

Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli par :

Courrier :

C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

Télécopieur :

1 877 781-1583

N.B. : Pour une meilleure sécurité, privilégiez la poste ou le télécopieur pour l'envoi de renseignements personnels à iA Groupe financier.

DÉCLARATION – TITULAIRE DE POLICE
POUR ASSURER LE TRAITEMENT RAPIDE DE LA DEMANDE, VEUILLEZ RÉPONDRE
À TOUTES LES QUESTIONS ET ÉCRIRE À L'ENCRE ET EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

RENSEIGNEMENTS – PARTICIPANT(E)

Prénom _____ Nom _____

N° de police _____ N° de certificat _____ N° de compte _____ N° de catégorie _____

Emploi _____

Date d'embauche

A	A	A	A	M	M	J	J

 Date d'effet de la protection

A	A	A	A	M	M	J	J

Dernier jour travaillé

A	A	A	A	M	M	J	J

 Montant d'assurance _____ \$

Veuillez ajouter tout autre commentaire pouvant être utile à l'étude de la demande.

RENSEIGNEMENTS ET DÉCLARATION – TITULAIRE DE POLICE

Nom – Titulaire de police _____

Adresse _____ Code postal

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

Téléphone _____ Courriel _____

Nom – Personne autorisée _____

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

Signature autorisée X _____

A	A	A	A	M	M	J	J

IDENTIFICATION – PARTICIPANT(E) (À REMPLIR PAR CE DERNIER OU CETTE DERNIÈRE)

Prénom _____ Nom _____

Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J

 N° d'assurance sociale (facultatif) _____

Adresse _____ Code postal _____

Téléphone _____ Courriel _____

N° de police _____ N° de certificat _____

DÉCLARATION – RÉCLAMANT(E)
POUR ASSURER LE TRAITEMENT RAPIDE DE LA DEMANDE, VEUILLEZ RÉPONDRE
À TOUTES LES QUESTIONS ET OBTENIR TOUTES LES SIGNATURES REQUISES.

IDENTIFICATION

Réclamant(e) : Participant(e) Conjoint(e) Enfant à charge

Si vous avez coché conjoint(e) ou enfant à charge, précisez ceci :

Prénom _____ Nom _____

Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J

RÉCLAMATION ET INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

1. Veuillez indiquer pour quel type de maladie grave vous soumettez une réclamation.

2. Date de début de la maladie

A	A	A	A	M	M	J	J

 Date de l'opération

A	A	A	A	M	M	J	J

3. Veuillez fournir des précisions quant à la nature et au degré de la maladie.

4. Avez-vous, par le passé, eu la même maladie, une maladie similaire, une maladie qui y est liée ou avez-vous subi des traitements pour de telles maladies?

Non Oui Si oui, veuillez préciser.

RÉCLAMATION ET INFORMATION COMPLÉMENTAIRE (SUITE)

5. Quelle est la date de la première consultation avec un médecin relativement à votre maladie?

6. Avez-vous passé des examens médicaux depuis le début de votre maladie?

Non Oui Si oui, veuillez préciser. Joignez des feuilles supplémentaires au besoin.

Examen	Date (AAAA-MM-JJ)	Résultats

7. Veuillez indiquer tous les médecins ou hôpitaux auprès desquels vous avez subi des traitements pour cette maladie. Joignez des feuilles supplémentaires au besoin.

Médecin ou hôpital _____ Date de la consultation

A	A	A	A	M	M	J	J

Adresse _____ Code postal

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

Téléphone _____

Médecin ou hôpital _____ Date de la consultation

A	A	A	A	M	M	J	J

Adresse _____ Code postal

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

Téléphone _____

Médecin ou hôpital _____ Date de la consultation

A	A	A	A	M	M	J	J

Adresse _____ Code postal

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

Téléphone _____

Médecin ou hôpital _____ Date de la consultation

A	A	A	A	M	M	J	J

Adresse _____ Code postal

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

Téléphone _____

8. Veuillez fournir les renseignements suivants sur votre médecin de famille.

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____ Code postal

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

Téléphone _____

RÉCLAMATION ET INFORMATION COMPLÉMENTAIRE (SUITE)

9. Un membre de votre famille (avec un lien de sang) a-t-il déjà souffert d'une maladie similaire ou d'une maladie qui y est liée?

Non Oui Si oui, veuillez préciser. Joignez des feuilles supplémentaires au besoin.

Lien de parenté	Nature de la maladie	Date du diagnostic (AAAA-MM-JJ)

CONFIRMATION ET AUTORISATION

JE CONFIRME, par la présente que, 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 mes personnes à charge, **JE CONFIRME** que je suis une personne autorisée à divulguer l'information les concernant 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. (« iA Groupe financier »), à ses employé(e)s, à ses représentant(e)s, 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, 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 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 police, mon employeur, ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée à communiquer à iA Groupe financier, à ses employé(e)s, à ses représentant(e)s 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, iA Groupe financier ne sera pas tenu 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 – Participant(e) (obligatoire) X _____

A	A	A	A	M	M	J	J

Signature – Réclamant(e) (si différent) X _____

A	A	A	A	M	M	J	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.

IDENTIFICATION – PARTICIPANT(E) (À REMPLIR PAR CE DERNIER OU CETTE DERNIÈRE)

Prénom _____ Nom _____
N° de police _____ N° de certificat _____ Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J

DÉCLARATION – MÉDECIN TRAITANT

À REMPLIR À L'ENCRE ET EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE ET À REMETTRE À VOTRE PATIENT(E).
PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.

Prénom – Patient(e)

A	A	A	A	M	M	J	J

 Nom

A	A	A	A	M	M	J	J

Date du diagnostic

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

 Date de début de la maladie

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

1. Diagnostic principal _____
2. Diagnostic secondaire _____
3. Votre patient(e) : fume ne fume pas
4. Pour les maladies ou les symptômes qui leur sont associés et dont font état les diagnostics, votre patient(e) a antérieurement :
 - Reçu des traitements médicaux Période _____
 - Consulté un autre médecin Période _____
 - Pris des médicaments Période _____
 - Été hospitalisé(e) Période _____
 - Subi des examens Période _____

TRAITEMENT

1. Médicaments (nom et posologie) _____

2. Est-ce que votre patient(e) a déjà subi ou subira :
 - a. Des examens ou des tests? Non Oui Précisez et joignez des copies des résultats _____

A	A	A	A	M	M	J	J
 - b. Une chirurgie? Non Oui D'un jour Type _____ Date

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

Nature de l'intervention chirurgicale _____
 - c. D'autres traitements? Non Oui Précisez _____

A	A	A	A	M	M	J	J

A	A	A	A	M	M	J	J
 - d. Une hospitalisation? Non Oui Du

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

 au

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

Nom de l'hôpital _____

SUIVI ET PRONOSTIC

1. Date de la première consultation pour cette maladie

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---
2. Prochaine consultation

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

 Fréquence du suivi _____
3. Avez-vous recommandé à votre patient(e) de consulter un autre médecin? Non Oui
- Nom – Médecin _____
- Spécialité _____

COORDONNÉES – MÉDECIN TRAITANT

Prénom _____ Nom _____

Omnipraticien(ne) Spécialiste Autre Précisez _____

Adresse _____ Code postal

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

Téléphone _____ Télécopieur _____

Signature X _____

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

N. B. : TOUS LES FRAIS DEMANDÉS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE SONT À LA CHARGE DU PARTICIPANT OU DE LA PARTICIPANTE.