

Gardien du Revenu - Formulaire de demande de règlement

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 de l'assuré	Prénom	Numéro de téléphone	Numéros de polices	Numéros de formules
Adresse postale		Rue	App. n°	Poids
Ville	Province	Code postal	Taille	
Date de naissance (MM/JJ/AAAA)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nom du conjoint	

REEMPLIR POUR ACCIDENT	Date de l'accident (MM/JJ/AAAA)	Heure <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Endroit	Blessures subies
------------------------	---------------------------------	--	---------	------------------

Veillez décrire en détail comment l'accident est arrivé (joignez un diagramme ou une feuille additionnelle si nécessaire).

REEMPLIR 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 Date _____ Non

Nature de la maladie

REEMPLIR SI VOUS ÊTES EMPLOYÉ	Occupation
	Genre de travail (veuillez joindre une description d'emploi, si possible)
	Ce cas relève-t-il de la commission de la santé et de la sécurité au travail? <input type="checkbox"/> Oui Si oui, joignez le rapport d'accident <input type="checkbox"/> Non

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR	Nom, adresse et numéro de téléphone 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)

REEMPLIR SI VOUS ÊTES TRAVAILLEUR AUTONOME	Occupation/Nom de votre entreprise
	Description d'emploi

REEMPLIR SI VOUS ÊTES SANS EMPLOI OU À LA RETRAITE	Décrivez vos activités quotidiennes habituelles avant votre accident ou l'apparition de votre maladie.
--	--

DÉCLARATION RELATIVE À L'EMPLOI	1) Quel était votre revenu mensuel avant votre invalidité? _____/mois <input type="checkbox"/> Brut <input type="checkbox"/> Net	Note: Veillez nous fournir vos deux derniers bordereaux de paie.
	2) Est-ce qu'un plan de retour au travail a été établi? <input type="checkbox"/> Oui (Si oui, passez à la question 2b.) <input type="checkbox"/> No (Si non, passez à la question 2a)	
	2a) Si non, quand serez-vous évalué par votre médecin pour un éventuel retour au travail? (MM/JJ/AAAA)	
	2b) Si oui, quelle est la date prévue du retour au travail? (MM/JJ/AAAA)	
	2c) Si c'est un retour au travail à temps partiel ou progressif, veuillez nous fournir l'horaire graduel établi.	

RENSEIGNEMENTS SUR LES AUTRES ASSURANCES Veuillez remplir cette section si l' <i>Avenant Indemnité-Revenu</i> a été sélectionné avec le produit Gardien du Revenu	Prestations	Oui	Non	Numéro de police/ demande de règlement	Montant de la prestation mensuelle (brut)	Date de début de l'indemnisation (MM/JJ/AAAA)	Période d'indemnisation (Ex. : 1, 2 ou 5 ans)	Soumise, approuvée ou refusée*	Nom et numéro de téléphone de l'examineur	
	WCB/CSPAAT/CSST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Assurance collective Nom :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Régime de pension du Canada (invalidité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Regie des rentes du Québec (invalidité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Sécurité de la vieillesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Assurance-emploi Type :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Assurance crédit Nom : Type:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Autre type d'assurance (prêt, hypothèque, etc.) Nom :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

*Si votre demande de règlement a été approuvée ou refusée, veuillez présenter une copie de la lettre ou du paiement des prestations sur lequel sont indiquées la date de début et la date de fin du versement des prestations.

DIRECTIVES CONCERNANT L'AVENANT INDEMNITÉ-CRÉDIT Veuillez tenir compte de cette section si l' <i>Avenant Indemnité-Crédit</i> a été sélectionné avec le produit Gardien du Revenu.	Si vous faites une demande de règlement en vertu de l'Avenant Indemnité-Crédit, veuillez nous fournir une copie des relevés de vos prêts admissibles pour les 120 jours antérieurs au début de l'invalidité. Prêt admissible signifie tout prêt accordé par une institution financière et visé par un contrat qui établit clairement la date d'attribution, le montant initial et la date d'échéance de ce prêt, ainsi que le montant du remboursement mensuel exigible jusqu'à sa date d'échéance. Les prêts admissibles comprennent les types de prêts suivants : prêt à terme fixe dont vous êtes personnellement et légalement responsable en tant qu'emprunteur ou co-emprunteur et vous ayant été accordé par une institution financière reconnue, y compris un prêt personnel ou d'affaires (prêt d'investissement à effet de levier, prêt pour l'achat d'une automobile, d'un bateau, d'une motocyclette ou d'un véhicule récréatif, prêt étudiant ou prêt pour des rénovations), marge de crédit, prêt pour location, prêt hypothécaire et marge de crédit hypothécaire. <i>Une créance de carte de crédit n'est pas considérée comme étant un prêt admissible. Les prêts entre particuliers ne sont pas considérés comme étant des prêts admissibles.</i>
--	--

REMPLEZ 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 : <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> (MM/JJ/AAAA) (MM/JJ/AAAA) </div>		
	Premier jour d'invalidité totale		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 : <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> (MM/JJ/AAAA) (MM/JJ/AAAA) </div>		
	Premier jour d'invalidité partielle		Dernier jour d'invalidité partielle
	Êtes-vous encore totalement invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Nom, adresse et numéro de téléphone de votre médecin		Nom, adresse et numéro de téléphone 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.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

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 (incluant les radiographies, les résultats de laboratoire ou tous autres tests spécifiques). Joignez 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? (MM/JJ/AAAA) _____

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 11.
 Non
- b) **Accident (blessure)** - Date à laquelle l'accident s'est produit (MM/JJ/AAAA) _____
- c) Quelle est l'origine de la maladie/blessure? _____
- d) Cette invalidité est-elle d'ordre : Professionnel ou Non-professionnel

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 11.

6. Veuillez indiquer toutes les dates de consultation où ce patient a reçu des soins de votre part relativement à cette invalidité

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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

8. Le patient a-t-il respecté le plan de traitement médical?

Oui Non (Si non, veuillez expliquer) _____

9. a) Salle d'urgence - Date d'admission (MM/JJ/AAAA) _____ Heure (HH/MM) _____

b) Salle d'urgence - Date de sortie (MM/JJ/AAAA) _____ Heure (HH/MM) _____

c) Séjour en tant que patient hospitalisé - Date d'admission (MM/JJ/AAAA) _____ Date de sortie (MM/JJ/AAAA) _____

10. 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? _____

- d) 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. (MM/JJ/AAAA) _____

	Activités	Le patient est capable d'accomplir	Le patient est capable d'accomplir avec certaines limitations	Le patient est incapable d'accomplir
SI LE PATIENT ÉTAIT SANS EMPLOI AVANT L'INVALIDITÉ, veuillez confirmer si le patient est capable d'accomplir les activités suivantes. (Cochez toutes les cases qui s'appliquent.)	Travaux ménagers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Préparer les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	S'adonner à des loisirs (Précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magasinage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gérer les finances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prendre un médicament tel que prescrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Veuillez formuler tout commentaire et tous les détails additionnels qui pourraient être utiles selon vous : _____

Nom du médecin traitant (en majuscules) _____	Spécialisation _____
Adresse _____	Téléphone _____
Signature _____	Date (MM/JJ/AAAA) _____

Compagnie d'assurance Combined d'Amérique / Combined Insurance Company of America
Siège social canadien : Service des règlements
Boîte postale 3720 MIP • Markham (Ontario) L3R 0X5 • Télécopieur : 905 754-4362
Une compagnie de Chubb / A Chubb Company