

Veillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région :

**Québec**

**Toutes les autres provinces**

C. P. 800, succursale Maison de la Poste  
Montréal (Québec) H3B 3K5

522, avenue University, bureau 400  
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

**N.B.** Pour une meilleure sécurité, privilégiez la poste pour l'envoi de renseignements personnels à iA Groupe financier.

**DÉCLARATION DU TITULAIRE DE LA POLICE**  
POUR ASSURER LE TRAITEMENT RAPIDE DE LA DEMANDE, VEUILLEZ RÉPONDRE  
À TOUTES LES QUESTIONS ET ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

Nom du titulaire de la police : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Nom de la personne autorisée : \_\_\_\_\_

**PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT**

1. Nom du participant : \_\_\_\_\_

2. N° de police : \_\_\_\_\_ N° de division : \_\_\_\_\_ N° de catégorie : \_\_\_\_\_

3. N° de certificat : \_\_\_\_\_

4. Emploi : \_\_\_\_\_

5. Date d'embauche : 

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Date de prise d'effet du certificat : 

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

6. Dernier jour au travail : 

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Montant d'assurance : \_\_\_\_\_ \$

7. Veuillez ajouter tout autre commentaire pouvant être utile à l'étude de la demande.

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

Je certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Signature autorisée X \_\_\_\_\_ 

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---



## RÉCLAMATION ET INFORMATION COMPLÉMENTAIRE (SUITE)

5. Veuillez préciser les traitements que vous avez suivis, en indiquant les détails et les dates de tout examen subi dans un hôpital ou de tout traitement reçu lors d'une hospitalisation.

---

---

---

6. Un membre de votre famille a-t-il déjà souffert d'une maladie similaire ou d'une maladie qui y est liée? Si oui, quel est votre lien de parenté? Quelle est la nature de la maladie et à quelle date l'a-t-on diagnostiquée?

---

---

---

7. Veuillez indiquer les noms, adresses et numéros de téléphone de tous les médecins ou hôpitaux auprès desquels vous avez subi des traitements pour la maladie (veuillez inclure les dates).

---

---

---

8. Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre médecin de famille.

---

---

---

## CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT ET DU DEMANDEUR (SI DIFFÉRENT)

**JE CONFIRME**, par les présentes, qu'à ma connaissance, l'information fournie dans cette réclamation au titre d'une garantie en cas de maladie grave est véridique et complète.

Si cette réclamation est soumise au nom de mon conjoint ou d'un de mes enfants à charge, **JE CONFIRME** que je suis autorisé à divulguer l'information concernant ces derniers aux fins de traitement de cette demande.

Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom :

1. **JE CONSENS** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire de réclamation soit divulguée à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la Société »), à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la réclamation; et

**JE COMPRENDS ET JE RECONNAIS** que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la réclamation, la Société aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la réclamation avec tout organisme réglementaire, tout organisme d'investigation ou gouvernemental, toute organisation qui fournit des soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, mon employeur ou toute autre partie, comme prévu par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

**JE COMPRENDS** que l'information personnelle peut être divulguée aux personnes autorisées en vertu de la loi qui s'applique au Canada ou à l'étranger.

2. **J'AUTORISE** tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, toute organisation médicale, compagnie d'assurance ou compagnie de réassurance, commission d'indemnisation des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur, ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée à communiquer à la Société, à ses

employés, à ses représentants et à ses fournisseurs de services tout renseignement qui pourrait leur être nécessaire dans l'évaluation de la réclamation.

**J'ACCEPTÉ** que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale à des fins d'identification, lorsque nécessaire, pour l'administration de mon régime d'assurance collective.

**JE RECONNAIS** qu'une photocopie de la présente confirmation/autorisation a la même validité que l'original. Je comprends qu'en recevant ce formulaire et en analysant ou en acceptant des preuves au titre de cette réclamation, la Société ne sera pas tenue d'admettre la validité de la demande, ni de renoncer à ses droits pour défendre la demande survenue en vertu de la police collective.

Signature du participant (obligatoire) **X** \_\_\_\_\_

A	A	A	A	M	M	J	J

Signature du demandeur (si différent) **X** \_\_\_\_\_

A	A	A	A	M	M	J	J

**AVIS RELATIF AU DÉLAI DE PRESCRIPTION**

Certaines lois nous obligent à vous informer que la demande que vous nous avez soumise en vertu de votre police collective est régie par un délai de prescription stipulé dans la Loi sur les assurances ou dans toute autre loi qui s'applique dans votre province (par exemple, la Loi de 2002 sur la prescription des actions (Ontario) ou le Code civil (Québec). Cela signifie que vous ne pouvez plus tenter de poursuites après un certain délai. Vous devez obtenir des conseils émanant d'une source indépendante au sujet de ce délai.

**COORDONNÉES DU PARTICIPANT (CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PARTICIPANT.)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_  
A A A A M M J J

N° de certificat : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

À remplir en caractères d'imprimerie et à remettre au patient.

**PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.**

Nom et prénom du patient : \_\_\_\_\_ Date du diagnostic : \_\_\_\_\_  
A A A A M M J J

1. Principal : \_\_\_\_\_

2. Secondaire : \_\_\_\_\_

3. Le patient est : Fumeur  Non-fumeur

4. Pour les maladies ou les symptômes qui leur sont associés et dont font état les diagnostics, le patient a antérieurement :

Reçu des traitements médicaux  Consulté un autre médecin  Pris des médicaments  Été hospitalisé

Subi des examens  Précisez la date de toute période de traitement : \_\_\_\_\_

**PARTIE 2 – TRAITEMENT**

1. Médicaments (nom et posologie) : \_\_\_\_\_

2. Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :

a. des examens ou des tests? Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_

b. une chirurgie? Non  Oui  D'un jour  Type : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
A A A A M M J J

Nature de l'intervention chirurgicale : \_\_\_\_\_

c. d'autres traitements? Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_

d. Hospitalisation : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
A A A A M M J J A A A A M M J J

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

e. un court séjour en observation (nombre d'heures) : \_\_\_\_\_

