

DIRECTIVES POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRESTATIONS EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

Afin d'éviter des délais, veuillez répondre à toutes les questions applicables apparaissant dans le formulaire de demande de prestations et y joindre tous les renseignements médicaux dont vous disposez.

DÉCLARATION DU DEMANDEUR DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE DEMANDEUR ET L'EMPLOYEUR

Veuillez inscrire votre nom et votre adresse complète. Tout versement ou toute correspondance sera posté à cette adresse, à moins d'un avis contraire.

Inscrivez tous vos numéros de police.

Dans le cas d'une demande de prestations suite à une maladie, veuillez remplir la première section du formulaire relative aux symptômes et au diagnostic.

Pour une perte causée par une blessure, veuillez fournir l'information relative à l'accident ayant causé la blessure.

Veuillez fournir tout rapport pouvant justifier votre diagnostic, par exemple : chirurgie d'un jour, radiographie, pathologie, etc.

Pour une hospitalisation, veuillez nous faire parvenir la confirmation d'hospitalisation dûment remplie et signée par le Service des archives médicales. Si vous avez été hospitalisé dans plus d'un hôpital, veuillez fournir une confirmation de chacun des hôpitaux, ce document doit comprendre :

- Les dates d'admission et de sortie
- L'unité ou le service de l'hôpital où vous avez été hospitalisé
- Le sceau du Service des archives de l'établissement

En cas d'invalidité, veuillez inscrire les dates exactes d'invalidité totale et partielle.

Si vous occupez un emploi à l'extérieur de la maison, votre employeur doit remplir la section *Déclaration de l'employeur*. Dans le cas d'un étudiant, le directeur d'école devrait remplir cette section.

Si vous êtes travailleur autonome, veuillez décrire la nature de vos tâches.

Assurez-vous de signer et de dater la section *Autorisation* au bas du formulaire pour nous permettre d'obtenir des informations additionnelles, si nécessaire. Cela réduira les délais dans l'éventualité où des informations additionnelles seraient requises.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Pour une demande de prestations suite à une maladie ou un accident, le médecin traitant doit remplir le formulaire en indiquant entre autres, le diagnostic, l'origine de la condition ainsi que les dates de traitement. Dans le cas de traitements à titre de patient externe, les dates des traitements doivent être indiquées. Dans le cas de traitements à titre de patient interne, vous devez fournir une confirmation d'hospitalisation du Service des archives médicales des hôpitaux où vous avez été hospitalisé.

Le médecin doit indiquer les dates d'invalidité totale et partielle. Veuillez indiquer l'adresse complète et le numéro de téléphone de votre médecin.

Nous vous suggérons de conserver une photocopie des deux côtés du formulaire et de prendre note de la date d'envoi. Postez le formulaire dûment rempli et tout autre document pertinent à l'adresse suivante :

**COMBINED ASSURANCES
SERVICE DES SINISTRES
P.O.BOX 3720 MIP
MARKHAM, ON L3R 0X5
Numéro sans frais : 1 888 234-4466
Télécopieur : 905 754-4362**