

# Formulaire de demande de règlement pour perte fonctionnelle

## Renseignements et documents requis pour les demandes de règlement

- Veuillez remplir toutes les sections du formulaire de demande de règlement qui s'appliquent en fonction des documents justificatifs énumérés ci-après.
- La déclaration du médecin doit être remplie par un médecin traitant (M.D).
- Il incombe au demandeur de faire remplir les formulaires requis à ses propres frais.
- Afin d'assurer le traitement rapide de votre demande de règlement, veuillez vous assurer que tous les documents de demande de règlement sont dûment remplis et que les documents justificatifs requis sont fournis au moment de la demande de règlement.
- Veuillez noter que cette liste n'est pas exhaustive et que d'autres documents pourraient être requis pour effectuer l'évaluation de votre demande.

\* **Le document qui décrit votre couverture peut être appelé certificat d'assurance ou sommaire des garanties.**

**! Le formulaire de demande de règlement doit être rempli avec tous les documents justificatifs**

### DOCUMENTS JUSTIFICATIFS REQUIS

- Formulaire de demande de règlement pour perte fonctionnelle dûment rempli
- Déclaration du médecin dûment remplie  
Fournir des copies de tout renseignement médical provenant de votre médecin
- Déclaration de l'employeur dûment remplie
- Formulaire d'autorisation signé

En fournissant des formulaires de demande de règlement à la convenance du demandeur, la Société n'admet aucune responsabilité et ne renonce à aucune des conditions de la police. Recevoir le présent formulaire de demande de règlement n'indique pas la couverture. Seules les demandes admissibles seront payées.

### **VEUILLEZ RETOURNER TOUS LES FORMULAIRES DE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS À NOTRE BUREAU PAR LA POSTE OU PARTÉLÉCOPIEUR**

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.  
iA Marchés spéciaux (service des réclamations)  
400-988, Broadway Ouest,  
C.P. 5900 Vancouver (C.-B.) V6B 5H6

Tél. 1 800 266-5667  
Téléc. 1 866 913-3620

# Formulaire de demande de règlement

## Déclaration du demandeur

Nom de famille	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	N° assurance maladie provinciale
N° d'unité	Adresse municipale	Ville	Province	Code postal
Téléphone à la maison	Cellulaire	Courriel		

La demande de règlement est pour :  moi-même  mon conjoint  personne à charge - veuillez indiquer le nom

Lien avec l'assuré	Date de naissance du conjoint / de la personne à charge (aaaa-mm-jj)
--------------------	--

Date de l'accident (aaaa-mm-jj)	Lieu de l'accident	Heure <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.
---------------------------------	--------------------	--

Comment l'accident est-il survenu? Veuillez fournir des détails sur l'accident (ex.: lieu, blessure subie).

Date de la première visite médicale à la suite d'une blessure (aaaa-mm-jj)	Nom et adresse du dentiste ou du médecin consulté pour la première fois
--	---

Nom et adresse de l'hôpital où vous ou votre personne à charge avez séjourné	Période d'hospitalisation
--	---------------------------

Noms et adresses des médecins qui vous ont traité ou qui ont traité votre personne à charge depuis que l'accident s'est produit

Noms et adresses des médecins qui vous ont traité ou qui ont traité votre personne à charge depuis que l'accident s'est produit	Adresses	Numéros de téléphone

Est-ce que vous ou votre personne à charge avez présenté une demande de prestations en vertu des législations suivantes :

- Législation sur l'indemnisation des travailleurs  Législation provinciale sur l'assurance automobile  
 Autre – veuillez préciser

Veuillez fournir tout renseignement qui pourrait aider Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. à traiter cette demande de règlement :

**Je déclare que les renseignements fournis dans le formulaire de demande de règlement sont exacts et que toute déclaration fournie lors d'une entrevue personnelle ou téléphonique concernant cette demande de règlement sera véridique et complète. Je conviens que tous ces énoncés constituent le fondement de toute prestation approuvée à la suite de cette demande de règlement.**

Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie)

Signature du demandeur ou du parent ou tuteur légal (dans le cas d'un mineur)

Date de signature (aaaa-mm-jj)

# Formulaire de demande de règlement

## Déclaration de l'employeur

Numéro de police	Numéro de certificat	Date de prise d'effet de la protection (aaaa-mm-jj)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de famille de l'assuré	Prénom de l'assuré	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession	Régime d'assurance – CATÉGORIE	Salaire annuel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Montant de la prestation pour mutilation accidentelle	Montant de la demande de règlement	Montant de l'assurance vie collective
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date d'embauche	Date du dernier versement des primes	Date du dernier rapport au travail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L'assuré était-il couvert par la CNESST? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, n° de la demande de règlement <input type="text"/>		
L'assuré voyageait-il pour le compte de la société au moment de l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
S'agit-il d'un accident de travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Nom de la personne autorisée	Titre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Téléphone	Courriel	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Signature	Date de signature (aaaa-mm-jj)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

# Formulaire de demande de règlement

## Formulaire d'autorisation

### DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

À Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la « Société »), nous reconnaissons et respectons le droit de chacun à la vie privée. Les renseignements personnels vous concernant sont conservés dans un dossier de demande de règlement confidentiel aux bureaux de la Société ou d'une organisation autorisée par la Société dans une zone sécurisée. Nous limitons l'accès aux renseignements contenus dans vos dossiers au personnel de la Société ou aux personnes autorisées par la Société qui ont besoin de cet accès pour exercer leurs fonctions, aux personnes à qui vous avez accordé l'accès, et aux personnes autorisées par la loi. Nous utilisons ces renseignements pour examiner, évaluer et administrer votre demande de règlement et les modalités des dispositions du contrat d'assurance. Vous pouvez accéder aux renseignements personnels contenus dans votre dossier et corriger tout renseignement inexact. Tous les renseignements personnels sur la santé vous seront fournis par un médecin de votre choix. Pour consulter vos renseignements personnels, veuillez envoyer une demande par écrit au Service des demandes de règlement à l'adresse ci-dessus, ainsi que le nom du médecin.

### AUTORISATION ET DÉCLARATION

J'autorise par la présente Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la « Société ») aux fins de l'enquête, de l'évaluation et de l'administration de ma demande de règlement :

- à recueillir uniquement les renseignements nécessaires aux fins précisées ci-dessus auprès de toute personne ou organisation qui détient des renseignements personnels me concernant, y compris d'autres assureurs, réassureurs et institutions financières; des médecins, des établissements médicaux et des fournisseurs de soins de santé; des employeurs ou administrateurs d'avantages sociaux collectifs; des agents ou courtiers; des organismes d'enquête et d'évaluation du crédit et de toutes les personnes ou organisations susceptibles d'avoir des renseignements personnels pertinents à ma demande de règlement.
- à ne divulguer et n'échanger que les renseignements personnels que la Société possède à mon sujet avec les personnes et organisations mentionnées ci-dessus.

Il est entendu que les renseignements personnels obtenus au moyen de cette autorisation seront utilisés par la Société dans le cadre de l'enquête, de l'administration et de l'évaluation d'une demande de prestations. Aucun renseignement obtenu ne sera divulgué par la Société, sauf aux personnes ou aux organisations qui fournissent des services commerciaux ou juridiques dans le cadre de ma demande de règlement, ou selon ce qui est légalement exigé ou ce que je peux autoriser.

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

**Je déclare que les renseignements fournis dans le formulaire de demande de règlement sont exacts et que toute déclaration fournie lors d'une entrevue personnelle ou téléphonique concernant cette demande de règlement sera véridique et complète. Je conviens que tous ces énoncés constituent le fondement de toute prestation approuvée à la suite de cette demande de règlement.**

Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie)

Signature du demandeur ou du parent ou tuteur  
légal (dans le cas d'un mineur)

Date de signature (aaaa-mm-jj)

# Perte fonctionnelle

## Déclaration du médecin

**! À REMPLIR PAR UN MÉDECIN (M.D.)  
 POUR LES FRAIS MÉDICAUX, LA MUTILATION OU LA PERTE FONCTIONNELLE  
 TOTALE ET PERMANENTE, LE DEMANDEUR ASSUME LES FRAIS POUR CES RENSEIGNEMENTS**

Date de l'accident (aaaa-mm-jj) \_\_\_\_\_ Date de la première consultation pour cette blessure (aaaa-mm-jj) \_\_\_\_\_ Nature de la blessure \_\_\_\_\_

**Fracture:** Endroit et type \_\_\_\_\_  **Autre blessure:** Endroit et type \_\_\_\_\_

**Blessure visuelle**  Oui  Non Si oui, veuillez fournir des détails : \_\_\_\_\_

**Une chirurgie était-elle nécessaire?**  Oui  Non Date de la chirurgie (aaaa-mm-jj) \_\_\_\_\_ Anesthésie générale  Oui  Non

**! Veuillez remplir la section suivante si la demande de règlement du patient concerne une mutilation et une perte fonctionnelle totale et permanente**

Nature de la perte? Indiquez à droite ou à gauche sur le tableau; veuillez indiquer le point de toute amputation. →→→

\_\_\_\_\_

Une maladie ou une blessure antérieure a-t-elle contribué à la perte?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir une description \_\_\_\_\_

Quelles preuves de traumatisme avez-vous trouvées?  
 \_\_\_\_\_

Degré de la perte \_\_\_\_\_ Est-ce que la perte est permanente et totale?  Oui  Non

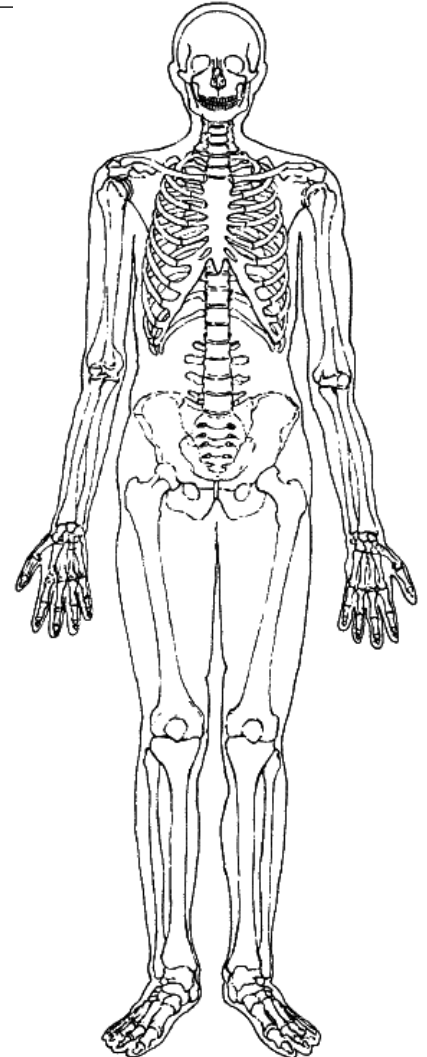
La blessure était-elle suffisante pour entraîner une perte totale et permanente?  Oui  Non

**Dans l'affirmative, fournissez les documents médicaux justificatifs (ex: rapports de spécialiste, de consultation, d'opération et de réadaptation).**

Le demandeur a-t-il été hospitalisé? Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_ Date d'admission (aaaa-mm-jj) \_\_\_\_\_  
 Oui  Non

**! Nom et adresse des autres médecins ou chirurgiens, le cas échéant, qui ont soigné le demandeur**

Noms des autres médecins et chirurgiens	Adresses	Numéros de téléphone
_____	_____	_____



**JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT VÉRIDIQUES ET COMPLETS AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE**

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date de la signature (aaaa-mm-jj) \_\_\_\_\_