

## Gardien du Revenu<sup>MD</sup> - 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		Nom du conjoint		Numéro de téléphone
Adresse postale	Rue	App. n°	Mode de communication privilégié	POSTE <input type="checkbox"/>	Numéros de polices a)
				COURRIEL <input type="checkbox"/>	
Ville	Province	Code postal	Adresse de courriel		b)
Date de naissance (MM/JJ/AAAA)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	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.		c)
REEMPLIR POUR ACCIDENT	Date de l'accident (MM/JJ/AAAA)	Heure	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Endroit	Blessures subies
	Veuillez 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)			
	Nature de la maladie	<input type="checkbox"/> Oui Date _____ <input type="checkbox"/> Non			
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			Description de poste disponible? Oui <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez joindre une copie. Non <input type="checkbox"/>	
	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, nom et numéro de téléphone 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: Veuillez 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.				

<b>RENSEIGNEMENTS SUR LES AUTRES ASSURANCES</b>  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.

<b>DIRECTIVES CONCERNANT L'AVENANT INDEMNITÉ-CRÉDIT</b>  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' <i>Avenant Indemnité-Crédit</i> , veuillez nous fournir une copie des relevés de vos prêts admissibles pour les 120 jours antérieurs au début de l'invalidité. <b>Prêt admissible</b> 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>
--	---

<b>REPLIR 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)	(MM/JJ/AAAA)	
	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 :		
	(MM/JJ/AAAA)	(MM/JJ/AAAA)	
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](http://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. 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.**

## 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) \_\_\_\_\_

d) Nom de l'hôpital où les traitements ont été reus. \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

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.)	Activités	Le patient est capable d'accomplir	Le patient est capable d'accomplir avec certaines limitations	Le patient est incapable d'accomplir
	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  
www.combined.ca  
Une compagnie de Chubb / A Chubb Company

## 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