

PLEASE COMPLETE AND RETURN ON / À COMPLÉTER ET
RETOURNER VERS LE _____

Claim # / Réclamation # _____

CLAIMANT'S STATEMENT / SOUMISSION DU RÉCLAMANT

Name/Nom	Telephone Number / Numéro de téléphone																								
Address/Adresse																									
Please describe any complications of injury or illness since last report / Décrivez toute complication de blessure ou maladie depuis le dernier rapport																									
List medical treatments received since last report / Liste des traitements médicaux depuis le dernier rapport																									
Doctor's name and address / Nom et adresse du médecin	<table border="0" style="width:100%;"> <tr> <th colspan="6">Treatment dates / dates des traitements</th> </tr> <tr> <th>Y/A</th><th>M/M</th><th>D/J</th><th>Y/A</th><th>M/M</th><th>D/J</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Treatment dates / dates des traitements						Y/A	M/M	D/J	Y/A	M/M	D/J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treatment dates / dates des traitements																									
Y/A	M/M	D/J	Y/A	M/M	D/J																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Hospital where confined since last report / Hôpital où vous avez été confiné depuis le dernier rapport	<table border="0" style="width:100%;"> <tr> <th colspan="6">Date of hospitalization / Date d'hospitalisation</th> </tr> <tr> <th>Y/A</th><th>M/M</th><th>D/J</th><th>Y/A</th><th>M/M</th><th>D/J</th> </tr> <tr> <td colspan="3">From / Du: <input type="checkbox"/></td><td colspan="3">To / Au: <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Date of hospitalization / Date d'hospitalisation						Y/A	M/M	D/J	Y/A	M/M	D/J	From / Du: <input type="checkbox"/>			To / Au: <input type="checkbox"/>								
Date of hospitalization / Date d'hospitalisation																									
Y/A	M/M	D/J	Y/A	M/M	D/J																				
From / Du: <input type="checkbox"/>			To / Au: <input type="checkbox"/>																						
Have you been totally disabled to this date? / Avez-vous été totalement invalide jusqu'à maintenant?	<input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non Y/A M/M D/J																								
When did you resume part of your duties? / Quand avez-vous pu reprendre une partie de votre travail?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								
When did you resume all of your duties? / Quand avez-vous pu reprendre tout votre travail?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								
When do you expect to resume part of your duties? / Quand pensez-vous reprendre une partie de votre travail?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								
When do you expect to resume all of your duties? / Quand pensez-vous reprendre tout votre travail?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								

MY CLAIM IS ON THE FOLLOWING BASIS / MA RÉCLAMATION EST SUR LA BASE SUIVANTE

Dates during which I was unable to perform all the duties pertaining to my usual occupation / J'ai été incapable d'accomplir toutes les tâches relatives à mon occupation habituelle	First day of total disability / Premier jour d'incapacité totale Last day of total disability / Dernier jour d'incapacité totale	<table border="0"> <tr><th>Y/A</th><th>M/M</th><th>D/J</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Y/A	M/M	D/J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y/A	M/M	D/J									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Dates during which I was able to perform part of the duties pertaining to my usual occupation / J'ai été capable d'accomplir certaines tâches relatives à mon occupation habituelle	First day of partial disability / Premier jour d'incapacité partielle Last day of partial disability / Dernier jour d'incapacité partielle	<table border="0"> <tr><th>Y/A</th><th>M/M</th><th>D/J</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Y/A	M/M	D/J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y/A	M/M	D/J									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

EMPLOYER'S STATEMENT / DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

First day of absence from work / Première journée d'absence au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Return to work / Retour au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Partially disabled / Incapacité partielle	From / Du: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	To / Au: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name of Employer / Nom de l'employeur _____					
Signature _____				Signed on / Signé le <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Title / Titre _____					

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION / AUTORISATION

I HEREBY AUTHORIZE any hospital or physician who has attended me to disclose, when requested to do so by the Combined Insurance Company of America, any and all information with respect to any illness or injury, medical history or treatment and to furnish copies of all hospital or medical records. A photostatic copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE tout hôpital, médecin ou tout autre personne qui m'ont traité ou examiné à donner sur demande à la Compagnie d'Assurance Combined d'Amérique, tout renseignement relatif à cette maladie ou blessure ou historique médical, consultations, prescriptions ou traitements et de fournir des copies de tous les rapports de médecins et d'hôpitaux. Une copie photographiée de cette autorisation sera considérée aussi valide que l'originale.

Signature _____				Signed on / Signé le <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--	--	--	---	--------------------------

IMPORTANT: A FORM NOT FULLY COMPLETED WILL DELAY SETTLEMENT OF YOUR CLAIM. / UNE FORMULE NON COMPLÉTÉE RISQUE DE RETARDER LE RÈGLEMENT.

