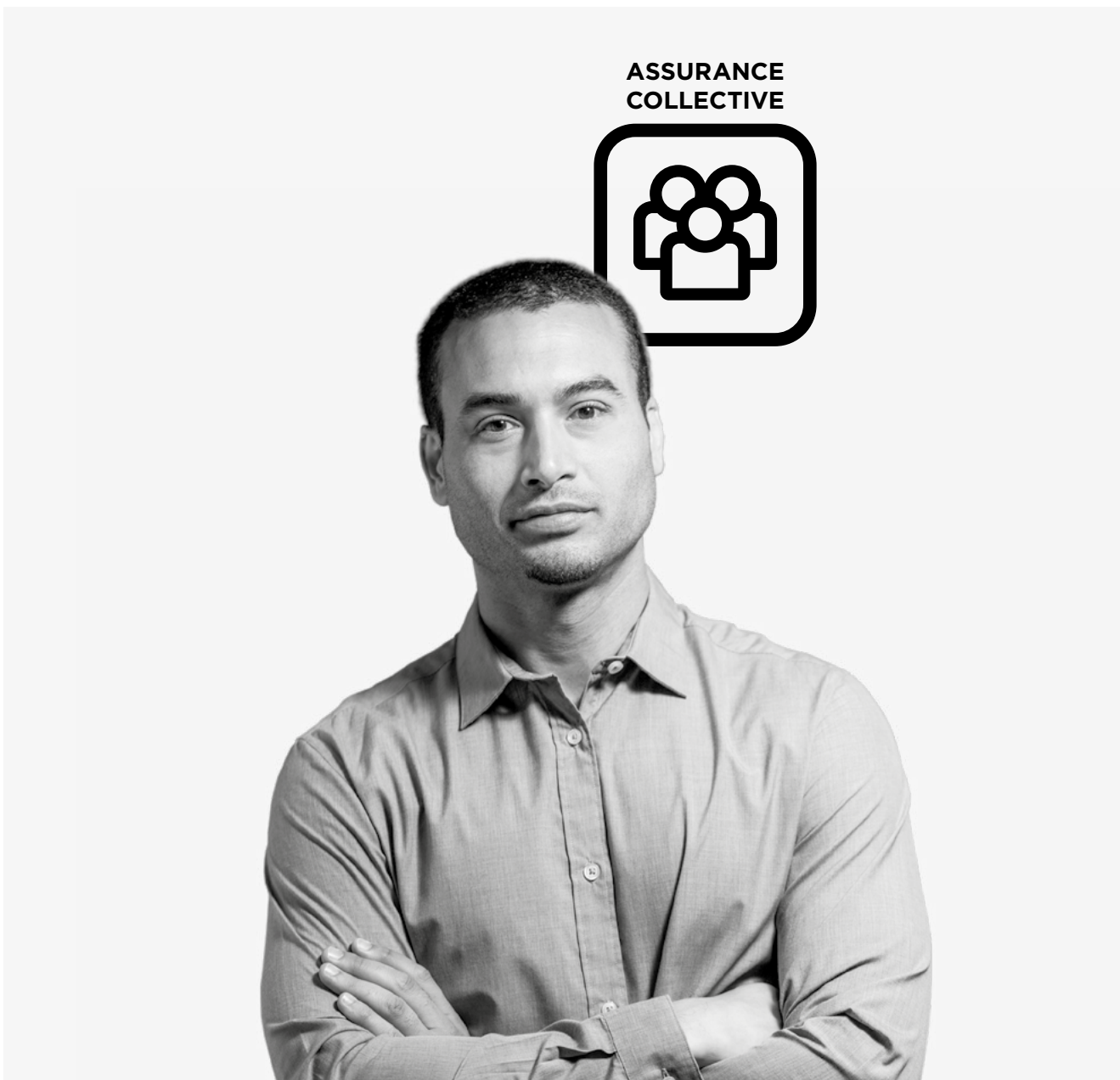


ASSURANCE
COLLECTIVE



F54-856(17-03)PDF

Réclamation maladie grave



ON S'INVESTIT, POUR VOUS.

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. exerce ses activités.

ia.ca

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

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

Toutes les autres provinces
522, avenue University, bureau 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

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

- Nom du participant : _____
 - N° de police :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 N° de division :

--	--	--	--	--	--

 N° de catégorie :

--	--	--	--	--	--

N° de certificat :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
 - Emploi : _____
 - Date d'embauche :

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

 Date de prise d'effet du certificat :

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

Dernier jour au travail :

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

 Montant d'assurance : _____ \$
 - Veillez 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			M			J
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

RÉCLAMATION ET INFORMATION COMPLÉMENTAIRE (SUITE)

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				M			J	

Signature du demandeur (si différent) **X** _____

		A				M			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 intenter de poursuites après un certain délai. Vous devez obtenir des conseils émanant d'une source indépendante au sujet de ce délai.

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

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

Toutes les autres provinces
522, avenue University, bureau 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

COORDONNÉES DU PARTICIPANT (Cette partie doit être remplie par le participant.)

Nom : _____ Prénom : _____

N° de police :

--	--	--	--	--	--	--	--

 N° d'assurance sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--

 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.

PARTIE 1 – DIAGNOSTIC

Nom et prénom du patient : _____ Date du diagnostic :

--	--	--	--	--	--	--	--

- Principal : _____
- Secondaire : _____
- Le patient est : Fumeur Non-fumeur
- 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

- Médicaments (nom et posologie) : _____
- Le patient a-t-il subi ou subira-t-il :
 - des examens ou des tests? Non Oui Précisez : _____
 - une chirurgie? Non Oui D'un jour Type : _____ Date :

--	--	--	--	--	--	--	--

Nature de l'intervention chirurgicale : _____
 - d'autres traitements? Non Oui Précisez : _____
 - Hospitalisation : Du

--	--	--	--	--	--	--	--

 au

--	--	--	--	--	--	--	--

Nom de l'hôpital : _____
 - un court séjour en observation (nombre d'heures) : _____

PARTIE 3 – SUIVI ET PRONOSTIC

- Date de la première consultation pour cette maladie :

--	--	--	--	--	--	--	--

 Date du début de la maladie :

--	--	--	--	--	--	--	--

 Prochaine consultation :

--	--	--	--	--	--	--	--
- Autres dates de consultation :

--	--	--	--	--	--	--	--

 Périodicité du suivi : _____
- Le patient sera-t-il dirigé vers un autre médecin? Non Oui Nom du médecin : _____
Spécialité : _____

PARTIE 4 – COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

- Nom et prénom : _____ Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--
 - Adresse : _____ Télécopieur :

--	--	--	--	--	--	--	--
 - Omnipraticien Spécialiste Autre Précisez : _____
- Signature **X** _____

--	--	--	--	--	--	--	--

NOTE – TOUS LES FRAIS DEMANDÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU PARTICIPANT.