approuvée par nous aux fins de paiement. Comme nos modalités de paiement à titre d'assureur diffèrent des modalités de paiement prescrites par votre créancier, nous vous recommandons de communiquer avec votre créancier afin de vous assurer de ne pas manquer à vos obligations pendant le traitement de votre demande de règlement d'invalidité. **TOUTES LES PRESTATIONS APPROUVÉES SERONT TRANSMISES DIRECTEMENT À VOTRE CRÉANCIER.**

**IL EST IMPORTANT DE PRÉSENTER LA DEMANDE DE RÈGLEMENT RAPIDEMENT.
(Immédiatement après l'apparition d'une maladie grave admissible)**

SUITE À LA RÉCEPTION DE VOS FORMULAIRES DE DEMANDE DE RÈGLEMENT DÛMENT REMPLIS, NOUS VOUS AVISERONS :

- DE NOTRE BESOIN DE RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES, S'IL Y A LIEU
- DU MOMENT OÙ VOTRE DEMANDE EST APPROUVÉE ET DONNE LIEU AU PAIEMENT, LE CAS ÉCHÉANT
- DU FAIT QUE VOTRE DEMANDE NE PEUT ÊTRE TRAITÉE, LE CAS ÉCHÉANT, EN VOUS INDIQUANT POURQUOI

LES DÉPENSES INITIALEMENT ENCOURUES AFIN DE FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS EXIGÉS POUR LA PREUVE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT RELÈVENT DE LA RESPONSABILITÉ DE LA SUCCESSION.

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Avant que la Corporation d'assurance First Canadian (CAFC) puisse déterminer si vous êtes admissible à la prestation pour votre maladie, il nous faudra possiblement obtenir des renseignements supplémentaires en votre nom afin de mieux pouvoir déterminer votre admissibilité.

Pour ce faire, il se pourrait que nous devions communiquer avec un ou des *médecins, l'hôpital ou d'autres professionnels de la santé* afin d'obtenir des renseignements médicaux personnels (vos antécédents médicaux) et de l'information sur votre traitement actuel. Nous pourrions également devoir communiquer avec votre *organisme provincial des services de santé* pour obtenir un descriptif des prestations payées, ainsi qu'avec votre pharmacien pour obtenir une liste de vos médicaments prescrits.

En cas d'accident de véhicule routier, nous pourrions exiger des renseignements au sujet de votre accident à l'*organisme d'application de la loi applicable et à votre compagnie d'assurance*.

Dans tous les cas, comme toutes les prestations approuvées sont transmises directement à votre créancier afin d'être appliquées à votre prêt, il nous faudra communiquer avec celle-ci aux fins de vérification du prêt et d'obtention des renseignements à jour sur le statut de votre compte.

Dans tous les cas, la CAFC vous avisera lorsque des renseignements seront demandés en votre nom. S'il vous faut des précisions concernant la nécessité de demander tout renseignement en votre nom, n'hésitez pas à communiquer avec notre département des demandes de règlements.

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en nous avisant par écrit.

En aucun cas, sauf lorsque la loi l'exige, la CAFC ne divulguera à une tierce partie les renseignements obtenus par biais de la présente autorisation de divulgation de renseignements.

J'autorise par la présente tout médecin et autre professionnel de la santé, organisme provincial des services de santé, hôpital, créancier, organisme d'application de la loi, compagnie d'assurance, bureau de renseignements et tout organisme ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur la santé de l'assuré, à divulguer les renseignements nécessaires à la Corporation d'assurance First Canadian. J'autorise le créancier à divulguer une copie de mon contrat de financement, de mon relevé de compte ainsi que de la vérification et des mises à jour du prêt, le cas échéant. Une télécopie ou une photocopie de la présente autorisation sera considérée comme aussi valable que le document original.

Signature du demandeur

Nom en caractères d'imprimerie

Date du consentement

Date de fin de ce consentement, le cas échéant

Signature du témoin

Nom du témoin en caractères d'imprimerie

Numéro de certificat
(Voir la demande d'assurance)

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS À VOTRE SUJET

NOM LÉGAL COMPLET		ADRESSE POSTALE		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR veuillez joindre une copie de votre permis de conduire
NO DE TÉLÉPHONE (INDIQUEZ L'INDICATIF RÉGIONAL) RÉSIDENTIEL () TRAVAIL ()		VILLE / PROVINCE		NUMÉRO DE CERTIFICAT (Voir la demande d'assurance)
COURRIEL : ACCEPTÉZ-VOUS DE CORRESPONDRE PAR COURRIEL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			CODE POSTAL	NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE PROVINCIAL
RÉSIDIEZ-VOUS DANS LA MÊME PROVINCE AU COURS DES SIX (6) MOIS PRÉCÉDANT LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE VOTRE POLICE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI VOUS AVEZ SÉLECTIONNÉ NON, VEUILLEZ FOURNIR VOTRE ADRESSE PRÉCÉDENTE :				

SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE VOTRE OBLIGATION FINANCIÈRE

DATE DU PRÊT ANNÉE MOIS JOUR			AGENT/AGENTE	
CRÉANCIER			ADRESSE DU CRÉANCIER	TÉLÉPHONE : () TÉLÉCOP. : ()
CE PRÊT A-T-IL ÉTÉ RENOUVELÉ OU RÉVISÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER :			NUMÉRO DU PRÊT	PAIEMENT MENSUEL
VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU CONTRAT DE FINANCEMENT (S'IL EXISTE DES ADDENDAS ET DES RÉVISIONS, VEUILLEZ INCLURE CETTE DOCUMENTATION)				
DISPOSEZ-VOUS DE PLUS D'UN PRÊT EN COURS ASSURÉS PAR LA CORPORATION D'ASSURANCE FIRST CANADIAN? LE CAS ÉCHÉANT, VOUS DEVREZ FOURNIR TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS À LA SECTION 2 EN CE QUI A TRAIT À VOS AUTRES OBLIGATIONS FINANCIÈRES. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				

SECTION 3 – AU SUJET DE VOTRE MALADIE / BLESSURE

QUELLE EST LA MALADIE OU LA BLESSURE POUR LAQUELLE VOUS DEMANDEZ DES PRESTATIONS?			LIEU DE L'ACCIDENT <input type="checkbox"/> RÉSIDENCE <input type="checkbox"/> TRAVAIL <input type="checkbox"/> AILLEURS Si l'accident est survenu ailleurs, veuillez préciser : _____		
QUAND CES SYMPTÔMES SE SONT-ILS MANIFESTÉS POUR LA PREMIÈRE FOIS?		QUAND AVEZ-VOUS CONSULTÉ VOTRE MÉDECIN POUR LA PREMIÈRE FOIS À PROPOS DE CETTE CONDITION?		QUAND AVEZ-VOUS CONSULTÉ VOTRE SPÉCIALISTE POUR LA PREMIÈRE FOIS À PROPOS DE CETTE CONDITION?	
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
AVEZ-VOUS DÉJÀ EU LA MÊME CONDITION OU UNE CONDITION SIMILAIRE AUPARAVANT? OUI / NON					
SI OUI QUAND? ANNÉE MOIS JOUR			NOM DU MÉDECIN TRAITANT _____		

Suite à la page suivante

AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI OUI, QUEL EST LE NOM DE L'HÔPITAL? VEUILLEZ FOURNIR UNE COPIE DU RAPPORT DE LA SALLE D'URGENCE ET DU SOMMAIRE D'HOSPITALISATION.	DATES D'HOSPITALISATION DU AU
NOM DU MÉDECIN TRAITANT POUR CETTE INVALIDITÉ QUAND ÊTES-VOUS DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN?	ADRESSE DU MÉDECIN VILLE PROVINCE CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TÉLÉPHONE : () TÉLÉCOP. : ()
NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE DE L'ASSURÉ QUAND ÊTES VOUS DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN?	ADRESSE DU MÉDECIN VILLE PROVINCE CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TÉLÉPHONE : () TÉLÉCOP. : ()
NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE À LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PROTECTION QUAND ÊTES-VOUS DEVENU UN PATIENT DE CE MÉDECIN?	ADRESSE DU MÉDECIN VILLE PROVINCE CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TÉLÉPHONE : () TÉLÉCOP. : ()
VEUILLEZ INDIQUER LA OU LES PHARMACIES OU VOUS OBTENEZ VOS MÉDICAMENTS PRESCRITS. 1. ----- 2. ----- 3. ----- 4.	NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE	MÉDICAMENTS PRESCRITS

VEUILLEZ FOURNIR UNE LISTE DE TOUTES LES AUTRES COMPAGNIES D'ASSURANCE AUPRÈS DESQUELLES VOUS AVEZ SOUSCRIT UNE ASSURANCE, AINSI QUE LEURS ADRESSES, NUMÉROS DE TÉLÉPHONE ET LES COORDONNÉES DES PERSONNES-RESSOURCES.

VEUILLEZ NOUS FOURNIR TOUT RENSEIGNEMENT ADDITIONNEL QUI POURRAIT ÊTRE PERTINENT À L'ÉVALUATION DE VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT.

J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FIGURANT DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SONT, AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS.

Signature

Date

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

(DOIT ÊTRE REMPLIE PAR VOTRE SPÉCIALISTE)

REMARQUE À L'INTENTION DU MÉDECIN : CETTE DÉCLARATION SERVIRA À DÉTERMINER LA PRESTATION DE VOTRE PATIENT. LA CONSIGNATION DE RENSEIGNEMENTS CLAIRS ET COMPLETS SUR LA CAUSE, LE PRONOSTIC ET LE TRAITEMENT ACCÉLÉRERONT LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE DE RÉGLEMENT.

NOM DU PATIENT	DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR	N° DE CERTIFICAT
----------------	--	------------------

QUELLE EST LA CONDITION RENDANT CE PATIENT INVALIDE? (DIAGNOSTIC) VEUILLEZ FOURNIR LA DATE DU DIAGNOSTIC : ANNÉE MOIS JOUR	VOTRE PATIENT A-T-IL ÉTÉ HOSPITALISÉ PENDANT AU MOINS 72 HEURES CONSÉCUTIVES ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (Si oui, veuillez fournir une copie du rapport d'admission et du sommaire d'hospitalisation)
--	---

VEUILLEZ COMPLÉTER LES CHAMPS APPROPRIÉS SELON LA MALADIE / BLESSURE DE VOTRE PATIENT.

CANCER MENAÇANT LE PRONOSTIC VITAL : VEUILLEZ FOURNIR LE STADE / GRADE : _____
--

CRISE CARDIAQUE : Y A-T-IL EU DES NOUVEAUX CHANGEMENTS ÉLECTROCARDIOGRAPHIQUES? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (VEUILLEZ FOURNIR LES RESULTATS DES EXAMENS) Y A-T-IL EU UNE AUGMENTATION DES ENZYMES CARDIAQUES? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (VEUILLEZ FOURNIR LES RESULTATS DES EXAMENS)

AVC : ÉTAIT-CE UN ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIR (AIT)? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Y A-T-IL EU UN DÉFICIT NEUROLITQUE PERMANENT ET MESURABLE PERSISTANT PENDANT AU MOINS 30 JOURS? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON VEUILLEZ EXPLIQUER ET FOURNIR DES COPIES DE TOUT DOCUMENT JUSTIFICATIF.

IMPORTANTE GREFFE D'ORGANE : VEUILLEZ FOURNIR LA CAUSE DE LA DÉFAILLANCE DE L'ORGANE DE VOTRE PATIENT : EST-CE QU'UNE GREFFE EST MÉDICALEMENT NÉCESSAIRE EN RAISON DE SA CONDITION? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON LE PATIENT A-T-IL ÉTÉ ADMIS DANS UN PROGRAMME DE GREFFE RECONNU? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (le cas échéant, veuillez fournir une copie de la lettre d'admission (si non, veuillez expliquer pourquoi))

PARALISIE : QUELLE EST LA CAUSE DE LA PARALISIE DU PATIENT? LA PARALISIE DE CE CLIENT A-T-ELLE ÉTÉ CONTINUE PENDANT 90 JOURS OU PLUS? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (Veuillez fournir les résultats des examens)
--

Suite à la page suivante

