

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		NOM DU CONJOINT		TÉLÉPHONE		
ADRESSE POSTALE		RUE		APP. n°		MODE DE COMMUNICATION PRIVILÉGIÉ	POSTE <input type="checkbox"/> COURRIEL <input type="checkbox"/>	NUMÉROS DE POLICES a)
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL		Adresse de courriel			b)
DATE DE NAISSANCE		MM	JJ	AAAA	AGE	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	c)
L'adresse de courriel fournie sera utilisée pour communiquer avec vous au sujet de vos demandes de règlement seulement, et non à des fins commerciales ou promotionnelles de quelque nature que ce soit.								
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.								
<b>REEMPLIR POUR ACCIDENT</b>	Date de l'accident (MM/JJ/AAAA)		Heure <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		Endroit		Blessures subies	
	Veuillez décrire en détail comment l'accident est arrivé (joignez un diagramme ou une feuille additionnelle si nécessaire).							
<b>REEMPLIR POUR MALADIE</b>	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)					
	Nature de la maladie		Oui <input type="checkbox"/> Date _____ Non <input type="checkbox"/>					
<b>REEMPLIR SI VOUS ÊTES TRAVAILLEUR AUTONOME</b>	Occupation/Nom de votre entreprise							
	Genre de travail							
<b>REEMPLIR SI VOUS ÊTES SANS EMPLOI OU À LA RETRAITE</b>	Décrivez vos activités quotidiennes habituelles avant votre accident ou l'apparition de votre maladie.							
<b>REEMPLIR POUR ACCIDENT OU MALADIE</b>	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		Dernier jour d'invalidité totale		(MM/JJ/AAAA)			
	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		Dernier jour d'invalidité partielle		(MM/JJ/AAAA)			
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 que les renseignements fournis dans ce formulaire sont vrais et exacts. Je comprends que faire sciemment une déclaration ou une affirmation frauduleuse, fautive ou trompeuse à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la Loi sur les assurances. Je comprends que si Combined Assurances découvre que j'ai fourni des renseignements frauduleux ou ai fait des déclarations fausses ou trompeuses, Combined Assurances peut à sa discrétion, refuser la demande de règlement et/ou résilier la police.

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. Nom de l'hôpital où les traitements ont été reçus. \_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_

## CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR

Je certifie par la présente que :

M.  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>

Prénom

Initiales

Nom de famille

Jour/Mois/Année

Jour/Mois/Année

Était absent(e) du travail du :

\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ (Inclusivement)

Cette personne a pu reprendre une partie de son travail le :

\_\_\_\_\_

Et tout son travail le :

\_\_\_\_\_

Son poste, son occupation et ses tâches quotidiennes sont les suivants (veuillez inclure une description de poste si disponible).

Cette personne reçoit-elle des indemnités pour accident du travail?

Oui  Non

Cette personne reçoit-elle des indemnités d'assurance-invalidité collective?

Oui  Non

Si la perte de temps est due à un accident au travail, veuillez donner la date ainsi qu'une description détaillée de l'accident.

Étampe de la compagnie (avec le nom, adresse complète et numéro de téléphone)

Nom

Titre

Signature de l'employeur

N° de téléphone

N° de télécopieur

Date

## **CONSENTEMENT AUX TRANSACTIONS, AUX PAIEMENTS ET À LA SIGNATURE ÉLECTRONIQUES**

### **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.

Systèmes 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