



## FORMULAIRE DE RÉCLAMATION - PLAN DE PROTECTION DE PAIEMENT- INDEMNITÉ POUR INVALIDITÉ

(après 30 jours d'invalidité consécutif)

Pour nous permettre d'évaluer votre demande, vous devez répondre **COMPLÈTEMENT** à **TOUTES** les questions.

### INSTRUCTIONS

1. Le Demandeur remplit la Partie 1.
2. L'Employeur remplit la Partie 2.
3. Le médecin remplit la Partie 3.
4. S'il y a des frais pour remplir le questionnaire, ils relèvent de la responsabilité du Demandeur.

Une fois que vous avez rempli toutes les sections

veuillez envoyer ce formulaire dans une enveloppe scellée à :

TRANS GLOBAL INSURANCE GROUP  
Suite 275, 16930-114 Avenue  
Edmonton, Alberta T5M 3S2  
Téléphone : 1-844-930-6022  
Télécopieur : 1-844-930-6021  
Adel : [tgi@transglobalinsurance.ca](mailto:tgi@transglobalinsurance.ca)

### Partie 1 : Autorisation du Demandeur (Lettres moulées, SVP)

N° de compte ou de carte :

Nom du titulaire principal de la carte (premier nom sur le relevé de compte de la carte de crédit) | Date de naissance (M/J/A)

Adresse (N° appartement, rue, ville, province, code postal) | N° de téléphone (avec indicatif régional)  
( ) -

**DÉCLARATION et AUTORISATION** : JE CERTIFIE que toutes les informations que j'ai données dans ce formulaire sont vraies et exactes. J'AUTORISE mon employeur, médecin, hôpital, société d'assurance, organisme chargé de l'application de la loi, services d'incendie ou toute autre organisation ou personne qui possède des archives, des données ou des informations sur cette demande à fournir ces archives, données ou informations à TRANS GLOBAL INSURANCE GROUP ou à son représentant autorisé (collectivement « TGI ») si nécessaire. J'autorise également TGI à partager les informations contenues dans ce formulaire avec les tierces parties qui seront nécessaires pour traiter ma demande. Je comprends qu'en signant cette autorisation, je renonce au droit que ces informations soient privilégiées. Une reproduction de cette autorisation sera aussi valide que la copie originale.

Signature du Demandeur X | Date (M/J/A)

### Partie 2 : Déclaration de l'employeur - à compléter par l'employeur le plus récent (Lettres moulées, SVP)

Nom complet de l'employé(e) : \_\_\_\_\_ Poste de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

Cocher la raison de la perte involontaire de l'emploi.

- Invalidité       Devoirs militaires       Mise à pied       Lockout     Résignation volontaire  
 Mise à pied saisonnière     Retraite       Grève générale       Licenciement \*     Autre \_\_\_\_\_

Type d'emploi :

- Temps plein     Temps partiel     Saisonnier     Temporaire      Combien d'heures par semaine? \_\_\_\_\_

Premier jour travaillé (M/J/A) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Dernier jour travaillé (M/J/A) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Retour au travail?     Oui     Non      Si oui, à quelle date ? (M/J/A) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature autorisée de l'employeur : \_\_\_\_\_      Titre : \_\_\_\_\_

Adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_      Ville / Province : \_\_\_\_\_      Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_      Date (M/J/A): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Partie 3 : Déclaration du médecin traitant (Lettres moulées, SVP)

#### 1 HISTORIQUE

- a) Première apparition des symptômes (M/J/A) \_\_\_\_\_
- b) Date de fin d'emploi en raison de l'invalidité (M/J/A) \_\_\_\_\_
- c) Le patient a-t-il déjà souffert de la même condition ou d'une condition similaire (encercler)?    Oui    Non    Ne sait pas

Si oui, dire quand et donner une description : \_\_\_\_\_

SUITE AU VERSO

INVALIDITÉ - GÉNÉRAL

d) Si le diagnostic est une grossesse, donner la DAA. Date (M/J/A) \_\_\_\_\_

e) Noms et spécialités des autres médecins traitants :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2 DIAGNOSTIC (incluant toutes les complications, s'il y a lieu)

a) Primaire \_\_\_\_\_

b) Conditions ou complications supplémentaires \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 3 DATES DES TRAITEMENTS

a) Date de la première visite pour la condition actuelle (M/J/A) \_\_\_\_\_

b) Date de la visite la plus récente (M/J/A) \_\_\_\_\_

c) Fréquence des visites (encercler) Hebdomadaires Mensuelles Autre (spécifier) \_\_\_\_\_

d) Date d'admission à l'hôpital (jour, mois, année) \_\_\_\_\_ Date de sortie (jour, mois, année) \_\_\_\_\_

## 4 PROGRÈS

Le patient (encercler) : est guéri s'est amélioré ne s'est pas amélioré a régressé

a) Le patient suit-il le programme de traitement qui lui a été recommandé (encercler)? Oui Non (veuillez élaborer) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5 INFIRMITÉ MENTALE / NERVEUSE (s'il y a lieu)

a) Historique

Événements chronologiques ayant mené à la condition \_\_\_\_\_

Problèmes au travail reliés à la maladie? \_\_\_\_\_

Personnalité prémorbide? \_\_\_\_\_

Diagnostic d'Axe II \_\_\_\_\_

Dynamiques actuelles d'importance \_\_\_\_\_

Changements dans les ADLVQ \_\_\_\_\_

Facteurs de risque familiaux \_\_\_\_\_

Progrès dans le plan de traitement \_\_\_\_\_

b) Les symptômes du patient sont-ils liés à la consommation de drogue ou d'alcool (encercler)? Oui Non

c) Si oui, le patient suit-il un programme de désintoxication (encercler)? Oui Non Si oui, dans quel établissement \_\_\_\_\_

d) Votre patient a-t-il déjà suivi un programme de désintoxication (encercler)? Oui Non Si oui, quand \_\_\_\_\_

## 6 PROGNOSTIC

a) Pronostic pour la guérison médicale \_\_\_\_\_

b) Date prévue de retour au travail (M/J/A) \_\_\_\_\_

c) Autres facteurs retardant la guérison \_\_\_\_\_

**Je certifie par la présente que les informations ci-dessus sont fondées sur des probabilités médicales raisonnables et qu'à ma connaissance, elles sont vraies et exactes.**

Nom du médecin traitant (*lettres moulées, SVP*) \_\_\_\_\_ Spécialité \_\_\_\_\_ N° de téléphone (*incluant le code régional*)

( ) -

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal) \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date (M/J/A) \_\_\_\_\_

**INVALIDITÉ - GÉNÉRAL**