

ATTESTATION D'INVALIDITE TOTALE ET TEMPORAIRE

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR Joindre : Une photocopie de la carte d'inscription de l'employé ou preuve d'inscription.

Nom du titulaire de la police	
Nom et prénoms de l'employé	Numéro du document d'assurance
Date de la garantie (employé) mois jour année	Date de la garantie (personne à charge) mois jour année
Au moment de l'accident, la prime avait-elle été versée et la garantie était-elle en vigueur ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Montant de la garantie \$	Montant de la demande de règlement \$

Fait à _____, ce _____ jour de _____ 20____

Signature

Titre

DÉCLARATION DU DEMANDEUR Joindre : La déclaration du médecin

Détails de l'Accident (Si approprié)

Date et heure de l'accident mois jour année	<input type="checkbox"/> avant-midi <input type="checkbox"/> après-midi	Avez-vous subi l'accident dans l'exercice de vos fonctions ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Donnez tous les détails de l'accident :		
A quelle date avez-vous vu un médecin pour la première fois ?		
Nom et adresse de tous les médecins traitants :		

J'affirme par le présente que les déclarations que j'ai faites ci-dessus sont complètes, véridiques et exactes.

Signature de l'employé

Témoïn

Date

AUTORISATION DE DIVULGATION

J'AUTORISE tout médecin, hôpital, clinique, établissement médical ou paramédical, compagnie d'assurance ou de réassurance, bureau d'information médicale, agence de protection du consommateur ou employeur à fournir à Sutton Special Risk, ou à son représentant, les renseignements dont il dispose sur l'état physique ou mental de mon conjoint, de mes enfants admissibles ou de moi-même, ainsi que sur le diagnostic, le traitement et le pronostic de cet état.

JE SAIS que les renseignements obtenus au moyen de cette autorisation seront utilisés par Sutton Special Risk, pour déterminer l'admissibilité à la garantie ou aux indemnités découlant de la garantie actuelle. Sutton Special Risk, ne transmettra aucun des renseignements obtenus à qui ce sonit, SAUF à l'assureur ou aux personnes ou entreprises fournissant des services juridiques ou professionnels liés à ma demande, à moins que la loi ne l'exige ou que je ne donne mon autorisation.

JE SAIS que je puis demander une copie de la présente autorisation. JE RECONNAIS la validité d'une copie photographique de cette autorisation, au même titre que l'original. JE RECONNAIS la valeur de cette autorisation pour les deux années qui suivent la date indiquée ci-dessous.

Signature de l'employé

Témoïn

Date

ATTESTATION D'INVALIDITE TOTALE ET TEMPORAIRE

ATTESTATION DU MÉDECIN

Nom du patient	Date de naissance
Adresse	

1. A quel moment les symptômes se sont-ils manifestés, l'accident s'est-il produit ou la blessure a-t-elle été subie ?
2. Date de premier examen par le médecin ?
3. L'état du patient est-il attribuable à une maladie, ou à une blessure découlant de son emploi ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4. L'état du patient est-il causé par une maladie, ou par un accident ou une blessure ?
5. Le patient a-t-il déjà connu un état identique ou du même genre ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, indiquer la date et préciser :
6. Dates du traitement a) date de la première visite _____ b) date de la dernière visite _____ c) fréquence des visites : une fois par semaine _____ par mois _____ autre (préciser) _____
7. Nature du traitement (y compris, s'il y a lieu, les interventions chirurgicales et les médicaments prescrits)
8. Diagnostic et causes contributives
9. L'accident ou la maladie en question a entraîné l'invalidité totale du patient depuis
10. Le patient est-il retourné au travail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, date de retour _____ Si non, date de retour prévu _____
11. Remarques

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)	Téléphone :
Adresse	

Signature

Date