

Prestations pour maladie grave

Renseignements sur la demande et documents exigés

- Avant de présenter votre demande de règlement, vous pouvez vérifier votre assurance maladie grave* afin de vous assurer que l'affection pour laquelle vous faites votre demande est couverte par votre assurance.
- Vous pouvez également revoir les autres conditions de votre assurance maladie grave*, comme l'existence d'un délai de carence, de limitations et/ou d'exclusions.
- Le demandeur doit remplir les formulaires requis à ses frais.
- La Déclaration du médecin traitant doit être remplie par un médecin (MD). Étant donné que nos directeurs médicaux ne vous examinent pas, nous nous fions à la qualité des renseignements médicaux communiqués par votre médecin pour évaluer votre demande. Veuillez vous assurer que votre médecin joigne des copies des consultations de spécialistes, des investigations et des résultats de tests qui confirment votre diagnostic. Les renseignements médicaux dont nous avons besoin sont listés dans la Déclaration du médecin traitant.
- Nous vous recommandons de conserver une photocopie des formulaires remplis et de l'autorisation pour vos dossiers et de présenter votre demande dès que possible, puisqu'il peut y avoir un délai maximal selon votre police.
- Pour que nous puissions traiter votre demande dans les meilleurs délais, veuillez vous assurer de nous communiquer le numéro de votre police ainsi que le nom du titulaire de la police, et de joindre à votre demande les pièces justificatives exigées.
- Veuillez noter que cette liste n'est pas exhaustive. Nous pourrions demander des renseignements médicaux supplémentaires à votre médecin pour compléter l'évaluation de votre demande.
- Envoyez tous les formulaires ensemble à la Société à l'adresse indiquée ci-dessous. Vous pouvez également envoyer votre formulaire de demande de règlement par télécopieur. Nous souhaitons vous rappeler que le courriel ne constitue pas un moyen de communication sécurisé et qu'il devrait uniquement servir à transmettre de l'information non confidentielle.

* **Le document qui décrit votre protection peut être appelé Certificat d'assurance ou Sommaire des garanties.**

! Le formulaire de demande de règlement doit être rempli avec toutes les pièces justificatives exigées.

| DEMANDE DE PRESTATIONS POUR | PIÈCES JUSTIFICATIVES EXIGÉES |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Assurance volontaire maladie grave | <input type="checkbox"/> Formulaire de demande de règlement rempli <input type="checkbox"/> Formulaire d'autorisation signé <input type="checkbox"/> Déclaration du médecin traitant remplie Fournir des copies de toute information médicale de votre médecin |
| Assurance maladie grave par l'intermédiaire de l'employeur | <input type="checkbox"/> Formulaire de demande de règlement rempli <input type="checkbox"/> Formulaire d'autorisation signé <input type="checkbox"/> Déclaration du médecin traitant remplie Fournir des copies de toute information médicale de votre médecin <input type="checkbox"/> Déclaration de l'employeur remplie |

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. La remise de ce formulaire ne signifie pas que l'affection qui fait l'objet de la demande est couverte. Seules les demandes admissibles seront payées.

**VEUILLEZ RETOURNER TOUS LES FORMULAIRES DE DEMANDE DE RÈGLEMENT
AINSI QUE LES PIÈCES JUSTIFICATIVES À NOTRE BUREAU PAR COURRIER OU PARTÉLÉCOPIEUR**

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
iA Marchés spéciaux (Service des règlements)
400-988, rue Broadway Ouest
C. P. 5900, Vancouver (Colombie-Britannique) V6B 5H6

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

Prestations pour maladie grave

Formulaire de demande de règlement

! Pour éviter tout retard dans le traitement de votre demande de règlement, veuillez envoyer le formulaire de demande de règlement dûment rempli accompagné de toutes les pièces justificatives exigées.

RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

Numéro de police _____ Nom du titulaire de la police _____ Date d'entrée en vigueur initiale de la protection (jj-mm-aaaa) Assurance individuelle
 Assurance collective

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom _____ Prénom _____ Sexe M F Date de naissance (jj-mm-aaaa) _____ No carte d'assurance maladie provinciale _____

No _____ Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Cellulaire _____ Courriel _____

Emploi _____ Téléphone au travail _____ Nom de l'employeur _____

Date d'embauche (jj-mm-aaaa) _____ Dernier jour travaillé (jj-mm-aaaa) _____ Date de retour au travail (ou prévue) (jj-mm-aaaa) _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ

Type de maladie grave ou de chirurgie _____ Date du diagnostic ou de la chirurgie (jj-mm-aaaa) _____

Description des premiers symptômes _____ Date de l'apparition des symptômes (jj-mm-aaaa) _____

Date de la première visite médicale pour cette affection (jj-mm-aaaa) _____ Nom du médecin/de l'hôpital/de la clinique fréquenté(e) en premier _____

Adresse du médecin/de l'hôpital/de la clinique _____ Téléphone _____

Avez-vous eu des investigations médicales? Si oui, veuillez préciser ci-dessous où celles-ci ont eu lieu. Oui Non

Nom du médecin/de l'hôpital/de la clinique _____ Adresse _____ Téléphone _____

Nom du médecin qui a posé le diagnostic _____

Noms de tous les autres médecins, spécialistes, cliniques et hôpitaux vus relativement à votre affection _____ Adresses _____ Numéros de téléphone _____

Prestations pour maladie grave

Formulaire de demande de règlement (suite)

Quel traitement avez-vous reçu ou recevrez pour cette affection?

Par le passé, avez-vous déjà eu une affection similaire, identique ou liée? Si oui, veuillez fournir des détails et les dates : Oui Non

Fumez-vous ou faites-vous usage de produits du tabac? Oui Non

Si oui, veuillez préciser la quantité par jour _____ Depuis combien de temps faites-vous usage de tabac? _____

Avez-vous fait usage de produits du tabac par le passé? Oui Non

Si oui, à quelle date avez-vous arrêté? (mm-aaaa) _____

Un parent a-t-il souffert d'une maladie similaire ou apparentée? Si oui, veuillez préciser : Oui Non

| Lien | Nature de la maladie | Âge auquel la maladie a été diagnostiquée |
|------|----------------------|-------------------------------------------|
| | | |

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE MÉDECIN DE FAMILLE

Nom de votre médecin de famille _____ Depuis combien de temps êtes-vous suivi par ce médecin? _____

Adresse de votre médecin de famille _____ Téléphone _____

Si vous êtes suivi par ce médecin de famille depuis moins de 5 ans, veuillez énumérer les médecins, les cliniques médicales et/ou les hôpitaux que vous avez fréquentés au cours des 5 dernières années :

Noms des médecins,
des cliniques médicales ou
des hôpitaux

Adresses

Numéros de téléphone

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Veuillez fournir toute information complémentaire qui, selon vous, pourrait être utile à l'appui de votre demande :

Nom du demandeur (en lettres moulées) _____

Signature du demandeur,
d'un parent ou du tuteur légal
(s'il s'agit d'un mineur)

Date
(jj-mm-aaaa)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Prestations pour maladie grave

Autorisation et déclaration pour la demande de règlement

DÉCLARATION SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la Société ») reconnaît et respecte le droit de chaque individu au respect de sa vie privée. Vos renseignements personnels sont conservés dans un dossier de règlement confidentiel aux bureaux de la Société ou aux bureaux d'un organisme autorisé par la Société, dans un lieu sécurisé. Nous restreignons l'accès aux renseignements figurant dans votre dossier au personnel de la Société et aux personnes autorisées par celle-ci qui ont besoin d'y accéder pour remplir leurs fonctions, aux personnes auxquelles vous avez accordé l'accès et aux personnes autorisées par la loi. Nous utilisons ces renseignements pour étudier, évaluer et gérer votre demande de règlement et pour appliquer les dispositions du certificat d'assurance. Vous pouvez accéder aux renseignements personnels figurant dans votre dossier et corriger tout renseignement inexact. Tout renseignement personnel sur votre santé vous sera fourni par l'entremise d'un médecin praticien de votre choix. Pour examiner vos renseignements personnels, veuillez envoyer une demande écrite à l'attention du Service des Règlements à l'adresse indiquée ci-dessus, en y indiquant le nom du médecin praticien.

AUTORISATION ET DÉCLARATION

J'autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la Société ») à procéder à l'enquête, à l'évaluation et à l'administration de demande de règlement :

- À recueillir uniquement les renseignements nécessaires aux fins citées ci-dessus auprès de toute personne ou organisation disposant de renseignements personnels me concernant, y compris d'autres assureurs, réassureurs et institutions financières; des médecins, des institutions médicales et des fournisseurs de soins de santé; des employeurs ou des administrateurs d'assurance collective; des agents ou des courtiers; des agences d'enquête et d'évaluation du crédit, et toutes les personnes ou organisations susceptibles de disposer de renseignements personnels pertinents pour ma demande.
- À divulguer et à échanger uniquement les renseignements personnels nécessaires dont dispose la Société à mon sujet avec les personnes et organisations citées ci-dessus.

Je comprends que la Société utilisera les renseignements personnels obtenus au moyen de la présente autorisation pour étudier, administrer et évaluer une demande de prestations. La société communiquera les renseignements obtenus uniquement aux personnes et aux organismes qui font affaire ou qui rendent des services juridiques relativement à ma demande de règlement, ou seulement de la manière exigée par la loi ou que je peux autoriser. Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Je déclare que les renseignements consignés dans le Formulaire de demande de règlement sont exacts et que toute déclaration faite au cours d'un entretien en personne ou par téléphone au sujet de la présente demande de règlement sera véridique et complète. Je consens à ce que toutes les déclarations susdites forment la base des prestations approuvées par suite de cette demande de règlement.

Nom du demandeur (en lettres moulées)

Signature du demandeur,
d'un parent ou du tuteur légal
(s'il s'agit d'un mineur)

Date (jj-mm-aaaa)

Prestations pour maladie grave

Déclaration du médecin traitant

AUTORISATION DU PATIENT À REMPLIR PAR LE PATIENT

! La présente ne constitue pas une demande d'examen, mais une demande de renseignements contenus dans votre dossier.
 Il incombe au patient de se procurer le présent formulaire et de s'acquitter des frais qui pourraient être exigés pour le remplir.

| | | |
|----------------------|----------------------|--------------------------------|
| Numéro de police | Nom du patient | Date de naissance (jj-mm-aaaa) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

J'autorise la communication de tout renseignement demandé dans le présent formulaire à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. ou à ses représentants.

| | |
|----------------------|----------------------|
| Signature du patient | Date (jj-mm-aaaa) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

DÉCLARATION DU MÉDECIN À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

! Afin de nous permettre d'étudier la demande de votre patient le plus rapidement possible, veuillez joindre une copie des rapports de consultations, investigations et tests menés confirmant le diagnostic, dont :

| Cancer | Crise cardiaque | Autres affections |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Rapports de pathologie Rapports de consultations avec spécialistes Autres rapports indiquant : <ul style="list-style-type: none"> — Site de la tumeur — Type de tumeur — Taille de la tumeur — Profondeur de la tumeur — Histologie — Stadificatio — Invasion des tissus adjacents — Atteinte des ganglions — Métastases | <ul style="list-style-type: none"> Rapports de consultations avec spécialistes Échocardiogrammes Résultats de tests de laboratoire incluant marqueur cardiaque biochimique et enzymes cardiaques Protocoles opératoires Études angiographiques, échocardiographiques | <ul style="list-style-type: none"> Rapports de consultations avec spécialistes Protocoles opératoires Tomodensitogrammes, IRM, rayons X, etc. Angiographies, échocardiogrammes, études d'électrocardiogramme Résultats de tests de laboratoire Évaluations en neurologie Autres rapports pertinents confirmant le diagnostic |

| | |
|----------------------|-----------------------------------------------------------|
| Diagnostic | Date à laquelle le diagnostic a été confirmé (jj-mm-aaaa) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Date de la première consultation pour cette affection (jj-mm-aaaa) | Lieu de la visite médicale |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|------------------------------------|----------------------------------------------|
| Description des premiers symptômes | Date d'apparition des symptômes (jj-mm-aaaa) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Votre patient a-t-il été admis au service d'urgence de l'hôpital? Oui Non

Votre patient a-t-il été hospitalisé? Si oui, veuillez joindre une copie de la « Feuille sommaire d'hospitalisation ». Oui Non

Si celle-ci n'est pas disponible, veuillez indiquer les renseignements suivants :

| | | |
|----------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Nom de l'hôpital | Date d'admission (jj-mm-aaaa) | Date de sortie (jj-mm-aaaa) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Une chirurgie a-t-elle été effectuée ou est prévue? Oui Non

| | |
|----------------------|----------------------|
| Procédure | Date (jj-mm-aaaa) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|----------------------|----------------------------|
| Nom du chirurgien | Spécialité (s'il y a lieu) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| |
|-------------------------------------------------|
| Traitement actuel et plan de traitement à venir |
| <input type="text"/> |

Votre patient a-t-il déjà souffert de la même affection ou d'une affection similaire? Oui Non Inconnu

Si oui, veuillez indiquer la date, le diagnostic et le traitement reçu :

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

Prestations pour maladie grave

Déclaration du médecin traitant (suite)

Si le patient vous a été référé, veuillez indiquer le nom du médecin réfèrent :

Date de la référence (jj-mm-aaaa)

Nom du médecin

Date de la première consultation avec votre patient (jj-mm-aaaa)

Noms et spécialités des autres médecins qui participent ou participeront aux soins de votre patient

Nom du médecin

Spécialité

Date de la consultation (jj-mm-aaaa)

Des parents de votre patient ont-ils souffert de la même maladie, d'une maladie similaire ou apparentée?

Oui Non Inconnu

Si oui, veuillez indiquer les renseignements ci-dessous :

Lien

Nature de la maladie

Âge auquel la maladie a été diagnostiquée

Votre patient fait-il actuellement usage de tabac ou de produits du tabac?

Oui Non Inconnu

Votre patient a-t-il déjà fait usage de tabac ou de produits du tabac?

Oui Non Inconnu

Si oui, veuillez indiquer la date d'arrêt (mm-aaaa)

Autres commentaires :

COORDONNÉES DU MÉDECIN À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Nom du médecin (en lettres moulées)

Spécialité

Adresse

Téléphone

Télécopieur

Signature
du médecin

M.D.

Date
(jj-mm-aaaa)

Prestations pour maladie grave

Déclaration de l'employeur

! Si votre assurance maladie grave est fournie par votre employeur, veuillez faire remplir ce formulaire.

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

| | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Nom | | Prénom | | Date de naissance (jj-mm-aaaa) | |
| No. | Adresse | | Ville | Province | Code postal |
| Téléphone | | Courriel | | | |
| Emploi | Classification de l'employé (ex. gestionnaire, directeur, partenaire, etc.) | | | Salaire annuel | |
| Cochez les cases qui s'appliquent : | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Permanent | <input type="checkbox"/> Temporaire | <input type="checkbox"/> Saisonnier | <input type="checkbox"/> Temps plein | <input type="checkbox"/> Temps partiel | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| Date d'embauche (jj-mm-aaaa) | | Dernier jour travaillé (jj-mm-aaaa) | | Date de retour au travail (ou prévue) (jj-mm-aaaa) | |
| Dernier jour travaillé en raison de : | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Invalidité | <input type="checkbox"/> Licenciement | <input type="checkbox"/> Grève ou lockout | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | |

RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------|--|--|
| Numéro de la police | | Nom du titulaire de la police | | | |
| Montant des prestations | Date d'entrée en vigueur de l'assurance de l'employé (jj-mm-aaaa) | | Date de versement des primes (jj-mm-aaaa) | | |
| L'employé était-il effectivement au travail à la date d'entrée en vigueur de l'assurance? Si non, veuillez en indiquer la raison. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | | |
| Date de retour au travail (jj-mm-aaaa) | | | | | |

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR

| | | | | | |
|---------------------------|---------|-------------|----------|----------|-------------|
| Nom de l'entreprise | | | | | |
| No. | Adresse | | Ville | Province | Code postal |
| Téléphone (avec le poste) | | Télécopieur | Courriel | | |

Je certifie que les renseignements consignés dans la présente déclaration sont, au meilleur de ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|
| Nom du responsable des ressources humaines ou de l'agent autorisé (en lettres moulées) | | Titre | |
| Signature | | Date (jj-mm-aaaa) | |