

Nom _____ N° de Compte _____ N° de Réclamation _____

Formulaire de réclamation d'assurance invalidité

AUTORISATION RELATIVE AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Par la présente, j'autorise et j'incite tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique ou tout autre établissement médical ou paramédical, compagnie d'assurance, employeur, commission des accidents du travail, Emploi et Développement social, ainsi que toutes autres organisation, établissement, association ou personne qui possède actuellement ou qui pourrait posséder dans le futur des dossiers ou des renseignements à mon égard au sujet de ma personne, de mon état de santé, de mes antécédents d'emploi, des prestations payées ou de toute autre information connexe, à divulguer à la compagnie d'assurance Triton, ses représentants autorisés et ses réassureurs, à la demande de la compagnie d'assurance Triton, tout renseignement pertinent à l'administration de ma réclamation. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'autorisation originale.

En signant et en soumettant le présent formulaire de demande d'indemnité en votre propre nom, vous consentez à la cueillette, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels.

Signature _____

Date

J	J
---	---

 /

M	M
---	---

 /

A	A
---	---

REMARQUE : Nous ne demanderons pas de résultats de tests génétiques et, dans le cas où nous les recevions par inadvertance, nous n'utiliserons pas les résultats de tests génétiques pour déterminer l'admissibilité à la couverture ou pour déterminer les prestations d'indemnité.

DIRECTIVES

1. Veuillez dûment remplir toutes les sections et les cases du formulaire.
2. Succursale: Veuillez joindre une copie de la demande d'assurance protection du prêt, Demande de crédit et historique des paiements les plus récents.
3. Gardez une copie pour vos dossiers. Nous attirons votre attention sur le fait que les courriels ne sauraient être considérés comme un moyen sûr de transmettre des renseignements personnels ou médicaux.

REMARQUE: Les formulaires modifiés seront refusés.

Nom _____ N° de Compte _____ N° de Réclamation _____

Formulaire de réclamation d'assurance invalidité - Déclaration de l'assuré - Cette section doit être remplie par l'assuré.

Date d'absence du travail pour invalidité totale

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

Date de naissance

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

Adresse postale complète

Ville

Province

Code postal

Êtes-vous retourné au travail? Oui Non

Si oui, date du retour au travail

Cette invalidité est attribuable à
 Une maladie Une blessure
 Un accident

Date à laquelle l'invalidité est survenue? Si l'invalidité se produit par suite de blessure accidentelle, veuillez également indiquer la date à laquelle la blessure s'est produite.

Veuillez indiquer les noms et adresses de tous les médecins qui vous ont traité au cours des 2 dernières années, et les dates de la première consultation. Si l'espace ci-après est insuffisant, veuillez joindre une feuille distincte.

Nom du médecin

Date du premier contact

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

Adresse postale complète

Ville

Province

Code postal

Nom du médecin

Date du premier contact

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

Adresse postale complète

Ville

Province

Code postal

J'atteste, au mieux de mes connaissances et convictions, que les déclarations qui précèdent, y compris toute déclaration qui les accompagne, sont véridiques, exactes et complètes.

Signature

Date

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

Nom _____ N° de Compte _____ N° de Réclamation _____

Formulaire de réclamation d'assurance invalidité - Déclaration de l'Employeur - Section à remplir par l'employeur

Dernier jour de travail / / Date du retour au travail / /

Date de la cessation d'emploi, le cas échéant / /

Signature de la personne remplissant cette section

Date

JJ / MM / AA

Nom en caractères d'imprimerie

Titre

Nom de l'entreprise

Adresse postale complète

Ville:

Province

Code postal

N° de téléphone

N° de télécopieur

Nom _____ N° de Compte _____ N° de Réclamation _____

Formulaire de réclamation d'assurance invalidité - Déclaration du Médecin Traitant - Section à remplir par le médecin traitant

Notre politique définit une invalidité totale comme étant « une invalidité se produisant par suite de blessure ou de maladie qui se poursuit sans interruption pendant 30 jours consécutifs ou plus et qui empêche la personne assurée d'effectuer les tâches exigées par son emploi principal ».

Patient totalement invalide
et incapable de travailler

Du

 /

 /

 Au

 /

 /

Date de la première visite

 /

 /

 Toutes les dates subséquentes de visite _____

Diagnostic principal

Facteur aggravant / complications de l'invalidité

Si elles sont liées à une grossesse, indiquez la date prévue de l'accouchement ainsi que toute complication, le cas échéant

Dates des interventions chirurgicales

En cas d'hospitalisation, veuillez préciser les dates

Cette invalidité est attribuable à une maladie une blessure un accident

Le patient a-t-il déjà présenté la même condition ou une condition similaire? Oui Non Le cas échéant, veuillez préciser quand et décrire la condition _____

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

Quand a-t-il repris son emploi ou pourra-t-il exécuter quelques-unes des tâches de son emploi? _____ 0 à 3 mois 4 à 6 mois 7 mois ou plus Jamais

Nom du médecin référant _____ Date à laquelle le patient vous a été acheminé
JJ / MM / AA

Adresse postale complète du médecin référant _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Signature du médecin traitant _____ Date
JJ / MM / AA

Nom du médecin traitant en caractères d'imprimerie

Adresse postale complète _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

N° de téléphone _____ N° de télécopieur _____