

Numéro de Police : \_\_\_\_\_

### DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Nom de famille :

Prénom :

Adresse :

(Numéro et rue)

App./Unité Numéro :

N° de téléphone : ( )

Ville :

Province :

Code postal :

Date de

Naissance (M/J/A) :

Taille :

Poids : Sexe :

Homme

Femme

1. Date de l'accident (M/J/A) : \_\_\_\_\_
2. Tous les détails de l'accident et blessure subie : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Avez-vous déjà eu une blessure similaire ? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_  
Dans l'affirmative, veuillez préciser (y compris la date) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Nom et adresse de votre médecin : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Date et lieu du premier traitement par votre médecin : \_\_\_\_\_
6. Nom et adresse de tout autre médecin qui vous a traité à la suite de cet accident : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Recevez-vous présentement ou recevrez-vous une prestation d'invalidité ou une prestation de la CSST, de l'assurance-emploi ou d'assurance maladie ou dentaire ? Non ( ) Oui ( ) Si OUI, veuillez indiquer le nom de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Type de prestation \_\_\_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_ \$ Date du début des versements : \_\_\_\_\_
8. (a) Êtes-vous/étiez-vous totalement invalide ? Oui ( ) Non ( ) Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
(b) Êtes-vous/avez-vous été obligé de rester chez vous ? Oui ( ) Non ( ) Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
(c) Êtes-vous/avez-vous été hospitalisé ? Oui ( ) Non ( ) Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Dans l'affirmative, nom et adresse de l'hôpital : \_\_\_\_\_
  9. (a) Date de retour au travail – À TEMPS PLEIN ? Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ AM/PM  
(b) Date de retour au travail – À TEMPS PARTIEL ? Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ AM/PM
- Je certifie par la présente que les réponses ci-dessus sont véridiques et complètes.**

#### AUTORISATION MÉDICALE

**AVIS RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :** Je comprends que les renseignements fournis par moi dans le présent formulaire et autrement dans le cadre de ma demande de règlement sont requis par Compagnie d'Assurance Chartis du Canada, ses réassureurs et administrateurs autorisés (« l'assureur ») afin d'évaluer mon admissibilité aux prestations, y compris mais non de façon limitative, afin de déterminer si la couverture est en vigueur, d'étudier si des exclusions s'appliquent et de coordonner la couverture avec tout autre assureur. À ces fins, l'assureur consultera également ses dossiers d'assurance actuels à mon sujet, recueillera des renseignements supplémentaires à mon sujet et de ma part et, lorsque requis, obtiendra et échangera des renseignements avec d'autres parties.

**ATTESTATION :** Les renseignements fournis dans le présent formulaire et autrement relativement à mes demandes de règlement sont, au meilleur de ma connaissance, exacts et complets. En cas d'une fausse déclaration ou de renseignements de nature à induire en erreur en remplissant le présent formulaire, la couverture peut être résiliée, le versement des prestations peut être refusé et le versement des prestations passé peut être recouvré. Je conviens de rembourser à l'assureur le montant de tout versement qui n'aurait pas dû avoir été effectué relativement à ma demande.

**AUTORISATION :** J'autorise, pour une période d'au moins douze mois et d'au plus vingt-quatre mois à partir de la date de la signature du présent formulaire, tout médecin, praticien, fournisseur de soins de la santé, hôpital, établissement de santé, organisme médical, toute clinique et tout autre établissement médical ou relié à la médecine, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute commission des accidents du travail ou tout régime ou organisme semblable, l'administrateur de tout régime d'assurance, tout service du gouvernement fédéral, territorial ou provincial ou toute autre corporation, organisation, institution ou association à divulguer et à échanger avec Compagnie d'Assurance Chartis du Canada ou ses représentants, toute information sur la santé personnelle, le versement des prestations ou les finances à mon sujet ou toute autre information ou dossier à mon sujet en leur possession qui pourrait être demandé en rapport avec l'administration de la présente demande de règlement. Je conviens qu'une copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Date :

Signature du demandeur :

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) Nom : _____ Adresse : _____ Numero de téléphone : _____	Nom du patient (en caractères d'imprimerie) Nom : _____ Adresse : _____ Numero de téléphone : _____			
Diagnostic, y compris les complications (en cas de fracture, veuillez préciser l'os et le genre de fracture) et nature de la blessure :				
DATE DES	Premiers soins De la perte actuelle	M	J	A
Description de tout programme de traitement proposé et prescrit : _____				
Date du prochain rendez-vous de suivi : _____				
Est-ce que votre patient est totalement invalide et incapable d'exercer les fonctions de son emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Veuillez indiquer la durée de l'invalidité totale : Du : _____ au : _____				
Date prévue du retour au travail : _____				
Votre patient a-t-il été hospitalisé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Dans l'affirmative, nom et adresse de l'hôpital et date d'admission : _____				
Noms et adresses des autres médecins ou chirurgiens, le cas échéant, qui ont traité le demandeur : _____				
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT, À MA CONNAISSANCE, EXACTS ET COMPLETS.				
DATE : _____ SIGNATURE : _____ M.D.				
ADRESSE : _____				