

Ce formulaire doit être dûment rempli et retourné dans les 90 jours suivant le sinistre.

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

EN LETTRES MOULÉES, SVP

NOM DE FAMILLE		NOM DE L'ASSURÉ PRÉNOM		TÉLÉPHONE	NUMÉROS DE POLICES	NUMÉROS DE FORMULES
ADRESSE POSTALE		RUE	APP. n°	POIDS	a)	a)
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL		TAILLE	b)	b)
DATE DE NAISSANCE	MM	JJ	AAAA	ÂGE	c)	c)
		SEXE	M <input type="checkbox"/>	NOM DU CONJOINT		
				F <input type="checkbox"/>		
Si l'assuré est un mineur, veuillez fournir le nom du tuteur légal ou du parent qui réside avec l'enfant. Fournissez toute documentation pertinente (ordonnance relative à la garde ou à la tutelle légale) s'il y a lieu.						
Adresse du tuteur légal si elle est différente de celle du mineur.						
REPLIR POUR ACCIDENT	Date de l'accident (MM/JJ/AAAA)	Heure	<input type="checkbox"/> a.m.	Endroit	Blessures subies	
	<input type="checkbox"/> p.m. Veuillez décrire en détail comment l'accident est arrivé (joignez un diagramme ou une feuille additionnelle si nécessaire).					
REPLIR POUR MALADIE	Date des premiers symptômes (MM/JJ/AAAA)	Avez-vous déjà souffert d'une telle maladie ou d'une maladie similaire? Si oui, indiquez la date (MM/JJ/AAAA)				
			Oui <input type="checkbox"/> Date		Non <input type="checkbox"/>	
REPLIR SI VOUS ÊTES EMPLOYÉ	Occupation					
	Genre de travail					
	Ce cas relève-t-il de la commission de la santé et de la sécurité au travail? Oui <input type="checkbox"/> Si oui, joignez le rapport d'accident. Non <input type="checkbox"/>					
DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR	Nom et adresse de l'employeur					
	Première journée d'absence du travail (MM/JJ/AAAA)			Date de retour au travail (MM/JJ/AAAA)		
	Première journée de retour au travail progressif (MM/JJ/AAAA)					
	Signature de l'employeur		Titre		Signé le (MM/JJ/AAAA)	
REPLIR SI VOUS ÊTES TRAVAILLEUR AUTONOME	Occupation/Nom de votre entreprise					
	Description d'emploi					
REPLIR SI VOUS ÊTES SANS EMPLOI OU À LA RETRAITE	Décrivez vos activités quotidiennes habituelles avant votre accident ou l'apparition de votre maladie.					
REPLIR POUR ACCIDENT OU MALADIE	Dates durant lesquelles vous étiez incapable d'accomplir toutes les tâches relatives à votre occupation habituelle ou d'accomplir vos activités quotidiennes habituelles : (MM/JJ/AAAA) Premier jour d'invalidité totale (MM/JJ/AAAA) Dernier jour d'invalidité totale					
	Dates durant lesquelles vous étiez capable d'accomplir certaines tâches relatives à votre occupation habituelle ou certaines de vos activités quotidiennes habituelles : (MM/JJ/AAAA) Premier jour d'invalidité partielle (MM/JJ/AAAA) Dernier jour d'invalidité partielle					
	Êtes-vous encore totalement invalide? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
	Nom et adresse de votre médecin		Nom et adresse de l'hôpital		Date d'hospitalisation (MM/JJ/AAAA)	
					- Date d'admission - Date de sortie	

Protection de vos renseignements personnels. Chez Combined Assurances, nous reconnaissons et respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels que nous recueillons, conservons et divulguons sont utilisés à des fins d'examen, d'évaluation et de gestion de vos demandes de règlement. Pour obtenir un exemplaire de notre brochure *Notre politique de confidentialité* ou si vous avez des questions au sujet de nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), veuillez écrire à notre chef de la protection des renseignements personnels ou consultez le www.combined.ca.

Autorisation et déclaration J'ai lu, ai compris et je suis d'accord avec le contenu de la section intitulée « Protection de vos renseignements personnels » figurant dans le présent formulaire. J'autorise Combined Assurances, tout fournisseur de soins de santé, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tous administrateurs de prestations gouvernementales ou d'autres programmes d'avantages sociaux, toute personne possédant des renseignements à mon sujet ou au sujet de ma santé, toutes autres organisations ou tous fournisseurs de services travaillant avec Combined Assurances, situés au Canada ou à l'étranger, à échanger des renseignements personnels s'ils se révèlent pertinents pour l'examen, l'évaluation et la gestion de mes demandes de règlement. La présente autorisation demeure valide pendant toute la durée de ma demande de prestations ou jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Je déclare, qu'à ma connaissance, les renseignements fournis sont vrais, exacts et complets.

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

IMPORTANT : Vérifiez votre formulaire. Est-il dûment rempli? Un formulaire qui n'est pas rempli entièrement risque de retarder le règlement. Gardez aussi une copie des deux côtés de votre formulaire rempli.

Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire et de payer les frais s'y rattachant.

Nom du patient :

Date de naissance : (MM/JJ/AAAA)

1. Diagnostic de l'état actuel (diagnostic médical spécifique)

- (a) Diagnostic primaire _____
- (b) États additionnels ou complications _____
- (c) Résultats objectifs (y compris les radiographies, les résultats de laboratoire ou tous autres tests spécifiques) Joindre tous les résultats des tests/rapports de spécialistes. _____

2. Si l'état est dû à une grossesse, quelle est la date présumée de l'accouchement? _____

3. Si l'état est dû à :

- (a) **Maladie** – Date d'apparition des premiers symptômes (MM/JJ/AAAA) _____
Le patient a-t-il déjà souffert d'une telle maladie ou d'une maladie similaire? Oui Si oui, indiquez quand et décrivez sous la section 10.
Non
- (b) **Accident (blessure)** – Date à laquelle l'accident s'est produit (MM/JJ/AAAA) _____
- (c) Quelle est l'origine de la maladie/blessure? _____

4. (a) Si le patient vous a été adressé, indiquez le nom du médecin qui vous l'a adressé. _____
- (b) Si vous avez adressé le patient à un spécialiste, indiquez le nom complet du ou des médecins. _____

5. (a) Date à laquelle le patient a consulté pour la première fois, pour le présent état (MM/JJ/AAAA) _____
- (b) Date de la dernière visite (MM/JJ/AAAA) _____
- (c) Avez-vous supervisé activement les soins au patient durant toute cette période?
Oui Fréquence : Hebdomadaire Mensuelle Autre (spécifiez) _____
Non Si non, veuillez commenter sous la section 10.

6. (a) Salle d'urgence – Date et heure d'admission (MM/JJ/AAAA) _____ Date et heure de sortie (MM/JJ/AAAA) _____
- (b) Séjour en tant que patient hospitalisé – Date d'admission (MM/JJ/AAAA) _____ Date de sortie (MM/JJ/AAAA) _____

7. Nature des traitements (ex. : date et genre d'intervention chirurgicale, y compris les médicaments) _____

8. À ma connaissance,

- (a) Le patient a été totalement invalide (incapable de travailler ou d'accomplir ses activités quotidiennes) du _____ au _____ inclusivement.
- (b) Le patient a été partiellement invalide (capable d'accomplir certaines tâches de son travail ou certaines de ses activités quotidiennes) du _____ au _____ inclusivement.
- (c) Quelles sont les restrictions et les limitations qui empêchent le patient de reprendre le travail ou d'accomplir ses activités quotidiennes? _____

S'il est toujours incapable de travailler ou d'accomplir ses activités quotidiennes, donnez une date approximative à laquelle le patient devrait pouvoir reprendre le travail ou accomplir ses activités quotidiennes. _____

9. Si le patient est un étudiant, quelles sont les restrictions et les limitations nuisant à ses activités quotidiennes? _____

10. Veuillez fournir toute autre information qui pourrait être utile aux fins d'évaluation de la demande de règlement de votre patient. _____

Nom du médecin traitant (en majuscules) _____ Spécialisation _____

Adresse _____ Téléphone _____

Signature _____ Date _____