



## **COMPAGNIE D'ASSURANCE COMBINED D'AMÉRIQUE DIRECTIVES POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRESTATIONS EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE**

Vous devez remplir un formulaire pour toute demande d'indemnité en cas d'invalidité ou d'hospitalisation. Assurez-vous de répondre à toutes les questions pertinentes sur le formulaire afin d'éviter des délais additionnels.

### **LE RECTO DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE RÉCLAMANT ET L'EMPLOYEUR**

Veillez inscrire votre nom et votre adresse complète. Toute indemnité ou correspondance sera postée 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.

**Veillez 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 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 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.

### **LE VERSO DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN TRAITANT**

Pour une demande de prestations suite à une maladie ou un accident, le médecin 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**

RÉCLAMATION n°	

**COMPAGNIE D'ASSURANCE COMBINED D'AMÉRIQUE**

**SIÈGE SOCIAL CANADIEN  
BOÎTE POSTALE 3720 MIP  
MARKHAM, ON L3R 0X5**

Cette formule doit être dûment remplie  
et retournée dans un délai de 60 jours

**DÉCLARATION DU RÉCLAMANT  
EN LETTRES MOULÉES**

NOM DE L'ASSURÉ(E) NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		NOM DE FILLE		TÉLÉPHONE	POLICES n°	FORMULES n°
NUMÉRO		RUE		APP #		POIDS	a)	a)
VILLE		PROV.	CODE POSTAL			TAILLE	b)	b)
DATE DE NAISSANCE	M	J	A	ÂGE	SEXE	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	NOM DU CONJOINT(E)	c)
OCCUPATION		GENRE DE TRAVAIL					d)	d)
OCCUPATION		GENRE DE TRAVAIL					e)	e)
<b>À REMPLIR POUR ACCIDENT</b>	DATE ACCIDENT		HEURE ACCIDENT		ENDROIT EXACT		BLESSURES SUBIES	
			AM PM					
DÉCRIEZ EN DÉTAIL COMMENT L'ACCIDENT EST ARRIVÉ (JOIGNEZ UN DIAGRAMME OU UNE FEUILLE ADDITIONNELLE SI NÉCESSAIRE)								
<b>À REMPLIR POUR MALADIE</b>	DATE DES PREMIERS SYMPTÔMES			AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ DANS LE MÊME ÉTAT?			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI, VEUILLEZ MENTIONNER LA DATE	
	GENRE DE MALADIE							
CE CAS RELÈVE-T-IL DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL?			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			PRÉSENTEMENT, ÊTES VOUS ENCORE TOTALEMENT INVALIDE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

**REMPHIR POUR ACCIDENT OU MALADIE**

J'AI ÉTÉ INCAPABLE D'ACCOMPLIR TOUTES LES TÂCHES RELATIVES À MON OCCUPATION HABITUELLE DU:	PREMIER JOUR D'INCAPACITÉ TOTALE	DERNIER JOUR D'INCAPACITÉ TOTALE
_____	_____	_____
J'AI ÉTÉ CAPABLE D'ACCOMPLIR CERTAINES TÂCHES RELATIVES À MON OCCUPATION HABITUELLE DU:	PREMIER JOUR D'INCAPACITÉ PARTIELLE	DERNIER JOUR D'INCAPACITÉ PARTIELLE
_____	_____	_____

NOM ET ADRESSE DE VOTRE MÉDECIN	_____	<b>CONFIRMATION DE L'HÔPITAL EST OBLIGATOIRE POUR UNE RÉCLAMATION D'HOSPITALISATION</b>
DATES DES TRAITEMENTS	_____	
NOM ET ADRESSE DE L'HÔPITAL	_____	
	_____	

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR	NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	n° DE TÉLÉPHONE
	_____	_____

PREMIÈRE JOURNÉE D'ABSENCE DU TRAVAIL	RETOUR AU TRAVAIL	INCAPACITÉ PARTIELLE DU	AU
_____	_____	_____	_____

SIGNATURE	TITRE	SIGNÉ LE
_____	_____	_____

**AUTORISATION** Par les présentes, j'autorise tout professionnel de la santé, établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, ou assureur, de même que mon employeur antérieur ou actuel et toute agence de renseignements sur le consommateur ou autre organisme et toutes autres personnes qui détiennent des dossiers ou de l'information me concernant à fournir ces dossiers ou cette information à l'assureur ou ses réassureurs, surtout s'il s'agit de renseignements médicaux, afin de déterminer mon admissibilité aux prestations. Advenant mon décès, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession est expressément autorisé à fournir à l'assureur, si celui-ci en fait la demande, tous les renseignements et autorisations nécessaires pour étudier la demande de prestation-décès et obtenir les pièces justificatives nécessaires. Une photocopie de la présente autorisation est tout aussi valide que l'original.

DATE	Signature du réclamant
_____	_____

**Veuillez vérifier votre formule. Est-elle dûment remplie? Une formule non remplie risque de retarder le règlement. Veuillez aussi garder une copie des deux côtés de votre formule remplie.**

# DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire, les frais étant à sa charge.

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date de naissance: (M, J, A) \_\_\_\_\_

1. Diagnostic de l'invalidité actuelle (diagnostic médical spécifique)

(a) Principal \_\_\_\_\_

(b) Conditions additionnelles ou complications \_\_\_\_\_

(c) Résultats objectifs (radiographies, résultats de laboratoire et tous résultats cliniques) \_\_\_\_\_

2. Si la condition est due à une grossesse, date prévue d'hospitalisation? \_\_\_\_\_

3. À ma connaissance

(a) les premiers symptômes de la maladie sont apparus (M, J, A) \_\_\_\_\_ l'accident a eu lieu le (M, J, A) \_\_\_\_\_

(b) patient a-t-il eu la même condition ou similaire Non  Oui  Indiquer quand et décrire (n°10) \_\_\_\_\_

4. (a) Si le patient vous a été adressé, nom du médecin qui vous l'a envoyé \_\_\_\_\_ (b) Si vous avez adressé le patient à un spécialiste, donnez le nom du médecin \_\_\_\_\_

5. Date d'hospitalisation (M, J, A) \_\_\_\_\_

Date de sortie (M, J, A) \_\_\_\_\_

6. Nature des traitements (ex, date et genre d'opération, traitements comprenant médicaments, dosage et fréquence) \_\_\_\_\_

7. (a) Date de la première visite pour la présente condition (M, J, A) \_\_\_\_\_

Date de la dernière visite (M, J, A) \_\_\_\_\_

(b) Le patient est-il demeuré sous vos soins depuis le début de l'invalidité Non  Commentaires/remarques (n°10) \_\_\_\_\_

Oui  Hebdo. \_\_\_\_\_ Mensuel \_\_\_\_\_ Autres (spécifier) \_\_\_\_\_

8. (a) À votre connaissance, le patient a été incapable de faire son travail du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

(b) Le patient sera capable d'accomplir certaines tâches courantes de son occupation à partir du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

(c) S'il est toujours incapable de travailler, donnez une date approximative de retour au travail \_\_\_\_\_

(d) Si non-employé(e), peut-il (elle) participer à ses activités courantes Oui  Non  Toutes  Quelques  Aucune

ou le nombre de semaines avant un retour possible \_\_\_\_\_

9. Comment la présente condition affecte-t-elle la capacité du patient à travailler/accomplir ses activités habituelles - restrictions spéciales (conduire, plier, soulever, etc.), amplitude du mouvement des parties affectées

10. Remarques. SVP, fournissez les commentaires et détails que vous pensez nécessaires. \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant (en majuscules) \_\_\_\_\_

Spécialisation \_\_\_\_\_

N° téléphone \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_