

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

(écrire en lettres moulées)

Nom	Prénom	Téléphone
-----	--------	-----------

Numéro	Rue	App.
--------	-----	------

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

Veillez décrire toute complication de votre blessure ou maladie depuis la dernière déclaration

Traitements médicaux reçus depuis la dernière déclaration

Noms et adresses des médecins traitants

Dates d'hospitalisation (MM/JJ/AA) (fournir la confirmation de l'hôpital) Du _____ Au _____	Noms et adresses des hôpitaux <hr/> <hr/>
---	--

INVALIDITÉ

Du _____ Au _____

Vous ne pouviez accomplir aucune des tâches de votre occupation habituelle (INVALIDITÉ TOTALE) : (MM/JJ/AA) _____

Vous avez été capable d'accomplir une partie des tâches de votre occupation habituelle (INVALIDITÉ PARTIELLE) : (MM/JJ/AA) _____

Décrivez vos activités actuelles :

Temps plein Temps partiel

Y a-t-il une date prévue de reprise du travail ? (MM/JJ/AA) _____

AUTRES PRESTATIONS

Recevez-vous des prestations de la CSST? Oui Non _____ \$ /semaine (mois)

Recevez-vous des prestations d'invalidité de l'assurance-emploi? Oui Non _____ \$ /semaine (mois)

Recevez-vous d'autres prestations? Oui Non _____ \$ /semaine (mois)

Source : _____

AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATION : 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 ma demande de prestations d'assurance et à obtenir les pièces justificatives nécessaires. Une photocopie de la présente autorisation est tout aussi valide que l'original.

DATE _____ SIGNATURE DU DEMANDEUR _____

DÉCLARATION SUPPLÉMENTAIRE DU MÉDECIN TRAITANT

(écrire en lettres moulées)

1. Nom du patient _____	
2. Diagnostic Diagnostic primaire _____ Diagnostic secondaire _____	
3. Décrivez les complications ou autres affections qui ont contribué à prolonger l'invalidité _____ _____	
4. Date de la dernière consultation (MM/JJ/AA) _____	Ce patient se fait-il régulièrement soigner par vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Sinon, précisez : _____ _____
5. Traitement actuel : _____ _____	
6. Votre patient(e) : <input type="checkbox"/> s'est-il(elle) rétabli(e)? <input type="checkbox"/> son état s'est-il amélioré? <input type="checkbox"/> est-il resté stationnaire? <input type="checkbox"/> s'est-il aggravé?	
7. Invalidité Quel est actuellement l'état de votre patient(e)? À ma connaissance, le patient est encore TOTALEMENT INVALIDE (incapable de travailler) <input type="checkbox"/> La date prévue de reprise du travail est : (MM/JJ/AA) _____ Le patient a repris le travail (MM/JJ/AA) _____	
8. Réadaptation Pensez-vous que votre patient(e) pourrait participer à un programme de réadaptation et de réinsertion professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
9. Remarques _____ _____ _____	
Nom du médecin traitant (en lettres moulées) _____ Spécialité _____ Adresse complète : _____ Numéro de téléphone : _____ Signature _____ Date _____	

Il incombe au patient de faire remplir le présent formulaire et les frais pour ce service sont à sa charge.

DATE _____

SIGNATURE DU DEMANDEUR _____