

ASSURANCE  
COLLECTIVE



F54-381(19-03)

# Réclamation d'invalidité

Demande initiale



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](http://ia.ca)

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

**Québec**  
**Règlements, Invalidité**  
C. P. 790, succursale B  
Montréal (Québec) H3B 3K6

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

## INSTRUCTIONS

Toute personne ayant à remplir une partie du présent formulaire doit suivre les instructions ci-dessous.

### TITULAIRE DE POLICE (employeur ou administrateur du régime)

1. Veuillez remplir la *Déclaration du titulaire de police*, en prenant soin de répondre à toutes les questions pour éviter tout retard dans l'étude du dossier.
2. Pour toute demande de prestations d'invalidité de longue durée ou d'exonération des primes sans période d'invalidité de courte durée, l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. doit recevoir le formulaire dûment rempli et signé par l'ensemble des parties **6 à 8 semaines avant l'expiration du délai de carence**.

### PARTICIPANT

1. Veuillez remplir la *Déclaration du participant*, en prenant soin de répondre à toutes les questions pour éviter tout retard dans l'étude du dossier. N'oubliez pas de signer la « Confirmation et autorisation du participant » à la partie 7 du formulaire.
2. Veillez à ce que votre médecin traitant remplisse la déclaration médicale propre à votre état de santé (physique et/ou psychologique). Vous devez aussi remplir la section « Coordonnées du participant » ET signer l'« Autorisation du participant », qui précède la déclaration du médecin.
3. Veuillez joindre une photocopie de tout relevé de prestations reçu d'un régime gouvernemental en vertu duquel vous recevez des prestations (Régie des rentes du Québec, Régime de pensions du Canada, CSST ou autre régime d'indemnisation des accidents du travail, régime d'assurance automobile ou régime d'indemnisation des victimes d'actes criminels).
4. Veuillez joindre une copie de toute correspondance reçue d'un des régimes gouvernementaux énumérés au point 3 (lettre d'acceptation, preuve de paiement, etc.) ainsi qu'une copie du dossier, si possible.

Note :

- a) Il vous incombe de payer les honoraires que demande votre médecin traitant pour remplir sa partie du présent formulaire.
- b) Il importe, au cours de toute invalidité, que vous lisiez les commentaires inscrits sur vos talons de chèques d'indemnisation. Ces commentaires vous informeront de toute décision touchant votre dossier et vous fourniront tout complément d'information nécessaire en cas de prolongation d'invalidité.
- c) Veuillez retourner le document au complet à l'adresse mentionnée ci-dessus sans détacher les pages.

### MÉDECIN TRAITANT

1. Veuillez remplir la déclaration médicale propre à l'état de santé (physique et/ou psychologique) de votre patient, en ayant soin de répondre à toutes les questions pour éviter tout retard dans l'étude du dossier.
2. Veuillez joindre au formulaire toute autre documentation pertinente à l'évaluation de la demande (résultats d'examen, rapports de consultation de spécialiste, etc.).

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

**Québec**  
**Règlements, Invalidité**  
C. P. 790, succursale B  
Montréal (Québec) H3B 3K6

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

**Nature de la demande :** Invalidité de courte durée  Invalidité de longue durée  Exonération des primes

**DÉCLARATION DU TITULAIRE DE POLICE**

POUR VOUS ASSURER QUE VOTRE DEMANDE SOIT TRAITÉE RAPIDEMENT, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nom du titulaire de police : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : 

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

Téléphone : 

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

 Courriel : \_\_\_\_\_

Nom de la personne autorisée : \_\_\_\_\_

**PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT**

1. Nom du participant : \_\_\_\_\_

2. N° de police : \_\_\_\_\_ N° de compte : \_\_\_\_\_ N° de catégorie : \_\_\_\_\_ N° de certificat : \_\_\_\_\_

3. Emploi (Veuillez joindre une description de tâches et remplir le tableau ci-dessous.) : \_\_\_\_\_

Type d'emploi : Régulier  Affectation temporaire  (Précisez la date de début.) 

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

4. Dans la colonne appropriée, veuillez spécifier le temps que le participant consacre normalement aux activités suivantes :

A) Au cours d'une même période, chaque jour, sans pause ni interruption (approximativement)

B) Dans le cours d'une journée entière (approximativement)

Analyse des exigences physiques			A	B
– À s'asseoir			_____	_____
– À se lever			_____	_____
– À conduire			_____	_____
– À se pencher			_____	_____
– À grimper			_____	_____
– À soulever	0 - 10 lb <input type="checkbox"/>		_____	_____
	10 - 20 lb <input type="checkbox"/>		_____	_____
	20 - 50 lb <input type="checkbox"/>		_____	_____
	50 lb ou davantage <input type="checkbox"/>		_____	_____
Utilisation d'un appareil élévateur?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		_____	_____
– À pousser ou à tirer	0 - 10 lb <input type="checkbox"/>		_____	_____
	10 - 20 lb <input type="checkbox"/>		_____	_____
	20 - 50 lb <input type="checkbox"/>		_____	_____
	50 lb ou davantage <input type="checkbox"/>		_____	_____

5. L'assurance était-elle en vigueur le premier jour de la période d'invalidité? Oui  Non

Dans la négative, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

Dans l'affirmative, quelle est la date d'effet de la couverture d'assurance invalidité du participant? 

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

## PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT (suite)

6. Date d'embauche : 

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

 Date de prise d'effet du certificat : 

	A				M				J
--	---	--	--	--	---	--	--	--	---
- Dernier jour au travail : 

	A				M				J
--	---	--	--	--	---	--	--	--	---
7. Date de retour au travail (le cas échéant) : 

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

 Temps plein  Temps partiel  Emploi régulier
8. Principale cause de l'absence : Maladie  Accident hors travail  Accident de travail   
    Accident de véhicule moteur  Maladie professionnelle
9. À la date du début de l'invalidité, l'employé était-il : En vacances?  En mise à pied?  En congé avec solde?   
    En congé sans solde?  En suspension disciplinaire sans solde?   
    En suspension disciplinaire avec solde?  Autre  \_\_\_\_\_

## PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS SUR L'HORAIRE DE TRAVAIL ET LA RÉMUNÉRATION DU PARTICIPANT

1. Précisez les heures de travail d'une semaine normale : \_\_\_\_\_ S'il s'agit d'un horaire irrégulier, veuillez fournir l'horaire de chaque jour.  
Lundi \_\_\_\_\_ Mardi \_\_\_\_\_ Mercredi \_\_\_\_\_ Jeudi \_\_\_\_\_ Vendredi \_\_\_\_\_ Samedi \_\_\_\_\_ Dimanche \_\_\_\_\_
2. Salaire brut précédant la date d'invalidité : \_\_\_\_\_ \$ Annuel  Mensuel  Bimensuel  Hebdomadaire  Autre   
pour \_\_\_\_\_ heures de travail Annuel  Mensuel  Bimensuel  Hebdomadaire  Autre
3. Crédits d'impôts : fédéral (TD1) \_\_\_\_\_ provincial (TPD1) \_\_\_\_\_
4. Le participant a-t-il touché ou touchera-t-il des sommes autres que des prestations d'assurance salaire au cours de la période d'invalidité? Oui  Non   
Précisez : Vacances  Congé de maternité  Assurance emploi (DRHC)  Congé de maladie  Congé férié   
Autre  \_\_\_\_\_ Montant \_\_\_\_\_ \$  
Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
5. Le participant a-t-il présenté ou a-t-il l'intention de présenter une demande de prestations à l'un des organismes énumérés ci-dessous? Oui  Non   
Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou autre organisme similaire   
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou autre organisme similaire   
Développement des ressources humaines du Canada (DRHC)   
Régie des rentes du Québec (RRQ)  Rente d'invalidité  Rente de retraite   
Régime de pensions du Canada (RPC)  Rente d'invalidité  Rente de retraite   
Autre  (Précisez.) \_\_\_\_\_
6. Si le participant reçoit déjà des indemnités d'un des organismes énumérés ci-dessus, veuillez en préciser le montant : \_\_\_\_\_ \$.  
Veuillez joindre une copie de la lettre d'acceptation ainsi que le plus récent talon de chèque, le cas échéant.
7. Si nécessaire, êtes-vous en mesure de lui fournir un emploi : avec retour progressif au travail? Oui  Non   
avec allègement des tâches? Oui  Non
8. Veuillez ajouter tout autre commentaire pouvant être utile à l'étude de la demande.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Je certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Signature autorisée \_\_\_\_\_ Date 

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

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

**Québec**  
Règlements, Invalidité  
C. P. 790, succursale B  
Montréal (Québec) H3B 3K6

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

**Nature de la demande :** Invalidité de courte durée  Invalidité de longue durée  Exonération des primes

**DÉCLARATION DU PARTICIPANT**

POUR VOUS ASSURER QUE VOTRE DEMANDE SOIT TRAITÉE RAPIDEMENT, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

**PARTIE 1 – COORDONNÉES**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Sexe : Féminin  Masculin

N° de police : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ N° de certificat : \_\_\_\_\_

Date de naissance : 

	A			M			J

 Emploi : \_\_\_\_\_ Langue : Français  Anglais

Téléphone : 



**PARTIE 2 – MOTIF DE LA DEMANDE**

1. Accident. Si le congé de maladie est consécutif à un accident, précisez :

- Lieu de l'accident : Domicile  Travail  Ailleurs  (Précisez.) \_\_\_\_\_

- Date de l'accident : 

	A			M			J

 Circonstances : \_\_\_\_\_

- S'il s'agit d'un accident d'automobile, vous étiez : conducteur  passager

Si vous n'êtes pas un résident du Québec, veuillez présenter un rapport de police.

2. La période d'invalidité est-elle liée à des problèmes professionnels? Non  Oui  Précisez : \_\_\_\_\_

**PARTIE 3 – EMPLOI**

Date d'embauche : 

	A			M			J

 Depuis quand êtes-vous inapte au travail? Date : 

	A			M			J

1. Expliquez en quoi votre état vous empêche de travailler. \_\_\_\_\_

2. Décrivez les tâches de l'emploi que vous ne pouvez plus accomplir. \_\_\_\_\_

3. Au moment où vous avez cessé de travailler, occupiez-vous un emploi secondaire? Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**PARTIE 4 – SITUATION ACTUELLE**

1. Êtes-vous obligé de rester à la maison? Non  Oui

Êtes-vous alité? Non  Oui

Êtes-vous hospitalisé? Non  Oui

2. Décrivez tous vos symptômes, y compris leur gravité et leur fréquence : \_\_\_\_\_

3. Décrivez les activités de la vie quotidienne que vous accomplissez depuis le début de votre congé de maladie : \_\_\_\_\_

## PARTIE 5 – REVENUS D'AUTRES PROVENANCES

Avez-vous présenté ou avez-vous l'intention de présenter une demande de prestations à l'un des organismes suivants?

- Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou autre organisme similaire Non  Oui  Date 

	A			M		J
--	---	--	--	---	--	---
- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou autre organisme similaire Non  Oui  Date 

--	--	--	--	--	--	--
- Développement des ressources humaines du Canada (DRHC) Non  Oui  Date 

--	--	--	--	--	--	--
- Régie des rentes du Québec (RRQ) : Rente d'invalidité  Rente de retraite  Non  Oui  Date 

--	--	--	--	--	--	--
- Régime de pensions du Canada (RPC) : Rente d'invalidité  Rente de retraite  Non  Oui  Date 

--	--	--	--	--	--	--
- Autre (Précisez.) : \_\_\_\_\_ Date 

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

**Si la demande a déjà été présentée, veuillez nous fournir une copie de toute correspondance échangée et, s'il y a lieu, nous faire part de la décision qui a été prise.**

## PARTIE 6 – MÉDECINS ET ANTÉCÉDENTS

1. Nom de votre médecin traitant : \_\_\_\_\_ Date de la première visite : 

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

  
Adresse : \_\_\_\_\_
2. Avez-vous été hospitalisé pour cet état de santé? Non  Oui  Date : 

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

  
Hôpital : \_\_\_\_\_
3. Quand vos symptômes sont-ils apparus? \_\_\_\_\_
4. Quand avez-vous consulté un médecin pour cet état la première fois? \_\_\_\_\_
5. Avez-vous déjà eu une maladie ou subi une blessure de nature semblable? Non  Oui  Date : 

	A			M		J
--	---	--	--	---	--	---
6. Pourriez-vous reprendre votre travail de façon progressive? Non  Oui
7. Votre médecin traitant vous a-t-il prescrit une médication? Non  Oui   
En l'occurrence, la prenez-vous régulièrement? Non  Oui
8. Énumérez tous les médecins qui vous ont traité au cours des deux dernières années et apportez les précisions demandées.

Maladie	Date de consultation ou du traitement	Traitement prescrit, médicaments, autre	Nom et adresse du médecin

## PARTIE 7 – CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

JE CONFIRME que les déclarations faites dans ce formulaire comme dans toute entrevue personnelle ou téléphonique ayant trait à la présente demande sont, à ma connaissance, véridiques et complètes. IL EST ENTENDU ET CONVENU que ces déclarations constituent la base de tout règlement consenti par suite de la présente demande

J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE

- (i) tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, le MIB Inc., toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, le titulaire de police, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé mandataire de l'employeur à communiquer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier ») ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom, tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité;
- (ii) iA Groupe financier à échanger avec mon employeur/titulaire de police toute information en vue d'évaluer ma demande de prestations d'invalidité ou d'examiner les possibilités de réadaptation et de planifier mon retour au travail; et
- (iii) iA Groupe financier et mon employeur/titulaire de police à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins d'identification dans le traitement de ma demande.

Une photocopie de la présente « Confirmation et autorisation du participant » a la même valeur que l'original.

La présente « Confirmation et autorisation du participant » n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date : 

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

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : 

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

Tél. au domicile : 

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

 Tél. au travail : 

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

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

**Québec**  
**Règlements, Invalidité**  
C. P. 790, succursale B  
Montréal (Québec) H3B 3K6

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

**Nature de la demande :** Invalidité de courte durée  Invalidité de longue durée  Exonération des primes

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

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ N° de certificat : \_\_\_\_\_

Date de naissance : 

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

**AUTORISATION DU PARTICIPANT**

J'AUTORISE PAR LES PRÉSENTES tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, le MIB Inc., toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, le titulaire de police, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé à communiquer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom, tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité.

Une photocopie de la présente « Autorisation du participant » a la même valeur que l'original.

La présente « Autorisation du participant » n'est valide que pour cette demande de prestations d'invalidité.

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : 

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

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : 

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

Tél. au domicile : 

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

 Tél. au travail : 

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

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – MALADIE À CARACTÈRE PSYCHOLOGIQUE**

À remplir en caractères d'imprimerie et à remettre au patient.

**PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET DE JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.**

**PARTIE 1 – DIAGNOSTIC**

1. Principal : (Axe I) \_\_\_\_\_

2. Secondaire : (Axes II, III) Troubles de la personnalité et autres états pathologiques.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Signalez les symptômes actuels que vous avez vous-même constatés au cours de consultations à votre cabinet.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Légers  Moyens  Graves avec éléments psychotiques

5. L'interruption de travail résulte de difficultés liées à :  
La vie conjugale/familiale  La perte d'un emploi ou une mise à pied   
L'alcoolisme, la toxicomanie ou la dépendance au jeu  Des problèmes professionnels   
D'autres types de problèmes  (Précisez.) : \_\_\_\_\_

6. Niveau actuel de la capacité fonctionnelle d'adaptation (EGF) : \_\_\_\_\_

7. Niveau de capacité fonctionnelle d'adaptation le plus élevé depuis un an – notation EGF(0-100) : \_\_\_\_\_

8. Examen de l'état mental actuel (activité psychomotrice, humeur, affect, pensée, aptitudes cognitives) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. 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 des épisodes antérieurs : \_\_\_\_\_

**PARTIE 2 – LIMITATIONS ET RESTRICTIONS**

- 1. Quelles sont les limitations actuelles du patient (ce qu'il ne peut pas faire)? \_\_\_\_\_
- 2. Quelles sont les restrictions actuellement imposées au patient (ce qu'il ne doit pas faire)? \_\_\_\_\_
- 3. Le patient est-il en mesure de veiller à ses intérêts, notamment d'endosser des chèques? Non  Oui

**PARTIE 3 – TRAITEMENT**

- 1. Médicaments – nom et posologie : \_\_\_\_\_
- 2. Stratégies de la médication  
Augmentation progressive : \_\_\_\_\_  
Potentialisation : \_\_\_\_\_  
Associations médicamenteuses : \_\_\_\_\_  
Changements de médication : \_\_\_\_\_
- 3. Le patient consulte-t-il : un psychiatre? Non  Oui  un travailleur social? Non  Oui   
un psychologue? Non  Oui  un autre intervenant des services de santé? Non  Oui   
Dans l'affirmative, nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_
- 4. Hospitalisation : Du 

	A			M				J	

 au 

	A			M				J	

  
Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

**PARTIE 4 – SUIVI ET PRONOSTIC**

- 1. Date de la première consultation pour cette invalidité : 

	A			M				J	

  
Date du début de l'invalidité : 

	A			M				J	

 Prochaine consultation : 

	A			M				J	
- 2. Autres dates de consultation : 

	A			M				J	

 Périodicité du suivi : \_\_\_\_\_
- 3. Le patient sera-t-il dirigé vers un psychiatre? Non  Oui  Nom du médecin : \_\_\_\_\_
- 4. Durée approximative de l'invalidité : Nombre de semaines \_\_\_\_\_ ou Nombre de mois \_\_\_\_\_ ou Indéterminée   
ou Date de retour au travail : 

	A			M				J	
- 5. Quand le patient sera-t-il apte à reprendre le travail? 

	A			M				J	

  
À temps partiel  À temps plein  Retour progressif ; Veuillez en donner la raison : \_\_\_\_\_

- 6. Plan de retour au travail recommandé : Début du plan le : 

	A			M				J	

  
Semaine 1 : \_\_\_\_\_ jours/semaine Date : 

	A			M				J	

 Semaine 3 : \_\_\_\_\_ jours/semaine Date : 

	A			M				J	

  
Semaine 2 : \_\_\_\_\_ jours/semaine Date : 

	A			M				J	

 Semaine 4 : \_\_\_\_\_ jours/semaine Date : 

	A			M				J	

**PARTIE 5 – COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT**

- 1. Prénom et nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
  - 2. Adresse : \_\_\_\_\_ Télécopieur : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
  - 3. Omnipraticien  Spécialiste  Autre  Précisez : \_\_\_\_\_
- Signature : \_\_\_\_\_ Date : 

	A			M				J	

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

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.





