

Veuillez garder une copie de vos formulaires remplis

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

(écrire en lettres moulées)

Nom de famille		Prénom(s)		Téléphone		Polices individuelles que vous détenez avec Combined, s'il y a lieu :			
Numéro		Rue		App.				Poids	
Ville		Province		Code postal				Taille	
Date de naissance (MM/JJ/AA)		Âge		Sexe		Nom du conjoint			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/>					
À REMPLIR SEULEMENT SI L'INVALIDITÉ EST DUE À UN ACCIDENT	Date de l'accident (MM/JJ/AA)		Heure de l'accident		Indiquez l'endroit exact où vous vous trouviez au moment de l'accident.				
			AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>						
	Décrivez en détail comment l'accident s'est produit (joignez une feuille supplémentaire si nécessaire).								
	Blessures reçues				Avez-vous déjà eu des blessures semblables?				
				<input type="checkbox"/> Oui Si oui, quand? _____ Non <input type="checkbox"/>					
À REMPLIR SEULEMENT SI L'INVALIDITÉ EST DUE À UNE MALADIE	Date des premiers symptômes (MM/JJ/AA)		Avez-vous déjà eu la même maladie?			Si oui, à quelle date? (MM/JJ/AA)			
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Description de la maladie									
À REMPLIR DANS TOUS LES CAS	Dates d'hospitalisation (confirmation de l'hôpital nécessaire) (MM/JJ/AA)			Nom et adresse de l'hôpital					
	Dates des traitements (MM/JJ/AA)			Nom(s) et adresse(s) du(des) médecin(s) traitant(s)					
A) Invalidité totale (incapable d'accomplir une tâche quelconque):									
Du: (MM/JJ/AA)				Au: (MM/JJ/AA)					
.....								
B) Date de reprise du travail (à temps plein ou à temps partiel): (MM/JJ/AA)									
.....									

AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS : 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, toute agence de renseignements sur les consommateurs ou tout autre organisme ou personne qui détient des dossiers contenant des renseignements me concernant, à fournir ces renseignements à la Compagnie d'assurance Combined d'Amérique ou à ses réassureurs, dans la mesure où ces renseignements sont nécessaires à déterminer mon admissibilité aux prestations d'assurance. Advenant mon décès, j'autorise expressément par les présentes mon bénéficiaire, mon héritier ou le liquidateur de ma succession à fournir à la Compagnie d'assurance Combined d'Amérique, sur demande, tous les renseignements et autorisations nécessaires à l'évaluation de la demande de prestations d'assurance et à obtenir les pièces justificatives nécessaires. **Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.**

DATE _____

Signature du demandeur _____

DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATEUR RÉGIONAL

Nom et adresse du représentant des ventes :	Téléphone : ()
	Revenu annuel :

Y a-t-il une demande de règlement faite auprès de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)?

Oui Non

INVALIDITÉ TOTALE :

Quel est le dernier jour où le représentant a travaillé ?

(MM/JJ/AA)

Signature _____ Titre _____ Date _____

AUTRES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

			Montant
a) Recevez-vous des prestations de la CSST ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	_____ \$ /sem.(mois)
b) Recevez-vous des prestations pour maladie de l'assurance-emploi ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	_____ \$ /sem.(mois)
c) Recevez-vous d'autres prestations d'invalidité ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Source :			
_____			_____ \$ /sem.(mois)
_____			_____ \$ /sem.(mois)
_____			_____ \$ /sem.(mois)

TÂCHES HABITUELLES

Poste/Titre : _____ Date d'embauche : _____

(MM/JJ/AA)

TÂCHES	DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ EN CAUSE	NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE CONSACRÉES A CHAQUE TÂCHE

**VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.
UN FORMULAIRE INCOMPLET PEUT RETARDER LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE.**

Veuillez garder une copie de vos formulaires remplis

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

(écrire en lettres moulées)

Nom de votre patient(e) _____ Date de naissance (MM/JJ/AA) _____

1. Antécédents

- (a) À quand remontent les premiers symptômes ou l'accident? (MM/JJ/AA) _____
- (b) Date à laquelle votre patient(e) a cessé de travailler en raison de son invalidité. (MM/JJ/AA) _____
- (c) Votre patient(e) a-t-il(elle) déjà eu une telle blessure ou souffert d'une maladie semblable? Oui Non
- Dans l'affirmative: Type de blessure ou maladie : _____
- (d) S'agit-il d'une blessure ou d'une maladie professionnelle ? Oui Non Ne sais pas Quand: _____
- (e) Noms et adresses des autres médecins traitants, s'il y a lieu : _____

2. Diagnostic

- I (a) Diagnostic primaire _____
- (b) Diagnostic secondaire (y compris des complications) _____
- (c) Symptômes _____
- (d) Signes objectifs et résultats des tests (y compris radiographies, ECG, tests de laboratoire et constatations cliniques - joindre copie) : _____
- II S'il s'agit d'une grossesse, date prévue de l'accouchement (MM/JJ/YY) _____

3. Dates des consultations :

- (a) Date de la première visite (MM/JJ/YY) _____
- (b) Date de la dernière visite (MM/JJ/YY) _____
- (c) Fréquence Hebdomadaire Mensuelle Autres (préciser) _____

4. Nature des traitements (y compris interventions chirurgicales et médicaments prescrits, s'il y a lieu)

5. Progression

- (a) Votre patient(e) s'est-il(elle) rétabli(e)? Son état s'est-il amélioré? Inchangé? S'est-il aggravé?
- (b) Votre patient(e) est-il(elle) Ambulatoire? Retenu(e) à la maison?
- Alité(e)? Hospitalisé(e)?
- (c) S'il y a eu hospitalisation, veuillez donner le nom et l'adresse de l'hôpital
- Hospitalisé(e) du (MM/JJ/AA) _____ Nom et adresse de l'hôpital _____
- Jusqu'au (MM/JJ/AA) _____

6. État cardiaque (s'il y a lieu)

- (a) Capacité fonctionnelle
- Catégorie 1 (aucune restriction) Catégorie 2 (restriction légère)
- Catégorie 3 (restriction marquée) Catégorie 4 (restriction totale)
- (b) Tension artérielle (dernière visite) _____

Suite au verso

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (suite)

7. Déficience physique

- Catégorie 1 - Capacité fonctionnelle sans restriction - peut faire des travaux lourds - aucune restriction (0 à 10 %)
- Catégorie 2 - Activité manuelle moyenne (15 à 30 %)
- Catégorie 3 - Capacité fonctionnelle avec des restrictions légères - peut faire des travaux légers (35 à 55 %)
- Catégorie 4 - Capacité fonctionnelle avec des restrictions modérées - peut faire du travail de bureau ou d'administration (sédentaire) (60 à 70 %)
- Catégorie 5 - Capacité fonctionnelle avec des restrictions importantes - ne peut faire aucun travail même sédentaire (75 à 100 %)

Restrictions (se pencher, soulever des charges, etc) _____

8. Déficience mentale / nerveuse (s'il y a lieu)

Quel est le niveau de restriction de votre patient(e) par rapport au stress au travail et à ses relations professionnelles?

- Catégorie 1 - Votre patient(e) peut fonctionner sous tension, sans restriction quant à ses relations professionnelles.
- Catégorie 2 - Votre patient(e) peut fonctionner sous tension dans la plupart des situations, avec des restrictions légères quant à ses relations professionnelles.
- Catégorie 3 - Votre patient(e) ne peut fonctionner sous tension, avec des restrictions modérées quant à ses relations professionnelles.
- Catégorie 4 - Votre patient(e) ne peut fonctionner sous tension, avec des restrictions marquées quant à ses relations professionnelles.
- Catégorie 5 - Votre patient(e) connaît des difficultés psychologiques et sociales de comportement, avec des restrictions importantes quant à ses relations professionnelles.

Observations: _____

9. Pronostic

À votre connaissance, quelle est la période au cours de laquelle :

Du (MM/JJ/AA) Au (MM/JJ/AA)

(a) votre patient(e) a été TOTALEMENT INVALIDE (incapable de travailler) _____

(b) votre patient(e) a été ou sera encore PARTIELLEMENT INVALIDE (capable de travailler à temps partiel) _____

Y a-t-il une date prévue à laquelle votre patient(e) pourrait reprendre son travail à temps plein? _____

10. Réadaptation

Pensez-vous que votre patient(e) pourrait participer à un programme de réadaptation ou de réinsertion professionnelle? Oui Non

11. Remarques

Nom du médecin traitant (en lettres moulées) _____ Spécialisation _____

Adresse complète _____

Numéro de téléphone _____ Signature _____ Date _____

Il incombe au patient de faire remplir le présent formulaire, à ses frais.