

**ATTENTION :**  
**JOINDRE UNE COPIE DU RAPPORT DU RADIOLOGISTE.**  
**SI DES FRAIS SONT EXIGÉS POUR LE RAPPORT DU RADIOLOGISTE, ILS SONT À LA CHARGE DU DEMANDEUR.**

	Représentant	Agence	Code	U.S.
<b>1. NUMÉROS DE CONTRATS</b>	<b>2. Nom de famille de l'assuré(e)</b>			
	<b>3. Prénom(s)</b>			Date de naissance A M J
	<b>4. N°</b>	<b>5. Rue</b>		<b>6. App.</b>
	<b>7. Ville</b>		<b>8. Province</b>	<b>9. Code postal</b>
	<b>10. N° tél. (dom.)</b>		<b>11. Numéro d'assurance sociale</b>	
<b>12. Fracture subie (spécifier quels os)</b>				
<b>13. Date de l'accident</b>				
<b>14. Lieu où est survenu l'accident</b>				
<b>15. Comment l'accident est-il arrivé?</b>				
<b>16. Personnes présentes (témoins)</b>				
<b>17. Est-ce que les autorités policières ont été appelées sur les lieux de l'accident?</b>				
<b>18. Hôpital où la fracture a été traitée</b>				
<b>19. Nom du médecin</b>				
<b>20. Date à laquelle la fracture a été diagnostiquée</b>				

**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.

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

J'autorise la compagnie 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 identifiées 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 une version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour d \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Témoin

\_\_\_\_\_  
Adresse du demandeur

\_\_\_\_\_  
Adresse du témoin

Tél. - Dom. : \_\_\_\_\_

- Bur. : \_\_\_\_\_

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

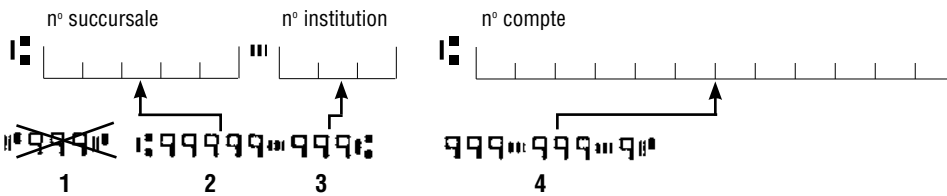
Nom du ou des contractants :

**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.**