

À REMPLIR ET À RETOURNER VERS LE _____

N° de demande
de règlement

SOUSSION DU RÉCLAMANT — En lettres moulées

Nom		Numéro de téléphone	
Adresse			
Décrivez toute complication de blessure ou maladie depuis le dernier rapport			
Liste des traitements médicaux depuis le dernier rapport			
Nom et adresse du médecin		Dates des traitements (MM/JJ/AAAA)	
Hôpital où vous avez été hospitalisé depuis le dernier rapport		Date d'hospitalisation	
		Du	Au
Avez-vous été totalement invalide jusqu'à maintenant?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	MM/JJ/AAAA
Quand avez-vous pu reprendre une partie de votre travail?			
Quand avez-vous pu reprendre tout votre travail?			
Quand pensez-vous reprendre une partie de votre travail?			
Quand pensez-vous reprendre tout votre travail?			

MA DEMANDE DE RÈGLEMENT EST FONDÉE SUR LA RAISON SUIVANTE

J'ai été incapable d'accomplir toutes les tâches relatives à mon occupation habituelle		MM/JJ/AAAA
	Premier jour d'incapacité totale	
J'ai été capable d'accomplir certaines tâches relatives à mon occupation habituelle	Dernier jour d'incapacité totale	
	Premier jour d'incapacité partielle	
	Dernier jour d'incapacité partielle	

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

	MM/JJ/AAAA	
Première journée d'absence au travail		
Retour au travail		
Incapacité partielle	Du:	Au:
Nom de l'employeur		
Signature	Titre	Signé le MM/JJ/AAAA

AUTORISATION

J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE tout hôpital, médecin ou toute autre personne qui m'ont traité ou examiné à donner sur demande à la Compagnie d'assurance Combined d'Amérique, tout renseignement relatif à cette maladie ou blessure ou antécédents médicaux, consultations, prescriptions ou traitements et de fournir des copies de tous les rapports de médecins et d'hôpitaux. Une photocopie de cette autorisation sera considérée aussi valide que l'original.

SIGNATURE DU RÉCLAMANT

DATE (MM/JJ/AAAA)

IMPORTANT: Veuillez vérifier votre formulaire. Est-il dûment rempli? Si le formulaire n'est pas dûment rempli, cela risque de retarder le règlement de votre demande. Veuillez aussi garder une copie des deux côtés de votre formulaire rempli.

DÉCLARATION COMPLÉMENTAIRE DU MÉDECIN TRAITANT — En lettres moulées

Veuillez remplir et retourner à votre patient(e). Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire, les frais étant à sa charge.

NOM DU PATIENT	
1. DIAGNOSTIC DE L'INVALIDITÉ ACTUELLE (DIAGNOSTIC MÉDICAL SPÉCIFIQUE)	A) PRINCIPAL
	B) SECONDAIRE (LE CAS ÉCHÉANT)
2. VEUILLEZ INDIQUER LES COMPLICATIONS OU AUTRES FACTEURS, TELLE UNE INTERVENTION CHIRURGICALE, QUI PEUVENT PROLONGER L'INVALIDITÉ	DÉCRIVEZ
3. DATE DE LA DERNIÈRE VISITE	DATE (MM/JJ/AAAA)
4. LE PATIENT A-T-IL ÉTÉ CONSTAMMENT SOUS VOS SOINS?	OUI <input type="checkbox"/> SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LA FRÉQUENCE DES VISITES (À DROITE) HEBDOMADAIRES <input type="checkbox"/> MENSUELLES <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI NON, VEUILLEZ PRÉCISER SOUS REMARQUES (N° 9) AUTRE (FRÉQUENCE)
5. LE PATIENT SUIV-IL LES TRAITEMENTS RECOMMANDÉS?	OUI <input type="checkbox"/> SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DU DERNIER TRAITEMENT (À DROITE) DATE DU DERNIER TRAITEMENT (MM/JJ/AAAA) NON <input type="checkbox"/> SI NON, VEUILLEZ PRÉCISER SOUS REMARQUES (N° 9)
6. À VOTRE CONNAISSANCE, LE PATIENT EST-IL TOTALEMENT INVALIDE (INCAPABLE DE TRAVAILLER/VAQUER À SES OCCUPATIONS QUOTIDIENNES)?	OUI <input type="checkbox"/> SI OUI, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE APPROXIMATIVE À LAQUELLE LE PATIENT DEVRAIT POUVOIR REPRENDRE LE TRAVAIL. DATE (MM/JJ/AAAA) NON <input type="checkbox"/> SI NON, À QUELLE DATE AURAIT-IL PU REPRENDRE LE TRAVAIL? DATE (MM/JJ/AAAA) INDÉTERMINÉ <input type="checkbox"/> SI INDÉTERMINÉ, INDIQUER LE NOMBRE DE SEMAINES ADDITIONNELLES ESTIMÉES NÉCESSAIRES AVANT LA REPRISE DU TRAVAIL _____ (N ^{BRE} DE SEMAINES)
7. QUELLE A ÉTÉ OU SERA LA DURÉE DE L'INVALIDITÉ PARTIELLE DU PATIENT (CAPACITÉ DE REPRENDRE À TEMPS PARTIEL L'EXERCICE DE SA PROFESSION/ACTIVITÉS QUOTIDIENNES)?	DU (MM/JJ/AAAA) AU (MM/JJ/AAAA)
8. LE PATIENT PEUT-IL SUIVRE UN PROGRAMME DE RÉADAPTATION ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
9. REMARQUES. SVP, FOURNISSEZ LES COMMENTAIRES ET DÉTAILS QUE VOUS PENSEZ NÉCESSAIRES.	
NOM DU MÉDECIN	TÉLÉPHONE
ADRESSE	CODE POSTAL
SIGNATURE DU MÉDECIN	DATE (MM/JJ/AAAA)