

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

Formulaire de réclamation d'assurance invalidité continue

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 recevons 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. 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 continue - Déclaration de l'assuré - Cette section doit être remplie par l'assuré.

Êtes-vous retourné au travail? Oui Non Si oui, date du retour au travail

--	--

 /

--	--

 /

--	--

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

--	--

 /

--	--

 /

--	--

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

--	--

 /

--	--

 /

--	--

Diagnostic et chirurgies récentes _____

À quelle fréquence les traitements sont-ils administrés? Une fois par semaine Une fois par mois autre Date de la dernière visite _____

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

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 _____