

Accident – Preuve de sinistre :

Invalidité / Mutilation

La présentation de ce formulaire et l'enquête relative à la demande de règlement ne doivent pas être considérées comme une reconnaissance de responsabilité de l'Assureur ni comme une renonciation à toutes dispositions de l'assurance souscrite.

Les parties 1, 2 et 3 doivent être remplies par le Demandeur, Les parties 4 et 5 par le Médecin traitant.

Partie 1 – Demandeur

Nom de la caisse populaire	
Nom du demandeur	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Adresse (incluant le numéro municipal, le nom de la rue, la ville, la province et le code postal)	
Nom et adresse de l'employeur	
Profession et tâches	

Partie 2 – Historique de la Blessure ou de la Déclaration d'invalidité

1. Date de l'accident :	<input type="text"/>	à	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> am	<input type="checkbox"/> pm
2. Veuillez expliquer en détails comment et où est survenu l'accident :	<input type="text"/>				
3. Étiez-vous au travail ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Veuillez décrire les blessures :		
<input type="text"/>					
4. À quelle date êtes-vous devenu totalement ou partiellement invalide et incapable d'accomplir tout travail ? (jj/mm/aaaa)	<input type="text"/>				
5. Avez-vous été hospitalisé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Nom de l'hôpital					
Adresse (incluant le numéro municipal, le nom de la rue, la ville, la province et le code postal)					
Date d'admission (jj/mm/aaaa)	Heure d'admission	<input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm	Date du congé (jj/mm/aaaa)	Heure du congé	<input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm

Accident – La Preuve de sinistre en vertu de la Garantie Accident est souscrite par la Compagnie d'assurance générale CUMIS.

Partie 2 – Historique de la Blessure ou de la Déclaration d’invalidité (suite)

6. Quels médecins avez-vous consultés durant votre invalidité actuelle et pour toutes autres causes dans les 5 dernières années ?

Nom du médecin 1	
Adresse 1 (incluant le numéro municipal, le nom de la rue, la ville, la province et le code postal)	
Dates (jj/mm/aaaa)	Maladie ou état
Nom du médecin 2	
Adresse 2 (incluant le numéro municipal, le nom de la rue, la ville, la province et le code postal)	
Dates (jj/mm/aaaa)	Maladie ou état

7. Si vous n’étiez pas totalement invalide, à quelle date avez-vous été capable d’accomplir une partie des tâches de votre emploi ? (jj/mm/aaaa)

Veillez indiquer les tâches importantes que vous étiez capable d’accomplir pendant ce rétablissement partiel :

8. À quelle date avez-vous été apte à retourner au travail à temps plein ? (jj/mm/aaaa)

9. Si vous êtes toujours invalide, quand prévoyez-vous retourner au travail à temps plein ? (jj/mm/aaaa)

Partie 3 – Signature du demandeur

J’autorise par la présente tout Hôpital, Médecin ou toute autre personne m’ayant prodigué des soins ou examiné, à communiquer sur demande de l’Assureur ou de son représentant, toute information concernant toute maladie ou blessure, tous antécédents médicaux, toutes consultations, prescriptions ou ordonnances, ainsi que les copies de tous dossiers d’hôpital ou médicaux. Une photocopie de la présente autorisation aura à tous les égards la même valeur qu’un document original.

Signature du demandeur	Date (jj/mm/aaaa)
------------------------	-------------------

Adresse (incluant le numéro municipal, le nom de la rue, la ville, la province et le code postal)

Veillez demander à votre médecin de remplir les parties 4 et 5 et d’apposer sa signature

Partie 4 – Déclaration du médecin traitant

Nom du patient

Date de la blessure (jj/mm/aaaa)

1. Nature de la blessure (Décrire les complications s'il y a lieu)

2. S'il s'agit d'une fracture ou luxation, est-elle complète ou incomplète :

3. Date de la première manifestation des symptômes ou de l'accident :
(jj/mm/aaaa)

4. Quand le patient vous a-t-il consulté la première fois pour ce trouble ?
(jj/mm/aaaa)

5. Le patient a-t-il déjà souffert de ce trouble ou d'un trouble similaire ? OUI NON

Si « OUI », veuillez fournir la date et les détails

6. Veuillez décrire toute autre maladie ou déficience ayant une incidence sur son état actuel :

7. Veuillez décrire la nature de toutes interventions chirurgicales et indiquer les dates et types de traitements :

8. Le patient est-il toujours sous vos soins pour cet état ? OUI NON

Si « NON » indiquer la date : (jj/mm/aaaa)

9. Si le patient a été hospitalisé, veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'hôpital :

Nom de l'hôpital

Adresse de l'hôpital (incluant le numéro municipal, le nom de la rue, la ville, la province et le code postal)

Partie 4 – Déclaration du médecin traitant (suite)

10. Le patient est-il toujours totalement invalide
(incapable d'accomplir la plupart des tâches de son emploi régulier): OUI NON

Si « OUI », veuillez indiquer la date à laquelle le patient sera apte
à reprendre son emploi régulier : (jj/mm/aaaa)

Si « NON » veuillez indiquer la date à laquelle le patient était
ou sera apte à reprendre son emploi régulier : (jj/mm/aaaa)

Commentaires :

Partie 5 – Signature du médecin

Signature du médecin traitant

Date (jj/mm/aaaa)

Adresse (incluant le numéro municipal, le nom de la rue, la ville, la province et le code postal)