

En fournissant cette formule, la Compagnie n'admet aucune responsabilité et ne renonce à aucun de ses droits. À remplir et à retourner dans les quinze jours.



**B.F. LORENZETTI & ASSOC. INC.**  
Courtiers d'assurances internationaux / International Insurance Brokers



2001 McGill College Suite 2200, Montréal,  
Québec, H3A 1G1

Tél: (514) 843-3632 / 1-800-465-2842  
Fax: (514) 843-8280 / (514) 843-3842  
Email: reclamations@BFL87.ca

**DEMANDE DE RÉGLEMENT ASSURANCE - ACCIDENT**

TITULAIRE DE LA POLICE COLLECTIVE	NOM DE VOTRE CLUB	No. DE POLICE	No. DE CERTIFICAT
NOM AU COMPLET DE L'ASSURÉ	ADRESSE	VILLE	PROVINCE
DATE DE NAISSANCE	TAILLE & POIDS	ÉTAT CIVIL	TÉLÉPHONE
PROFESSION AVANT L'INVALIDITÉ	FONCTIONS	GAINS MENSUELS	GAINS HEBDOMADAIRES
<b>1</b> Donnez tous les détails sur la blessure ou la maladie dont vous souffrez actuellement. Si c'est une blessure dites quand, où et comment elle s'est produite.		MALADIE <input type="checkbox"/> BLESSURE <input type="checkbox"/>	
<b>2 A</b> Ce même état ou un état semblable, s'est-il déjà produit chez vous précédemment?  <b>B</b> Si oui, décrivez-en la nature, les dates de traitement ainsi que les noms et adresses des médecins traitants des hôpitaux et des cliniques		OUI <input type="checkbox"/> état(s): _____  NON <input type="checkbox"/> Dates: _____	
<b>3 A</b> Donnez la date exacte à laquelle la maladie est survenue ou l'accident s'est produit. <b>B</b> Quand avez-vous consulté un médecin pour cet état pour la première fois? <b>C</b> Quand êtes-vous devenu totalement invalide (incapable de travailler)? <b>D</b> Quand êtes-vous redevenu capable d'exercer partiellement les fonctions propres à votre professions? <b>E</b> Quand êtes-vous redevenu capable d'exercer toutes les fonctions propres à votre profession? <b>F</b> Si vous êtes totalement invalide, quand pensez-vous que cette invalidité se terminera?		<b>A</b> Date: _____ <b>B</b> Date: _____ <b>C</b> Date: _____ <b>D</b> Date: _____ <b>E</b> Date: _____ <b>F</b> Date: _____	
<b>4</b> Hôpitaux (Donnez les noms au complet avec les adresses, ainsi que les dates d'hospitalisation.)	NOMS	ADRESSES	DU AU
<b>5 A</b> Donnez les noms, adresses et numéros de téléphone de tous les médecins traitants.	NOMS	ADRESSES	Nos. DE TÉLÉPHONE
<b>B</b> Donnez le noms, l'adresse et le numéro de téléphone de votre médecin de famille habituel			
<b>6</b> Par quelle autre assurance êtes-vous couvert contre les accidents, la maladie ou l'invalidité, et qu'elles sont les autres organisations ou compagnies qui vous ont payé des indemnités pour maladie ou blessures?	NOMS	ADRESSES	PRESTATION
<b>7</b> Autres traitements médicaux ou chirurgicaux subis au cours des 5 dernières années? (Donnez les dates, la nature de la maladie ou de la blessure ainsi que les noms et adresses de tous les médecins traitants, hôpitaux et cliniques).			
<b>8</b> Noms et adresses des employeurs, durée d'emploi chez chacun d'eux.	NOMS	ADRESSES	DU AU

J'autorise par les présentes tout hôpital, tout médecin ou toute autre personne m'ayant soigné, ainsi que tout employeur, à fournir à LA COMPAGNIE D'ASSURANCE COMMERCE & INDUSTRIE DU CANADA ou ses représentants, des renseignements complets sur toute maladie ou blessure, tous antécédents médicaux, consultations, ordonnances ou traitements, ainsi que des copies des dossiers d'hôpital, médicaux ou d'employeurs. Je conviens qu'une photocopie de la présente autorisation aura la même valeur que l'original.

Approuvé par:

Dr. \_\_\_\_\_  
Médecin Traitant

Date: \_\_\_\_\_  
Signez votre nom au complet \_\_\_\_\_



2001 McGill College Suite 2200,  
 Montréal, Québec, H3A 1G1

Tél: (514) 843-3632 / 1-800-465-2842  
 Fax: (514) 843-8280 / (514) 843-3842  
 Email: reclamations@bf-lorenzetti.ca

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT  
 DEMANDE DE RÈGLEMENT – ASSURANCE-ACCIDENT**

Nom et adresse du patient	ÂGE
<b>1 A</b> Diagnostic et état concomitant (en cas de fracture ou de luxation, indiquez-en la nature et l'emplacement).  <b>B</b> L'état du patient est-il dû à une blessure ou à une maladie découlant de son emploi? Si "Oui" expliquez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>2 A</b> Quand les premiers symptômes ont-ils apparus ou l'accident est-il survenu? <b>B</b> Quand le patient vous a-t-il consulté pour la première fois au sujet de son état actuel? <b>C</b> Le patient a-t-il jamais présenté le même état ou un état semblable? Si "Oui" donnez-en la date et la description	Date _____ Année: _____ Date _____ Année: _____ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>3 A</b> S'il y a eu intervention chirurgicale ou obstétricale, donnez tous les détails.  <b>B</b> Montant imputé au patient pour une telle intervention y compris les soins postopératoires.  <b>C</b> Si elle a eu lieu à l'hôpital, donnez le nom de l'hôpital.	Date de l'intervention _____ Année: _____ \$ _____ _____ à l'hôpital <input type="checkbox"/> à la clinique externe <input type="checkbox"/>
<b>4</b> S'il y a eu d'autres traitements médicaux (non chirurgicaux), donnez-en les dates.	au cabinet _____ au domicile _____ à l'hôpital _____ à la maison de convalescences _____
<b>5</b> Si vous avez fourni d'autres services au patient, donnez-en les détails, les dates et les honoraires.	
<b>6</b> Le patient a-t-il eu besoin de soins privés d'une infirmière diplômée?	
<b>7</b> Le patient est-il encore sous vos bons soins pour cet état? Sinon, donnez la date à laquelle vos services ont été terminés.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date _____ Année: _____
<b>8 A</b> Quelle a été ou sera la durée de l'invalidité totale et continue du patient? (Son incapacité de travailler?).  <b>B</b> Quelle a été ou sera la durée de son incapacité partielle?  <b>C</b> Si le patient a dû garder le lit, donnez-en les dates	À partir du _____ année:_____ au _____ année:_____ À partir du _____ année:_____ au _____ année:_____ Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À partir du _____ année:_____ au _____ année:_____ 
<b>9</b> Savez-vous si le patient est couvert par une autre assurance-maladie? Si "Oui" veuillez l'identifier.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**REMARQUES**

DATE	SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT	GRADE	TÉLÉPHONE
ADRESSE	VILLE OU MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL