

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°
							a)	a)
NUMÉRO		RUE		APP #		POIDS	b)	b)
							b)	b)
VILLE		PROV.	CODE POSTAL		TAILLE		c)	c)
							c)	c)
DATE DE NAISSANCE	M	J	A	ÂGE	SEXE	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	NOM DU CONJOINT(E)	d)
								d)
OCCUPATION		GENRE DE TRAVAIL				e)	e)	e)
						e)	e)	e)
À REMPLIR POUR ACCIDENT	DATE ACCIDENT		HEURE ACCIDENT		ENDROIT EXACT		BLESSURES SUBIES	
			AM PM					
DÉCRIVEZ EN DÉTAIL COMMENT L'ACCIDENT EST ARRIVÉ (JOIGNEZ UN DIAGRAMME OU UNE FEUILLE ADDITIONNELLE SI NÉCESSAIRE)								
À REMPLIR POUR MALADIE	DATE DES PREMIERS SYMPTÔMES			AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ DANS LE MÊME ÉTAT?			SI OUI, VEUILLEZ MENTIONNER LA DATE	
				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
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	CONFIRMATION DE L'HÔPITAL EST OBLIGATOIRE POUR UNE RÉCLAMATION D'HOSPITALISATION		
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 _____