

5. TRANSPORT PAR AMBULANCE

Si votre demande de règlement contient un reçu d'ambulance, veuillez préciser la raison médicale du transport :

6. CONFIRMATION/AUTORISATION DU PARTICIPANT

JE CONFIRME par les présentes :

1. qu'à ma connaissance, l'information contenue dans la présente réclamation est complète et exacte;
2. que les personnes à charge pour lesquelles je présente une réclamation sont admissibles et que, dans le cas où la demande est effectuée au nom de celles-ci, je suis **AUTORISÉ** à divulguer de l'information à leur sujet en rapport avec la réclamation.

Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom :

1. **J'AUTORISE** iA Groupe financier, ses entités affiliées et ses réassureurs à recueillir auprès de tout professionnel de la santé, de tout établissement de santé ou de services sociaux publics ou privés, de la Régie de l'assurance maladie du Québec, de toute compagnie d'assurance, de toute institution financière, de tout employeur ou ancien employeur, de MIB LLC, de toute agence d'investigation, de tout administrateur d'assurance collective ou de tout organisme privé ou public qui détient des renseignements personnels ou médicaux, ou à communiquer à ceux-ci des informations me concernant y compris sur mon état de santé, mes antécédents médicaux et autre information pertinente pour le traitement de toute demande de réclamation.

Les renseignements personnels que nous, iA Groupe financier et ses entités affiliées recueillons dans le cadre de votre demande seront utilisés et communiqués que pour les fins pour lesquelles vous avez déjà consenti.

Pour revoir vos choix de consentement ou pour en apprendre davantage, veuillez consulter l'Avis relatif à la protection des renseignements personnels au ia.ca/protection-renseignements-personnels.

2. **JE COMPRENDS ET J'ACCEPTÉ** que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la réclamation, iA Groupe financier 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 RECONNAIS qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation possède la même validité que l'original.

Signature de l'adhérent X _____ Date :

A	A	A	A	M	M	J	J

7. AVIS IMPORTANT

Dans le but de vous assurer un règlement rapide et efficace, veuillez prendre note des points suivants :

- Présentez vos factures à des intervalles réguliers ou dans les 90 jours de la date des services rendus.
- N'incluez que des reçus officiels et originaux (ceux-ci ne seront pas retournés). Les duplicatas et photocopies ne sont pas acceptés.
- L'assuré principal doit inscrire tous les renseignements demandés et signer le formulaire.