

# Instructions pour présenter une demande de règlement en cas d'accident ou de maladie

Pour garantir que votre demande de règlement soit traitée efficacement, veuillez suivre les étapes décrites ci-dessous. Remplissez toutes les sections pertinentes du formulaire et joignez tous les documents médicaux que vous avez en main. Saviez-vous que vous pouvez remplir une demande de règlement en ligne pour un service plus rapide. Visitez notre site Web au [www.combined.ca](http://www.combined.ca). Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec nous au **1 888 234-4466**.

## La déclaration du demandeur (Doit être remplie par le demandeur et par l'employeur)

- **Renseignements personnels:** Indiquez votre nom complet et votre adresse. Tous les paiements et toute la correspondance seront envoyés à cette adresse, sauf indication contraire.
  - **Numéros de police:** Listez tous les numéros de police associés à cette demande de règlement (y compris les polices familiales).
  - **Renseignements médicaux:**
    - **En cas de maladie:** Décrivez vos symptômes et indiquez la date du diagnostic.
    - **En cas de blessure:** Fournissez des détails sur l'accident qui a causé la blessure et indiquez la date de l'accident.
  - **Documents justificatifs:** Joignez les rapports à l'appui de votre sinistre comme les dossiers de chirurgie ambulatoire, les rapports de radiographie, le rapport de police, le rapport d'accident de véhicule automobile. **Si vous présentez une demande de règlement pour un cancer, le rapport pathologique est exigé.**
  - **Informations sur l'hospitalisation:**
    - Demandez au Service des archives médicales de remplir le « Rapport d'hospitalisation » et d'y indiquer les dates d'admission et de sortie, l'unité de l'hôpital, le diagnostic et d'y apposer le sceau de l'hôpital.
    - Fournissez les confirmations de chaque hôpital en cas d'admission dans plusieurs établissements.
  - **Ambulance:** Veuillez fournir la facture. (**Remarque:** Si vous ne demandez que cette prestation, la Déclaration du médecin traitant ou les dossiers de l'hôpital seront exigés également).
  - **Informations sur l'invalidité:** Précisez les dates exactes de l'invalidité partielle et/ou totale (consultez votre ou vos polices pour les définitions).
    - **Sans emploi/retraité:** Décrivez vos activités quotidiennes avant votre invalidité.
  - **Confirmation d'emploi:**
    - **Salarié:** Demandez à votre employeur de confirmer votre absence en raison d'une invalidité (P5).
    - **Travailleur autonome:** Indiquez la nature de votre emploi et les tâches quotidiennes.
- Si vous présentez une demande de règlement en vertu d'une police d'assurance invalidité suite à un accident ou à une maladie dans les 2 ans suivant la date de prise d'effet / de remise en vigueur de la police, veuillez fournir les documents suivants:
- **Travailleur autonome:** Avis de cotisation pour le plus récent exercice financier.
  - **Salarié:** Les deux derniers bulletins de paie antérieurs au début de la période d'invalidité.
- Autorisation:** Signez et datez les autorisations (pages 2 et 4) afin de nous permettre d'obtenir des informations complémentaires si nécessaire.

(**Remarque:** Si votre sinistre est survenu dans les 2 ans suivant la date de prise d'effet / de remise en vigueur de votre police, nous pourrions demander des renseignements médicaux supplémentaires, ce qui pourrait retarder le traitement de votre demande de règlement).

**Si vous avez une police Gardien du Revenu, remplissez la section 5.**

## La déclaration du médecin traitant doit être remplie par votre médecin traitant

**Diagnostic et traitement:** Indiquez le diagnostic, la date du diagnostic, l'origine ou la cause de l'état et les dates du traitement.

- **Patient ambulatoire:** Indiquez la date à laquelle les soins ont été reçus et le type de traitement.
- **Patient hospitalisé:** Fournissez la confirmation de l'hôpital contenant les dates d'admission et de sortie.

Indiquez clairement les dates d'invalidité. Indiquez clairement les restrictions et les limitations. Fournissez l'adresse complète et le numéro de téléphone du médecin traitant et du médecin de famille.

**Vous devriez conserver une copie des deux côtés du formulaire de demande de règlement et, notez la date, d'envoi pour vos dossiers.**

Compagnie D'assurance Combined D'amérique , Service Des Règlements, Case Postale 3720 MIP, Markham, ON L3R 0X5

Télécopieur: 905-754-4362

Courriel: [canadian\\_claims\\_department@chubb.com](mailto:canadian_claims_department@chubb.com)

Portail en ligne: <https://my.combinedinsurance.com/fr-CA/login>

Si vous souhaitez autoriser votre Agent à obtenir des renseignements sur votre demande de règlement et/ou vos polices, veuillez remplir le formulaire « Autorisation de divulgation de renseignements à mon Agent d'assurance » qui se trouve sur notre site Web au [www.combined.ca](http://www.combined.ca).