

## RAPPORT PRÉLIMINAIRE DE LA PERSONNE RÉCLAMANTE

### IMPORTANT!

1. POUR ÉVITER TOUT RETARD, VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE LE FORMULAIRE EST **SIGNÉ** ET **COMPLÈTEMENT** REMPLI.
2. LA PERSONNE ASSURÉE EST RESPONSABLE DE TOUS LES FRAIS EXIGÉS POUR FAIRE REMPLIR LE FORMULAIRE.
3. LE RÈGLEMENT DE TOUTES LES DEMANDES EST EFFECTUÉ À NOTRE SIÈGE SOCIAL À QUÉBEC. POUR TOUT RENSEIGNEMENT, VEUILLEZ COMMUNIQUER DIRECTEMENT AVEC CE BUREAU EN COMPOSANT SANS FRAIS LE 1 800 363-8011 OU PAR TÉLÉCOPIEUR AU 1 866 375-9780.

### POLICE N°

N° DE TÉLÉPHONE À VOTRE DOMICILE	IND. RÉGIONAL
N° DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE	IND. RÉGIONAL
N° DE TÉLÉPHONE À VOTRE TRAVAIL	IND. RÉGIONAL

NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

SI LA DEMANDE EST POUR UNE PERSONNE À CHARGE, NOMMEZ \_\_\_\_\_

ÂGE \_\_\_\_\_ LIEN DE PARENTÉ \_\_\_\_\_

AUTRES ASSURANCES POUR : INVALIDITÉ, FRAIS MÉDICAUX \_\_\_\_\_

VEUILLEZ INDIQUER LE NOM DE LA COMPAGNIE ET LE NUMÉRO DE POLICE \_\_\_\_\_

<b>E M P L O I</b>	Nom et adresse de votre employeur _____ Votre emploi _____ Revenu annuel <b>net</b> gagné _____ \$ Décrivez vos tâches habituelles _____ Travaillez-vous avant cette invalidité ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, que faisiez-vous ? _____
<b>T R A I T E M E N T</b>	Quand avez-vous reçu le premier traitement médical ? _____ À quel endroit ? _____ Quel est le nom de votre médecin ? _____ Depuis quand est-il votre médecin ? Depuis _____ L'adresse du médecin _____ Quels autres médecins vous ont-ils soigné ? (Noms/adresses) _____ Si vous avez été hospitalisé, indiquez les dates d'hospitalisation : Admission le _____ Congé le _____ Hôpital _____ Adresse _____
<b>É T A T D E S A N T É</b>	Décrivez la maladie ou la blessure _____ Quels sont vos symptômes ? _____ S'il s'agit d'une maladie, quand a-t-elle commencé ? _____ S'il s'agit d'un accident, quand et où est-il survenu ? Date et heure _____ Endroit _____ <b>*(Si c'est un accident d'automobile, veuillez annexer le rapport de la police)</b> Comment est-il survenu ? _____ Avez-vous souffert de cet état par le passé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quand ? _____ Médecin _____
<b>I N V A L I D I T É</b>	L'état de santé précité vous a-t-il causé une perte de temps de travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, entre quelles dates étiez-vous incapable d'accomplir tout travail ? 1 <sup>er</sup> jour d'absence au travail _____ Date du retour au travail – à temps partiel _____ à temps plein _____ Quelles tâches êtes-vous ou étiez-vous incapable d'accomplir ? _____ Si vous êtes travailleur autonome, votre entreprise est-elle toujours active ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, quelles tâches accomplissez-vous ? _____ Si vous êtes sans travail, à la retraite ou une ménagère, pour quelle période d'invalidité faites-vous une demande de règlement : Invalidité totale _____ Invalidité partielle _____

### AUTORISATION

JE CERTIFIE que les renseignements contenus dans cette demande sont à jour, exacts et complets.

J'AUTORISE PAR LES PRÉSENTES La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, ses représentants autorisés et ses réassureurs, aux seules fins de la gestion de mon dossier et du règlement de mes réclamations : a) à recueillir les renseignements qui sont nécessaires au règlement de mes réclamations ainsi qu'à la gestion de mon dossier auprès de toute personne physique ou morale, organisation et institution publique ou parapublique détenant des renseignements personnels me concernant, notamment auprès des professionnels de la santé et des établissements de santé, du MIB, Inc., des institutions financières, des organismes gouvernementaux, de l'Organisation Provinciale de la Compensation du Travail, des compagnies d'assurance et de réassurance, des agents de renseignements personnels, des agences d'investigation ou de crédit, de mon employeur ou de mes employeurs antérieurs; b) à ne communiquer auxdites personnes ou auxdits organismes que les renseignements personnels me concernant qui sont nécessaires à l'objet du dossier ou requis par la loi; c) à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'originale. L'autorisation est valable pour la période requise afin de parvenir aux fins pour lesquelles elle a été demandée. Je reconnais que la Compagnie peut refuser de considérer ma demande de règlement si je ne me conforme pas entièrement à cette autorisation.

La personne assurée signe ici \_\_\_\_\_ Le témoin signe ici \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Ville et province \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Ville et province \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## RAPPORT DU MÉDECIN TRAITANT

NOM DU PATIENT : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Mon patient depuis : \_\_\_\_\_

1. Diagnostic et états médicaux concomitants.

2. Quand les symptômes sont-ils apparus pour la première fois ou quand l'accident est-il survenu ?

**Cause :**     ACCIDENT     MALADIE     DÉBUT GRADUEL OU PROGRESSIF

3. Veuillez décrire les antécédents médicaux. S'il s'agit d'un accident, décrivez-le.

4. Quand le patient vous a-t-il consulté la première fois pour cet état de santé ?

Date : \_\_\_\_\_ Heure :     Avant-midi     Après-midi

5. A. Le patient a-t-il déjà connu un état de santé pareil ou semblable ?     Oui     Non

Si oui, indiquez quand et décrivez-le.

B. Si le patient a été traité par un autre médecin, veuillez indiquer son nom et son adresse.

6. Décrivez toute autre maladie ou infirmité qui affecte l'état de santé actuel.

7. Nature de l'intervention chirurgicale :

Date de l'intervention :

8. Si le patient a été hospitalisé, indiquez le nom et l'adresse de l'établissement.

Nom \_\_\_\_\_

Municipalité et province \_\_\_\_\_

Hôpital     Établissement de soins de longue durée

Admission le \_\_\_\_\_ Congé le \_\_\_\_\_

Centre de réadaptation     Soins de jour

Soins intensifs du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

9. Veuillez décrire la nature du traitement.

Indiquez les dates

Bureau \_\_\_\_\_

Hôpital \_\_\_\_\_

Physiothérapie \_\_\_\_\_

10. Le patient est-il encore sous vos soins pour cet état de santé ?     Oui     Non

Si non, indiquez la date où vos services ont pris fin.

11. S'il s'agit d'une **ménagère, d'une personne retraitée** ou **sans emploi**,

Aucune activité    Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

veuillez indiquer une période raisonnable de guérison.

Activité partielle    Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

12. Combien de temps votre patient a-t-il été ou sera-t-il continuellement et totalement invalide ? (Incapable de travailler)

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

13. Combien de temps votre patient a-t-il été ou sera-t-il partiellement invalide ?

(Capable d'accomplir certaines et non pas toutes les tâches relatives à son emploi ?)

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

14. Si le patient est encore invalide, veuillez indiquer quelles sont ses restrictions ou limitations physiques.

15. Noms des autres assureurs, commissions de compensation, organismes gouvernementaux à qui un rapport a été soumis.

### REMARQUES

DATE \_\_\_\_\_ SIGNÉ \_\_\_\_\_ MD

ADRESSE \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

PROVINCE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ TÉLÉCOPIEUR \_\_\_\_\_

INDICATIF RÉGIONAL

INDICATIF RÉGIONAL

**LE PATIENT EST RESPONSABLE DE L'OBTENTION DE CE FORMULAIRE ET DES HONORAIRES REQUIS POUR LE FAIRE REMPLIR**