www.inalco.com

INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

MALADIE GRAVE

Si des frais s'appliquent pour faire remplir ce formulaire, ils sont à la charge du demandeur.

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Pour un remboursement de primes à la suite d'un décès, utilisez le formulaire F55-21.

Numéro de contrat

Représentant _____ Agence _____ Code _____ U.S. _____

Nom de l'assuré _____ Prénom(s) _____ Date de naissance A M J

Adresse _____
N° Rue App.

_____ Code postal
Ville Province

Téléphone : Numéro d'assurance sociale

Nature de la maladie ou de l'opération : _____

Date de l'apparition des symptômes de la maladie : _____

Description des premiers symptômes : _____

Date du diagnostic posé par un médecin ou date de l'opération : _____

Date de la première consultation : _____

Nom de votre médecin de famille : _____

Adresse _____
N° Rue App.

_____ Code postal
Ville Province

Nom des médecins consultés (Si vous n'avez pas le nom, indiquez le nom de la clinique ou de l'hôpital.)	**Date**	**Adresse**	**Raisons**

Est-ce qu'un membre de votre famille ou vous-même avez déjà souffert de cette maladie? Si oui, indiquez les détails ci-dessous.

Lien de parenté de la personne avec l'assuré	**Nature de la maladie**	**Date**

Avez-vous soumis une demande de règlement auprès d'une autre compagnie?

_____

Faites-vous usage de tabac? Si oui, depuis quand? _____

Avez-vous déjà fait usage de tabac? ❑ Oui ❑ Non Si oui, quand avez-vous cessé? _____

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 intenter 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 _____

_____ Témoin

_____ Assuré

Si des frais s'appliquent pour faire remplir ce formulaire, ils sont à la charge du demandeur.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom du patient : _____ Date de naissance A M J

Nature de la maladie : _____

Est-ce que le patient a déjà souffert d'une maladie semblable? _____

Date d'apparition des premiers symptômes : _____

Description des symptômes :

_____

_____

_____

Date de la première consultation : _____

Date du diagnostic : _____

Nom des médecins qui vous ont référé le patient ou à qui vous avez référé le patient :

Nom	**Clinique ou hôpital**

Ce formulaire permet d'ouvrir un dossier pour déterminer si l'assuré peut avoir droit à une prestation de maladie grave. Les maladies qui donnent droit à une prestation sont déterminées contractuellement. Si les conditions sont respectées, l'**Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.** communiquera de nouveau avec vous pour obtenir de l'information additionnelle en utilisant l'autorisation signée par le patient. Si une autorisation spéciale est requise, veuillez la joindre à ce formulaire.

Nom du médecin (en majuscules) : _____

Adresse _____
N° Rue

_____ Code postal
Ville Province

Téléphone : ___ ___

Signé à _____ Date _____

_____
Signature du médecin

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., dans le but d'investiguer, d'évaluer et d'administrer ma demande de règlement :

a) à obtenir l'information nécessaire des personnes ou des organismes détenant de l'information personnelle à mon sujet, y compris d'autres assureurs, d'autres réassureurs, les institutions financières, les médecins, les institutions médicales et les fournisseurs de soins de santé, les employeurs ou les administrateurs de régimes d'assurance collective, les agents, les représentants ou les courtiers, les compagnies d'investigation et toutes les personnes ou les organisations qui pourraient avoir de l'information personnelle touchant ma demande de règlement.

b) à communiquer les renseignements personnels nécessaires me concernant aux personnes et aux organisations mentionnées ci-dessus ou à échanger ces renseignements avec ces dernières.

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

Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie)

X

Signature du demandeur

Date : A A A A M M J J

Je soussigné(e) autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., dans le but d'investiguer, d'évaluer et d'administrer ma demande de règlement :

a) à obtenir l'information nécessaire des personnes ou des organismes détenant de l'information personnelle à mon sujet, y compris d'autres assureurs, d'autres réassureurs, les institutions financières, les médecins, les institutions médicales et les fournisseurs de soins de santé, les employeurs ou les administrateurs de régimes d'assurance collective, les agents, les représentants ou les courtiers, les compagnies d'investigation et toutes les personnes ou les organisations qui pourraient avoir de l'information personnelle touchant ma demande de règlement.

b) à communiquer les renseignements personnels nécessaires me concernant aux personnes et aux organisations mentionnées ci-dessus ou à échanger ces renseignements avec ces dernières.

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

Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie)

X

Signature du demandeur

Date : A A A A M M J J

Je soussigné(e) autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., dans le but d'investiguer, d'évaluer et d'administrer ma demande de règlement :

a) à obtenir l'information nécessaire des personnes ou des organismes détenant de l'information personnelle à mon sujet, y compris d'autres assureurs, d'autres réassureurs, les institutions financières, les médecins, les institutions médicales et les fournisseurs de soins de santé, les employeurs ou les administrateurs de régimes d'assurance collective, les agents, les représentants ou les courtiers, les compagnies d'investigation et toutes les personnes ou les organisations qui pourraient avoir de l'information personnelle touchant ma demande de règlement.

b) à communiquer les renseignements personnels nécessaires me concernant aux personnes et aux organisations mentionnées ci-dessus ou à échanger ces renseignements avec ces dernières.

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

Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie)

X

Signature du demandeur

Date : A A A A M M J J