

Québec
Service des règlements
Assurance de personnes
1080, Grande Allée Ouest
C. P. 1907, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 7M3

Pour nous joindre :
1 844 442-4636
reglements.invalidite@ia.ca

Le demandeur doit assumer les frais relatifs à la production d'une preuve à l'appui de la demande.

SECTION A

Prestation anticipée _____ \$ (Remplir le formulaire F35-56.)
 Exonération des primes
 C.I.A./C.I.C.
 Dossier n° : _____
 Mutilation ou perte de la vue
 Multiterme – Avenant crédit
 Abritation

 Avenants hospitalisation / soins à domicile / frais paramédicaux
 Revenu d'appoint
 Momentum
 Nouveau dossier

Représentant _____
Agence _____
Code d'agence _____
U.S. _____

1. Numéros de contrats _____
2. Nom de famille de l'assuré _____
3. Prénoms _____
Date de naissance
 A M J
4. N° **5. Rue** **6. App.** _____
7. Ville **8. Province** **9. Code postal** _____
10. N° de téléphone (domicile) **11. N° de cellulaire** **12. N° d'assurance sociale** _____

SECTION B

1a. Emploi au moment de l'invalidité : _____
b. Revenu annuel brut : _____
c. Salarié
Travailleur autonome
Sans emploi
2. Donnez une brève description de votre emploi (% de tâches physiques, administratives, etc.) : _____
3. Nom de l'employeur : _____
Adresse : _____
4. Êtes-vous encore à son emploi? Oui Non
 Si non, depuis le : _____
5. S'agit-il d'un travail saisonnier? Oui Non
 Si oui, période habituelle de travail : _____
6a. Si encore à l'emploi, date de l'arrêt de travail pour raisons médicales : _____
b. Si sans emploi, date du début de l'invalidité totale : _____
7. Décrivez la nature de votre invalidité : _____
8a. Si maladie, à quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus? _____
b. Si accident, comment s'est-il produit? _____

Date de l'accident : _____
Heure : _____ a.m. p.m.
Lieu : _____
c. S'il s'agit d'un accident de véhicule motorisé, vous étiez : Conducteur Passager
9. Date à laquelle vous avez consulté un médecin la première fois pour cette invalidité : _____
10. Avez-vous déjà souffert de la même maladie ou d'une maladie semblable dans le passé? Oui, le _____ Non

SECTION C

1a. Êtes-vous encore totalement invalide? Oui Non, depuis le _____
b. Le cas échéant, date de retour au travail? À temps partiel, du _____ au _____
 À temps plein le _____
2a. Depuis le début de l'invalidité, avez-vous effectué un travail rémunéré? Oui Non
b. Si oui, période travaillée : _____

SECTION C (suite)

3. Avez-vous effectué un retour aux études ou suivez-vous une formation professionnelle? Non Oui, depuis le

A	M	J

Détails sur le programme suivi (description, nombre d'heures/semaine) _____

SECTION D

1. Noms des médecins consultés pour la présente invalidité : _____ Adresse : _____

1. Si hospitalisation, nom et adresse de l'hôpital : _____ Date de l'hospitalisation : _____

SECTION E ((NOTE – Veuillez inclure une copie de toute documentation reçue des organismes ci-dessous, y inclus l'avis de paiement.)

1. Autres sources de revenus? Oui Non
Si oui, veuillez cocher : CSST/WSIB IVAC SAAQ Chômage maladie Chômage RRQ/RPC Maladie RRQ/RPC Retraite
Toute autre source, telle que compagnie d'assurance ou autre : (Précisez) _____ Assurance collective individuelle hypothécaire

2. La demande est : À l'étude Acceptée Refusée En contestation 3. Si acceptée, montant de l'indemnité _____ \$ Aux 14 jours Mensuelle

4. Recevez-vous toujours ces indemnités? Oui Non, depuis le

A	M	J

AVIS RELATIF AU DÉLAI DE PRESCRIPTION : Votre demande est régie par un délai de prescription stipulé dans la Loi sur les assurances ou dans toute autre loi provinciale qui s'applique. Cela signifie que vous ne pouvez plus tenter de poursuites après un certain délai.

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande de règlement sont exacts et que toute déclaration faite au cours d'un entretien en personne ou par téléphone concernant la présente demande de règlement sera exacte et complète. Je consens à ce que toutes ces déclarations forment la base de toute prestation approuvée pour cette demande de règlement.

Signé à _____ Date

A	M	J

X _____ X _____
Témoïn Signature de l'assuré

Veuillez lire attentivement les indications ci-dessous :

Remplir toutes les sections du formulaire et l'autorisation pour soumettre une demande de règlement. Joindre à votre demande le formulaire *Déclaration du médecin traitant* (F35-55-1) que vous trouverez sur le site internet (*ce formulaire n'est pas requis pour les avenants hospitalisation et frais paramédicaux*).

Pour une demande initiale, une copie des documents ci-dessous est requise, si elle concerne l'un des produits suivants :

- Revenu d'appoint
 - Pour un salarié : feuillets d'impôt des deux dernières années (T4 et Relevé 1)
 - Pour un travailleur autonome : déclarations de revenu fédérales et provinciales des deux dernières années
- Avenant crédit / Multiterme :
 - Copie de la convention de prêt et/ou de la marge de crédit en vigueur à la date de l'invalidité
 - Copie du relevé mensuel du prêt et/ou de la marge de crédit à la date de l'invalidité
- Abritation :
 - Copie du dernier relevé annuel du prêt hypothécaire comportant les renseignements sur les modalités de remboursement
- Avenant hospitalisation : copie de la feuille sommaire d'hospitalisation
- Avenant frais paramédicaux : originaux des frais demandés

(Il est important de fournir tous les renseignements requis pour l'évaluation de votre demande afin d'éviter des délais additionnels dans le traitement de votre dossier.)

AUTORISATION

Je consens à donner les renseignements inscrits sur ce formulaire à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la « Société ») ainsi qu'à ses filiales, et je reconnais que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter et administrer la présente demande et la couverture de la police d'assurance. J'autorise tout autre assureur, réassureur, établissement financier, médecin, établissement médical, fournisseur de soins de santé, employeur, administrateur d'assurance collective, représentant ou courtier, toute agence d'investigation et d'évaluation du crédit et toute personne, tout organisme et toute entreprise susceptibles d'avoir des renseignements personnels pertinents à cette demande de règlement à les transmettre à la Société.

J'autorise la Société à échanger les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande et tous les autres renseignements inclus dans les dossiers ayant rapport à cette demande ou à cette police d'assurance avec les personnes spécifiées dans le paragraphe précédent aux fins désignées ci-dessus ou à toute autre fin autorisée par moi-même ou comme requis par la loi.

Je confirme qu'une photocopie ou qu'une version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'assuré : X _____ Date

A	M	J

Québec
 Service des règlements
 Assurance de personnes
 1080, Grande Allée Ouest
 C. P. 1907, succursale Terminus
 Québec (Québec) G1K 7M3

Les honoraires exigés pour remplir le formulaire sont aux frais du patient.

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : _____ Date de naissance :

	A				M				J

1. HISTORIQUE DU PATIENT

a. Êtes-vous le médecin de famille? Oui, depuis le :

					A				M						J

 Non

Si non, nom du médecin de famille : _____

b. Ce patient vous a-t-il été référé par un autre médecin? Oui Non

Si oui, lequel? _____

c. Autres médecins consultés ou référés relativement à l'invalidité actuelle

Noms	Spécialités
_____	_____
_____	_____

2. HISTORIQUE DE L'INVALIDITÉ

a. Date du début de l'invalidité totale :

					A				M						J

b. Date de l'accident ou de l'apparition des premiers symptômes :

					A				M						J

c. Date de la première visite associée à la condition actuelle :

					A				M						J

d. Date de la dernière visite :

					A				M						J

Fréquence des visites : Hebdomadaire Mensuelle Autre _____

e. L'incapacité de travailler est liée à : Une maladie Un accident de travail Un accident d'automobile Autre

f. S'il s'agit d'une rechute, à quelle date l'invalidité totale a-t-elle redébuté?

					A				M						J

3. DIAGNOSTIC

a. Principal : _____

b. Secondaire – conditions associées et complications médicales : _____

S'il y a lieu, veuillez répondre aux questions suivantes (selon le DSM) :

Axe III : maladie associée : _____

Axe IV : stressseurs psychosociaux associés : _____

Axe V - Score EGF (0 à 100) : Au début du traitement : _____ Actuellement : _____

c. Résultats de l'investigation (radiographies, tests de laboratoire, etc.) : _____

d. Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection similaire?
 Non Ne sais pas Oui, date :

					A				M						J

 et description _____

e. Si l'incapacité de travailler résulte d'une grossesse, date prévue de l'accouchement :

					A				M						J

 S'agit-il d'un retrait préventif? Oui Non

Veillez remplir toutes les sections, signer et nous retourner le présent formulaire. Pour éviter tout risque d'erreur, veuillez inscrire les renseignements demandés à l'encre et en caractères d'imprimerie.

1. IDENTIFICATION DU OU DES CONTRACTANTS (du ou des propriétaires de la police)

N° de police

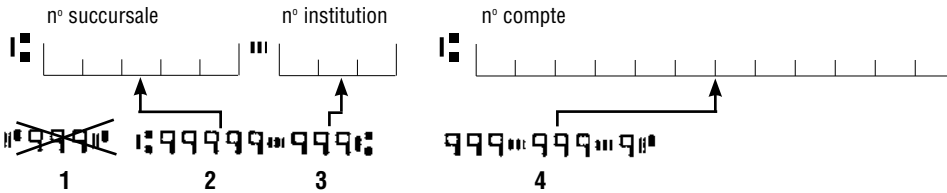
Nom du ou des contractants :

2. RENSEIGNEMENTS BANCAIRES

- Je veux que le dépôt soit fait dans le même compte que celui utilisé pour le paiement des primes d'assurance.
- Je veux que le dépôt soit fait dans un autre compte. **Veillez annexer à ce formulaire dûment rempli un spécimen de chèque personnalisé à votre nom et portant la mention « NUL ».** Si vous n'avez pas de spécimen de chèque, veuillez remplir cette section :

Nom et adresse de l'institution financière :
(doit être située au Canada)

Nom du ou des titulaires du compte :



- 1 Numéro du chèque (n'inscrivez pas ce numéro).
- 2 Numéro de la succursale (5 chiffres).
- 3 Numéro de l'institution financière (3 chiffres).
- 4 Numéro de compte. Le format peut varier selon l'institution financière. Indiquer tous les chiffres et seulement les chiffres.

3. AUTORISATION

Je déclare par la présente que les renseignements fournis dans ce document sont exacts et complets. J'autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la Société ») à déposer le paiement de la réclamation dans le compte bancaire mentionné ci-dessus. Je reconnais que cette directive remplace toute directive qui a pu être donnée antérieurement à l'égard du mode de paiement de la réclamation. Il est entendu que la Société sera dégagée de toute responsabilité après que le montant de la réclamation aura été déposé suivant les instructions bancaires données ci-dessus. La présente autorisation prend effet en date de la signature ci-dessous et demeurera en vigueur jusqu'à sa résiliation de ma part ou de la part de la Société.

J'autorise la Société, mon institution financière ainsi que les gestionnaires de ce contrat à échanger tous les renseignements personnels me concernant qui sont nécessaires pour effectuer le dépôt direct du paiement de la réclamation. Une copie de la présente section a la même valeur que l'original. En cas de changement de compte ou d'institution financière, je m'engage à donner à la Société un préavis d'au moins trois semaines.

Le contractant doit signer. S'il y a plus d'un contractant, chaque contractant doit signer. Si le contractant est une société, la signature d'une personne autorisée et une copie de la résolution de l'entreprise désignant les signataires autorisés sont requises.

X _____
Signature du contractant

Date (JJ-MM-AAAA)

X _____
Signature du contractant

Date (JJ-MM-AAAA)

Faire parvenir ce formulaire dûment rempli à : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., IRG2506, Règlements Assurance de personnes, C. P. 1907, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 7M3.