

**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. : \_\_\_\_\_