

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNITÉ SUPPLÉMENTAIRE

PARTIE 1 : DÉCLARATION ET AUTORISATION À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

DEMANDE D'INDEMNITÉ NO. _____

1. Nom du demandeur (en lettres moulées) _____
Nom de famille Prénom Initiales (Code régional) No de téléphone
2. Adresse postale _____
Numéro et rue Ville Province Code postal
3. **a.** Quels soins médicaux avez-vous reçu depuis votre dernier rapport ? Traitements prescrits (ex. : Physiothérapie
Rayons X, autres tests, médicaments et dosage)

Nom et adresse du/des médecin(s)	Date(s) de consultation(s)	
- b.** Décrivez tout changement dans votre état (amélioration ou détérioration) depuis le dernier rapport.

4. Êtes-vous actuellement ou étiez-vous hospitalisé ? OUI NON
 Si OUI, veuillez fournir les renseignements suivants :
 - a.** Nom de l'hôpital : _____
 - b.** Dates d'hospitalisation : du Jour ____ mois ____ année ____ au : Jour ____ mois ____ année ____
 - c.** Veuillez expliquer : _____

5. Êtes-vous actuellement confiné à la maison ? OUI NON
 Si OUI, veuillez expliquer : _____

6. Veuillez indiquer la date de votre dernier jour de travail avant votre invalidité : Jour ____ mois ____ année ____
7. Êtes-vous toujours invalide pour la plupart des tâches liées à votre emploi régulier ? OUI NON
8. Si NON, à quelle date êtes-vous retourné au travail ? Jour ____ mois ____ année ____ Temps plein Temps partiel
 Nombre d'heures par jour _____ Nombre d'heures par semaine _____
9. Êtes-vous en mesure de faire des travaux légers ? OUI NON Si «OUI», faites-vous un travail léger en ce moment?
 OUI NON Si «OUI», **a.** Depuis quelle date Jour ____ mois ____ année ____
 - b.** Quelles sont vos tâches : _____
 - c.** Nom de l'employeur _____ **d.** Nombre d'heures travaillées par jour : _____
 - e.** Nombre de jours travaillés par semaine : _____
 - f.** Date à laquelle vous prévoyez retourner travailler à temps plein? Jour ____ mois ____ année ____
10. Quel est le solde approximatif de votre prêt ? _____
11. Recevez-vous des prestations pour accident ou maladie d'une autre source ? OUI NON
 Si «OUI», veuillez indiquer le nom de la source et le montant mensuel de la prestation :
 Source : _____ Montant de la prestation mensuelle : _____

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET PROFESSIONNELS

J'autorise tout médecin, hôpital, assureur, employeur ou toute autre organisation ou personne qui possède des archives, données ou renseignements me concernant, à transmettre sur demande de La Compagnie d'assurance-vie CUMIS, de telles archives, données ou de tels renseignements.

Je reconnais que les renseignements personnels fournis aux présentes seront utilisés par CUMIS aux fins de traitement de ma réclamation et à toutes autres fins légitimes conformément aux lois fédérales et provinciales applicables, selon le cas.

Une photocopie de cette autorisation aura la validité de l'originale.

J'atteste par les présentes, qu'au meilleur de ma connaissance, les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques.

Daté ce _____ jour de _____, 20 _____ Signature du demandeur _____

PARTIE 2 – DÉCLARATION SUPPLÉMENTAIRE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

DEMANDE D'INDEMNITÉ NO. _____

1. Nom du patient _____
2. Diagnostic de l'état actuel et date du début de son état : Jour ____ mois ____ année ____
- a. Primaire _____
- b. Secondaire (si applicable) et date du début de l'état : Jour ____ mois ____ année ____
- c. Limitations fonctionnelles actuelles _____
3. a. Indiquez les complications ou nouvelles affections indépendantes pouvant prolonger l'invalidité : _____
- b. Est-ce qu'une chirurgie a été prévue ou pratiquée ? OUI NON
- Si «OUI», veuillez indiquer le type de chirurgie _____ et la date : Jour ____ mois ____ année ____
4. Date de la dernière visite : Jour ____ mois ____ année ____
5. a. Avez-vous suivi ce patient de façon régulière ? OUI NON Si «NON», veuillez expliquer dans REMARQUES
- OUI – Fréquence des visites Hebdomadaires Mensuelles Autre (veuillez préciser) _____
- b. Le patient suit-il le programme de traitement recommandé ? OUI NON Si «NON», veuillez expliquer dans REMARQUES
- c. Veuillez indiquer les dates et les types de traitements reçus au cours des 3 à 6 derniers mois _____
6. Le patient est-il toujours complètement invalide ? (Incapable d'accomplir la plupart des tâches de sa profession habituelle)
- OUI Croyez-vous que l'invalidité du patient dépassera 4 mois à compter de ce jour ? OUI NON
- Veuillez indiquer la date à laquelle le patient pourra reprendre Temps plein _____ Temps partiel _____
son emploi régulier jour/mois/année jour/mois/année
- Veuillez indiquer la date à laquelle le patient pourra Temps plein _____ Temps partiel _____
reprendre un autre emploi jour/mois/année jour/mois/année
- NON Si «NON», veuillez indiquer la date à laquelle le patient était ou sera capable de _____
reprendre son emploi régulier jour/mois/année
7. Le patient est-il un candidat approprié pour un programme de réhabilitation et/ou de rééducation professionnelle pour obtenir un nouvel emploi ? OUI NON
- a. Si «OUI», à quelle date un tel programme peut-il débuter ? Jour ____ mois ____ année ____
- b. Si un tel programme est déjà en cours, quand a-t-il débuté ? Jour ____ mois ____ année ____
- c. Si «NON», auriez-vous l'obligeance d'expliquer : _____

Remplir cette section si l'invalidité est imputable à un TROUBLE CARDIAQUE

8. a. Capacité fonctionnelle (American Heart Ass'n) Catégorie 1 (Aucune limitation) Catégorie 2 (Limitation légère)
- Catégorie 3 (Limitation marquée) Catégorie 4 (Limitation totale)
- b. Tension artérielle _____ (Relevés représentatifs et dates des 3 dernières visites)

REMARQUES _____

Nom du médecin (en lettres moulées) _____

Adresse _____

No de téléphone (code régional) _____

Signature _____

Date _____

No de télécopieur (code régional) _____

Les renseignements fournis aux présentes seront utilisés par CUMIS aux fins de gestion des sinistres et à toutes autres fins légitimes conformément aux lois fédérales et provinciales applicables, selon le cas.

SAUF INTERDICTION LÉGALE, IL INCOMBE AU PATIENT D'ASSUMER LES COÛTS RELATIFS À LA PRÉPARATION DE CE FORMULAIRE.