

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)

**DÉCLARATION COMPLÉMENTAIRE DU MÉDECIN TRAITANT — En lettres moulées**

Veillez 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 <sup>BRE</sup> 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)

## 1. Consentement aux transactions électroniques

En signant et en datant le présent formulaire, vous reconnaissez, acceptez et consentez au recours par la Compagnie d'assurance Combined d'Amérique (« Combined ») aux transactions électroniques, aux signatures électroniques et à la réception d'une version électronique de certains documents et dossiers, y compris, mais sans s'y limiter, pour la livraison de la police, les accusés de réception, les avis (y compris, sans limitation, les avis de confidentialité), les formulaires, les factures, les explications des prestations, les preuves de sinistre, les documents relatifs aux demandes de règlement, les quittances, les autorisations en vue d'obtenir des dossiers médicaux, les déclarations sous serment et divulgations, dans les limites autorisées par la loi. Les documents électroniques seront livrés en ligne à votre compte libre-service Combined. Vous serez averti par courriel de la livraison. À moins qu'il ne soit retiré, le présent consentement s'applique à toutes les transactions réalisées entre vous et Combined.

En vertu de votre consentement, vous reconnaissez expressément que certains documents livrés par voie électronique contiendront des renseignements confidentiels et des informations concernant votre situation financière personnelle (les « renseignements financiers personnels ») et d'autres renseignements permettant de vous identifier; vous consentez à la communication de ces renseignements confidentiels, renseignements financiers personnels et renseignements permettant de vous identifier par des moyens électroniques. Le consentement que vous accordez demeurera en vigueur jusqu'à ce que vous le retiriez.

En vertu de votre consentement, vous reconnaissez expressément que nous remplacerons la livraison sous forme imprimée d'un document en particulier par la livraison électronique de celui-ci, à notre seule discrétion, lorsqu'il deviendra possible de transmettre ledit document par voie électronique, et vous consentez à ce que des documents vous soient transmis de la manière suivante : nous pouvons vous envoyer un courriel pour vous faire parvenir ces documents, que ce soit sous forme de texte, de pièce jointe ou de lien hypertexte. Ces courriels seront envoyés à l'adresse de courriel inscrite dans votre dossier. Vous êtes tenu de nous fournir une adresse de courriel valide à laquelle vous avez régulièrement accès et vous devez nous informer immédiatement de tout changement à cette adresse de courriel. Vous pouvez modifier votre adresse de courriel par l'intermédiaire de notre portail libre-service accessible à <https://my.combinedinsurance.com> ou en appelant le Service à la clientèle.

Vous avez le droit de recevoir des communications de Combined sous forme imprimée. Vous pouvez retirer ce consentement n'importe quand. Pour retirer votre consentement, vous pouvez appeler notre Service à la clientèle, du lundi au vendredi de 8 h à 19 h, HNE ou aller au [www.combinedinsurance.com/ca-fr/contact-us](http://www.combinedinsurance.com/ca-fr/contact-us) pour remplir et soumettre un formulaire de demande de renseignements généraux. Le retrait de votre consentement n'affectera ni ne modifiera d'aucune manière l'efficacité, la validité ou l'applicabilité des documents qui vous auront été transmis par voie électronique avant que votre retrait ne prenne effet.

Pour demander sans frais une version imprimée de tout document qui vous a été initialement fourni par voie électronique, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle.

## 2. Consentement au paiement électronique

Si vous soumettez une demande de règlement donnant lieu à un paiement, Combined peut vous offrir la possibilité de recevoir ce paiement par voie électronique au moyen d'un virement bancaire dans un compte de chèques ou d'un virement sur un compte PayPal. Combined n'imposera aucuns frais si vous choisissez d'accepter votre paiement par voie électronique, mais votre institution financière pourrait imposer des frais. En signant et en datant le présent formulaire, vous acceptez cette offre et consentez à accepter le paiement de vos demandes de règlement par voie électronique. Le consentement à accepter le paiement par voie électronique revêt un caractère volontaire. Vos paiements reçus par voie de virement électronique peuvent faire l'objet d'une saisie ou d'une saisie-arrêt si votre compte est assujéti à de telles mesures.

Si une partie de votre demande de règlement est payable, vous recevrez un courriel contenant un lien qui vous permettra de créer un compte et d'indiquer vos informations bancaires ou tout autre compte sur lequel vous souhaitez que les fonds soient déposés. Si vous ne configurez pas un compte et ne nous fournissez pas les renseignements relatifs au compte dans les trois (3) jours civils, nous émettrons automatiquement le paiement sous forme de chèque que nous ferons parvenir par la poste à l'adresse figurant au dossier.

Les fonds non réclamés sont soumis aux lois applicables concernant les biens non réclamés.

En signant et en datant le présent formulaire, vous attestez que vous êtes l'assuré principal visé par la couverture en vertu de laquelle votre réclamation a été soumise.

### 3. Consentement à la signature électronique

Vous acceptez également que votre signature électronique constitue l'équivalent juridique de votre signature manuelle sur les documents susmentionnés. Vous acceptez de surcroît que le recours à un clavier, à une souris ou à un autre périphérique pour sélectionner un élément, un bouton, une icône ou poser un acte ou prendre une mesure similaire, ou pour autrement accepter, prendre acte, consentir, souscrire ou attester à l'égard de l'un des documents susmentionnés constitue votre signature, votre acceptation et votre accord comme s'il était signé manuellement par vous par écrit. Vous acceptez qu'aucune autorité de certification ou autre mesure de vérification par un tiers n'est nécessaire pour valider cette signature, et que l'absence de cette certification ou mesure de vérification par un tiers n'affectera en rien le caractère exécutoire de cette signature ou de tout document. Vous déclarez que vous serez lié par les conditions du présent consentement. Le présent consentement à la livraison et à la signature électroniques demeure en vigueur jusqu'à ce que vous le retiriez. L'utilisation du commerce électronique n'affectera en rien la validité, l'effet juridique ou l'applicabilité de vos transactions avec Combined.

Vous êtes tenu de veiller à ce que ni votre logiciel ni votre fournisseur de services Internet n'entrave ou n'interfère avec les avis et les communications décrits aux présentes. Pour garantir la livraison de votre police, de votre demande de règlement et/ou de tout autre document, la configuration matérielle et système minimale suivante est nécessaire pour signer, imprimer, conserver et recevoir ces documents.

Systemes d'exploitation	Windows® 7 ou 8.1 ou MAC
Navigateurs	Versions finales du logiciel Internet Explorer® 9.0 ou version ultérieure (Windows seulement); Firefox 34 ou version ultérieure (Windows et Mac); Safari™ 5.0 ou version ultérieure (Mac seulement); Google Chrome 39 ou version ultérieure; Apple iOS 7 ou version ultérieure; Android 4.4 et versions ultérieures
Lecteur PDF	Acrobat Reader® ou un logiciel similaire pourrait être requis pour visualiser et imprimer les fichiers PDF
Résolution de l'écran	800 x 600 minimum
Fonction de sécurité activée	Autoriser les témoins volatils

En signant et en datant le présent formulaire, vous confirmez que votre ordinateur ou que votre appareil électronique répond à la configuration système requise pour imprimer, stocker et recevoir les documents relatifs aux demandes de règlement par voie électronique, et que vous serez en mesure d'accéder à ceux-ci à des fins de référence ultérieure.

\_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Adresse de courriel

\_\_\_\_\_  
Date