

INSTRUCTIONS POUR PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR MALADIE

Nous sommes profondément désolés d'apprendre votre perte et nous vous souhaitons un prompt rétablissement. Afin d'éviter des délais, veuillez répondre à toutes les questions applicables apparaissant dans le formulaire de demande de règlement et y joindre tous les renseignements médicaux dont vous disposez.

DÉCLARATION DU DEMANDEUR DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE DEMANDEUR

Veuillez à nous fournir vos nom et adresse complets. Votre versement ou toute correspondance sera posté à l'adresse indiquée sur le formulaire de demande de règlement, à moins qu'il nous soit demandé d'agir autrement.

Notez tous les numéros de police, y compris ceux des polices dont vous êtes une personne à charge.

Si vous présentez une demande de règlement pour une perte attribuable à une maladie, remplissez la première section du formulaire relative à vos symptômes et à votre diagnostic.

Veuillez fournir tout rapport pouvant justifier votre diagnostic, par exemple : chirurgie d'un jour, rapport de l'IRM, 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

Si vous présentez une demande de règlement pour une invalidité, veuillez indiquer les dates exactes d'invalidité totale et partielle.

Si vous occupez un emploi rémunéré à l'extérieur de votre domicile, votre employeur pourrait devoir confirmer votre absence pour cause d'invalidité.

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

Assurez-vous de signer et de dater la section Autorisation qui se trouve près du haut du formulaire pour nous permettre d'obtenir des renseignements supplémentaires, si nécessaire. Cela réduira les délais de traitement dans l'éventualité où des renseignements supplémentaires seraient requis.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Pour une demande de règlement à la suite d'une maladie, le médecin traitant doit remplir le formulaire en indiquant entre autres, le diagnostic, l'origine de la condition ainsi que les dates des traitements. En cas de traitement à titre de patient externe, nous devons connaître la date du traitement. En cas de traitement à titre de patient hospitalisé, vous devez fournir une confirmation d'hospitalisation émanant du Service des archives médicales des hôpitaux que vous avez fréquentés.

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

Pour vos dossiers, nous vous recommandons de conserver une photocopie des deux côtés du formulaire de demande de règlement et de toute facture que vous soumettez. Notez la date de l'envoi. Postez le formulaire dûment rempli et tout autre document pertinent à l'adresse suivante :

**COMPAGNIE D'ASSURANCE COMBINED D'AMÉRIQUE
SERVICE DES RÈGLEMENTS
CASE POSTALE 3720 MIP
MARKHAM, ON L3R 0X5
Numéro sans frais : 1 888-234-4466 • Télécopieur : 905 754-4362**

Pour un traitement plus rapide, nous vous invitons à visiter notre portail libre-service au www.combined.ca pour remplir votre demande de règlement et télécharger les documents applicables.

SIÈGE SOCIAL CANADIEN : CASE POSTALE 3720 MIP. MARKHAM, (ONTARIO) L3R 0X5
TÉLÉPHONE : 1 888 234-4466 • TÉLÉCOPIEUR : 905 754-4362 • www.combined.ca

Ce formulaire doit être dûment rempli et retourné dans les 90 jours suivant le sinistre.

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.
Afin d'éviter un délai dans le traitement de votre demande de règlement, veuillez remplir entièrement le formulaire en portant une attention particulière aux champs en gras.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR UNE MALADIE

IMPORTANT : Vérifiez votre formulaire. Est-il dûment rempli? Un formulaire qui n'est pas rempli entièrement risque de retarder le traitement de votre demande.
Conservez également une copie des deux côtés de votre formulaire rempli.

Je consens et j'autorise Combined Canada à accéder, à recueillir, à conserver, à communiquer et à échanger des renseignements personnels. Je comprends que le présent consentement restera en vigueur jusqu'à ce que je le révoque. Ce consentement et les renseignements personnels associés seront gérés conformément à la Politique de confidentialité de Combined Canada publiée sur : <https://www.combinedinsurance.com/ca-fr>

Je comprends que les renseignements personnels seront utilisés pour enquêter, évaluer et traiter toute demande ou réclamation que je présente. J'affirme que tous les renseignements fournis sont véridiques et je reconnais que la fraude à l'assurance est illégale. Les renseignements personnels peuvent être échangés avec toute compagnie d'assurance, fournisseur de soins de santé, administrateur d'avantages sociaux, le MIB (Bureau de renseignements médicaux), régime provincial d'assurance maladie ou toute autre partie ayant des renseignements sur moi ou sur ma santé, situés au Canada ou à l'étranger, lorsque cela est pertinent pour enquêter, évaluer et traiter ma demande et mes réclamations. Ces renseignements personnels peuvent être partagés électroniquement, par téléphone ou sur papier et tous les échanges d'informations respecteront les lois applicables sur la protection de la vie privée.

Je comprends que je peux demander l'accès à mes renseignements personnels ou leur correction. Pour plus de détails sur mes droits en matière de confidentialité, je peux consulter la politique de confidentialité dont le lien est fourni ci-dessus.

☐ Cochez cette case si vous donnez votre consentement au nom d'une autre personne. (Documentation supplémentaire requise)

Signature de la personne assurée

Date (MM/JJ/AAAA)

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE		TÉLÉPHONE AU DOMICILE	
NOM DE LA FAMILLE	PRÉNOM	TÉLÉPHONE CELLULAIRE	
ADRESSE POSTALE		MODE DE COMMUNICATION PRIVILÉGIÉ	NUMÉRO(S) DE POLICE
RUE	APP. N°	POSTE ☐	a)
		COURRIEL ☐	
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	b)
DATE DE NAISSANCE	MM	JJ	AAAA
ÂGE	SEXE	M ☐	F ☐
L'adresse courriel fournie sera utilisée pour communiquer avec vous uniquement au sujet de vos demandes de règlement à Combined Assurances, et non à des fins commerciales ou promotionnelles de quelque nature que ce soit.			c)
COORDONNÉES D'UNE AUTRE PERSONNE-RESSOURCE			
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	LIEN AVEC L'ASSURÉ
TÉLÉPHONE AU DOMICILE		TÉLÉPHONE CELLULAIRE	COURRIEL
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.			
REPLIR SI MALADIE	Date des premiers symptômes (MM/JJ/AAAA)	Avez-vous déjà souffert d'une telle maladie ou d'une maladie similaire? Oui ☐	
		Dans l'affirmative, indiquez la date (MM/JJ/AAAA)	Date
Nature de la maladie			

SIÈGE SOCIAL CANADIEN : CASE POSTALE 3720 MIP. MARKHAM, (ONTARIO) L3R 0X5
TÉLÉPHONE : 1 888 234-4466 • TÉLÉCOPIEUR : 905 754-4362 • www.combined.ca

Ce formulaire doit être dûment rempli et retourné dans les 90 jours suivant le sinistre.

IMPORTANT : Vérifiez votre formulaire. Est-il dûment rempli? Un formulaire qui n'est pas rempli entièrement risque de retarder le traitement de votre demande. Conservez également une copie des deux côtés de votre formulaire rempli.

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

REEMPLIR SI VOUS ÊTES SALARIÉ OU TRAVAILLEUR AUTONOME	Occupation/appellation d'emploi		Nom de votre entreprise ou employeur	
REEMPLIR SI VOUS ÊTES SANS EMPLOI OU À LA RETRAITE OU SI LA DEMANDE EST PRÉSENTÉE POUR UN ENFANT	Décrivez vos activités quotidiennes habituelles avant la survenance de votre maladie.			
REEMPLIR SI MALADIE La présente section doit obligatoirement être remplie si vous présentez une demande pour invalidité.	Date à laquelle vous avez reçu des soins médicaux pour la première fois pour cette affection : (MM/JJ/AAAA)			
	Avez-vous été invalide à un moment quelconque après votre maladie? Dans l'affirmative, répondez aux questions suivantes : Dates pendant lesquelles vous étiez incapable d'accomplir toutes les tâches relatives à votre occupation habituelle ou d'accomplir vos activités quotidiennes habituelles, si vous êtes sans emploi. Premier jour d'invalidité totale : (MM/JJ/AAAA) Dernier jour d'invalidité totale : (MM/JJ/AAAA)			
	Dates pendant lesquelles vous étiez capable d'accomplir certaines tâches relatives à votre occupation habituelle ou certaines de vos activités quotidiennes habituelles, si vous êtes sans emploi. Premier jour d'invalidité partielle : (MM/JJ/AAAA) Dernier jour d'invalidité partielle : (MM/JJ/AAAA)			
	Êtes-vous encore totalement invalide? Oui ☐ Non ☐			
	Nom et adresse de votre médecin de famille	NOM ET ADRESSE DE L'HÔPITAL	Date d'hospitalisation (MM/JJ/AAAA) - Date d'admission : - Date de sortie : - Salle d'urgence : - Heure d'arrivée : - Heure de départ :	

Nom du patient : _____ Date de naissance : (MM/JJ/AAAA) _____

1. Diagnostic de l'état actuel (diagnostic médical spécifique)
 - (a) Diagnostic primaire : _____
 - (b) Autres états ou complications : _____
 - (c) Résultats objectifs (y compris les radiographies, les données de laboratoire ou tous autres tests spécifiques) Joindre tous les résultats des tests et rapports de spécialistes. _____
2. Si l'état est attribuable à une grossesse, quelle est la date présumée de l'accouchement? _____
3. **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 ☐ Non ☐ Dans l'affirmative, indiquez quand et décrivez sous la section 10.
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 : _____
(c) Le patient a-t-il été orienté vers la physiothérapie? Oui ☐ Non ☐
(d) SVP, énumérez tous les appareils médicaux prescrits : _____
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 prodigués au patient pendant toute cette période?
Oui ☐ Fréquence : Hebdomadaire ☐ Mensuelle ☐ Autre (précisez _____)
Non ☐ Si la réponse est négative, 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'arrivée (MM/JJ/AAAA) _____ Date et heure de départ (MM/JJ/AAAA) _____
(b) Séjour en tant que patient hospitalisé – Date d'admission (MM/JJ/AAAA) _____ Date de sortie (MM/JJ/AAAA) _____
(c) Chirurgie d'un jour – Date (MM/JJ/AAAA) _____
7. Nature du traitement (ex. : date et genre d'intervention chirurgicale, y compris les médicaments) _____
8. Quelle est l'occupation de votre patient? _____
9. 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. _____
10. Si le patient est un étudiant, quelles sont les restrictions et les limitations nuisant à ses activités quotidiennes? _____
11. 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 caractères d'imprimerie) _____ Spécialisation _____

Adresse _____ Téléphone _____

Signature _____ Date _____

Siège social canadien : Service des règlements
CASE POSTALE 3720 MIP. MARKHAM, (ONTARIO) L3R 0X5
TÉLÉPHONE : 1 888 234-4466 • TÉLÉCOPIEUR : 905 754-4362 • www.combined.ca

Autorisation de communiquer des renseignements à mon agent d'assurance

IMPORTANT : Remplir ce formulaire est facultatif et n'est pas requis dans le cadre du processus de proposition/demande de règlement. Lorsque ce formulaire est rempli et signé, la Compagnie d'assurance Combined d'Amérique (« Combined Assurances ») est autorisée à communiquer à l'agent d'assurance désigné (et à son agence, le cas échéant) les renseignements indiqués ci-dessous en plus de ce que Combined Assurances pourrait normalement communiquer à l'agent d'assurance (et à son agence, le cas échéant).

Renseignements sur le client			
Prénom	Second prénom	Nom de famille	DDN MM/JJ/AAAA
Adresse		Numéro(s) de police – Veuillez indiquer au moins un numéro de police.	
Le client identifié ci-dessus est		☐ l'assuré couvert par la police	☐ le propriétaire de la police
Renseignements sur l'agent d'assurance			
Prénom	Nom de famille	Code d'agent	
Adresse			
Agence (le cas échéant)			
Nom de l'agence		Adresse de l'agence	

Autorisation et signature du client

J'autorise Combined Assurances à communiquer les renseignements suivants à mon agent d'assurance (et à son agence, le cas échéant) :

- | | |
|--|--|
| ☐ Renseignements de souscription, notamment les renseignements médicaux relatifs à une décision de souscription, limités au(x) numéro(s) de police listé(s) ci-dessous; | ☐ Renseignements sur les demandes de règlement, notamment les renseignements médicaux liés à une décision relative à une demande de règlement, limités au(x) numéro(s) de demande de règlement listé(s) ci-dessous. |
|--|--|

Numéro(s) de police
Numéro(s) de demande de règlement

Je comprends que Combined Assurances se réserve le droit de limiter les renseignements qui seront communiqués à mon agent d'assurance (et à son agence, le cas échéant).

Je peux à tout moment retirer cette autorisation en envoyant une demande signée à cet effet à Combined Assurances. Après avoir reçu et traité ma demande de retrait, aucun autre renseignement en dehors de ceux qui seraient normalement communiqués, ne sera fourni à mon agent d'assurance.

Je conviens qu'une copie de la présente autorisation est tout aussi valide que l'original. Cette autorisation est limitée aux renseignements de souscription et/ou aux renseignements sur les demandes de règlement identifiés ci-dessus et est valide pour une période de six (6) mois à compter de la date de signature de cette autorisation ou jusqu'à la fermeture du dossier de souscription et/ou de demande de règlement, la plus longue période étant retenue.

Signature du client	Date MM/JJ/AAAA
Nom en caractères d'imprimerie du parent ou du tuteur signataire (le cas échéant)	Lien (le cas échéant)

Cette autorisation prendra effet à la date à laquelle elle sera reçue au siège social canadien de Combined Assurances, à l'adresse suivante :

COMPAGNIE D'ASSURANCE COMBINED D'AMÉRIQUE
Siège social canadien : Service des règlements
Case Postale 3720 MIP. Markham, (Ontario) L3R 0X5

Siège social canadien : Service des règlements
CASE POSTALE 3720 MIP. MARKHAM, (ONTARIO) L3R 0X5
TÉLÉPHONE : 1 888 234-4466 • TÉLÉCOPIEUR : 905 754-4362 • www.combined.ca

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/fr-CA/login> 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 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 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 manuscrite 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, les exigences minimales suivantes en matière de matériel et de système sont nécessaires 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 courriel

Date