

Preuve préliminaire de sinistre

(invalidité, exonération des primes et indemnités hebdomadaires en cas d'accident)

Informations et documents requis pour les demandes de remboursement

- Remplissez toutes les sections de la déclaration du demandeur et soumettez votre demande accompagnée d'une déclaration du médecin traitant, d'une déclaration de l'employeur et des autres pièces justificatives énumérées ci-dessous.
- Il incombe au demandeur de faire remplir les formulaires requis à ses propres frais.
- La déclaration du médecin doit être remplie par un médecin agréé (MD). La déclaration du médecin remplie par un physiothérapeute ou un chiropracteur ne sera pas acceptée.
- Si l'assuré a été vu initialement à l'hôpital, une copie du résumé de sortie de l'hôpital peut être soumise à la place de la déclaration du médecin traitant.
- Afin de garantir un traitement rapide de votre demande, veuillez vous assurer que tous les documents de demande de remboursement sont entièrement remplis et que les pièces justificatives requises sont fournies au moment de la demande.
- **Coordination des prestations** pour les frais dentaires, hospitaliers, paramédicaux, de lunetterie et de soins d'urgence : Vous devez toujours soumettre les demandes de remboursement à vos autres régimes en premier lieu (régimes d'assurance publics, privés ou collectifs). Une fois que vous avez reçu une copie de l'explication des prestations de l'autre compagnie d'assurance, veuillez nous l'envoyer pour compléter votre demande de remboursement.
- Veuillez noter que cette liste n'est pas exhaustive et que d'autres documents peuvent être nécessaires pour compléter votre demande.
- Les originaux des reçus ne sont pas nécessaires, cependant, veuillez conserver les originaux pendant 12 mois après la date à laquelle vous avez soumis la demande de remboursement.
- Le demandeur est responsable de tous les frais nécessaires pour remplir les formulaires.
- Soumettez tous les formulaires ensemble à la Compagnie à l'adresse ci-dessous. Vous pouvez également envoyer vos formulaires de demande par télécopieur. Nous vous rappelons toutefois que le courriel n'est pas un moyen de communication sûr et qu'il ne doit être utilisé que pour transmettre des informations non confidentielles.

! La déclaration du demandeur doit être complétée et accompagnée de toutes les pièces justificatives requises

DEMANDE DE PRESTATION POUR	PIÈCES JUSTIFICATIVES REQUISES
Invalidité/ indemnités hebdomadaires en cas d'accident	<input type="checkbox"/> Déclaration du demandeur remplie <input type="checkbox"/> Déclaration du médecin remplie (MD) <input type="checkbox"/> Déclaration de l'employeur dûment remplie <ul style="list-style-type: none"> • Pour les employés : Feuilles d'impôt des deux dernières années • Pour les travailleurs indépendants : Déclarations d'impôt fédéral et provincial des deux dernières années. <input type="checkbox"/> Formulaire d'autorisation signé <input type="checkbox"/> Copies de deux (2) talons de salaire récents <input type="checkbox"/> Copie du rapport d'accident (le cas échéant)
Hôpital, paramédical, conseil et prothèse	<input type="checkbox"/> Déclaration du médecin remplie (MD) <input type="checkbox"/> La recommandation d'un médecin est requise pour les prestations paramédicales et de conseil
Exonération de primes	<input type="checkbox"/> Déclaration du demandeur remplie <input type="checkbox"/> Déclaration du médecin (MD) dûment remplie <input type="checkbox"/> Déclaration de l'employeur dûment remplie <input type="checkbox"/> Formulaire d'autorisation signé

En fournissant des formulaires de demande de règlement pour la commodité du demandeur, la Compagnie n'admet aucune responsabilité et ne renonce à aucune des conditions de la police. La fourniture de ce formulaire de demande de règlement n'indique pas une couverture. Seules les demandes admissibles seront payées.

VEUILLEZ RENVOYER TOUS LES FORMULAIRES DE DEMANDE ET LES PIÈCES JUSTIFICATIVES À NOTRE BUREAU PAR COURRIER OU FAX

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
iA Marchés spéciaux (service des réclamations)
400 – 988 Broadway O,
CP 5900, Vancouver, BC V6B 5H6

Téléphone 1 800-266-5667
Télécopieur 1 866-913-3620

Preuve préliminaire de la perte - Formulaire de réclamation - Déclaration du demandeur

SECTION A

Prestation demandée : Exonération des primes Invalidité Indemnité accident hebdomadaire

Nom du titulaire de la police _____ N° de la police : _____ Numéro de la demande : _____

Nom du demandeur _____ Âge _____ Date de naissance _____ Sexe M F NAS _____
(J J / M M / A A A A)

Adresse postale/rue : _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone (maison) _____

Adresse courriel _____ Téléphone (cellulaire) _____

SECTION B

1. a. Emploi au moment de l'invalidité _____ b. Revenu annuel brut : _____ c. Employé Travailleur autonome Sans emploi

2. Courte description de l'emploi (% des tâches qui sont physiques, administratives, etc.) _____

3. Nom de l'employeur : _____ Adresse : _____

4. Y êtes-vous encore employé ? Oui Non Si non, depuis quand? _____
(jj/mm/aaaa)

5. Est-ce un travail saisonnier? Oui Non Si oui, période de travail habituelle : _____

6. a. Si employé, date à laquelle vous avez arrêté de travailler pour des raisons médicales : _____
(jj/mm/aaaa)

b. Si sans emploi, date de début de l'invalidité totale : _____
(jj/mm/aaaa)

7. a. Autres sources de revenus? Oui Non Si oui, lesquelles? WCB/CSST AE Maladie AE RPC/RRQ Invalidité RPC/RRQ Retraite
Toutes autres sources, y compris les compagnies d'assurance : (précisez) _____ Assurance collective Invalidité individuelle Invalidité hypothécaire

b. Décision : En attente Approuvée Refusée En appel c. Si approuvée, montant de la réclamation : _____ \$ Aux deux semaines Mensuel

d. Recevez-vous toujours ces prestations? Oui Non depuis _____ (Note : joignez une copie de toute documentation reçue de l'organisation)
(jj/mm/aaaa)

8. a. Êtes-vous encore totalement invalide? Oui Non depuis _____
(jj/mm/aaaa)

b. Quand avez-vous recommencé ou recommencerez-vous à travailler à temps partiel? de : _____ à _____
(jj/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)

c. Quand avez-vous recommencé ou recommencerez-vous à travailler à temps plein? _____
(jj/mm/aaaa)

SECTION C

1. Décrivez la nature de votre invalidité : _____

2. a. Dans le cas d'une maladie, les symptômes sont apparus le : _____ Diagnostic : _____
(jj/mm/aaaa)

b. Dans le cas d'un accident, date de l'accident : _____ Heure : _____ Lieu _____
(jj/mm/aaaa)

Comment cet accident est-il arrivé? Décrivez : _____

c. Dans le cas d'un accident automobile, vous étiez : Conducteur Passager

Nom des témoins : _____ Adresse : _____

3. Date à laquelle vous avez consulté un médecin pour la première fois pour cette condition : _____
(jj/mm/aaaa)

Nom du médecin _____ Adresse _____ Numéro de téléphone _____

4. Où et quand votre médecin vous a-t-il traité? Clinique Hôpital Domicile Date: _____ Heure : _____
(jj/mm/aaaa)

5. a. Avez-vous déjà eu cette maladie ou une maladie semblable? Oui Non Si oui, quand : _____
(jj/mm/aaaa)

b. Donnez les détails : _____ c. Nom du médecin : _____

6. a. Avez-vous été traité par un autre médecin pour cet accident ou cette maladie? Oui Non Si oui, quand : _____
(jj/mm/aaaa)

b. Nom du médecin _____ Adresse : _____

7. Quel est votre historique médical des cinq dernières années? _____

8. a. Quand avez-vous recommencé ou recommencerez-vous à travailler à temps partiel? _____ Heure _____
(jj/mm/aaaa)

b. Quand avez-vous recommencé ou recommencerez-vous à travailler à temps plein? _____ Heure _____
(jj/mm/aaaa)

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts et que les déclarations faites dans tout appel téléphonique lié à cette demande seront véridiques et complètes. Je conviens que tous ces énoncés constituent le fondement de toute prestation approuvée à la suite de cette demande de règlement.

Daté _____ Signature du demandeur _____
(jj/mm/aaaa)

Déclaration du médecin traitant

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom du patient

Date de naissance (jj-mm-aaaa)

ANTÉCÉDENTS DU PATIENT

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

Si oui, depuis quand? (jj-mm-aaaa)

Si non, nom du médecin de famille

Oui Non

Ce patient vous a-t-il été référé par un autre médecin? Si oui, veuillez préciser.

Oui Non

Autres médecins consultés ou référés concernant l'affection actuelle du patient

Noms des médecins

Spécialités

HISTORIQUE DE L'INVALIDITÉ

Date du début de l'invalidité totale
(jj-mm-aaaa)

Date de l'accident ou de l'apparition
des premiers symptômes
(jj-mm-aaaa)

Date de la première visite pour la période
actuelle d'invalidité
(jj-mm-aaaa)

Date de la dernière visite (jj-mm-aaaa)

Fréquence des visites :

Hebdomadaire Mensuelle Autre :

Cause de l'invalidité :

Maladie Accident du travail Accident d'automobile Autre :

En cas de rechute, date à laquelle l'invalidité totale est réapparue (jj-mm-aaaa)

DIAGNOSTIC

Primaire :

Secondaire – Affections et complications médicales liées :

Résultats des investigations (rayons X, tests de laboratoire, etc.) :

Le patient a-t-il déjà souffert d'une affection identique ou similaire? Oui Non Inconnu

Si oui, veuillez préciser la date (jj-mm-aaaa) et la décrire

Déclaration du médecin traitant (suite)

SYMPTÔMES / LIMITATIONS

Quels symptômes et limitations ont été constatés après votre évaluation? Veuillez préciser le degré de gravité (M = léger, Md = modéré et S = sévère).

Symptômes :	Limitations fonctionnelles :
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Md <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Md <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Md <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Md <input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Md <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Md <input type="checkbox"/> S

Les limitations fonctionnelles sont Temporaires Permanentes

TRAITEMENT

Médicaments (nom et dosage) :

Physiothérapie Ergothérapie Psychothérapie Autre :

Fréquence de la thérapie : En cours Terminée

Réaction au traitement : Bonne Partielle Aucune Trop tôt pour le savoir

En cas d'hospitalisation, du (jj-mm-aaaa) _____ au (jj-mm-aaaa) _____ Actuellement hospitalisé

Nom de l'hôpital : _____ Raison de l'hospitalisation : _____

S'il y a lieu, procédure chirurgicale prévue (description) : _____ Date (jj-mm-aaaa) _____

PRONOSTIC

L'état de santé du patient le rend-il incapable d'exercer sa profession? Oui Non

Si non, depuis le (jj-mm-aaaa) _____ Si oui, dans combien de temps le patient sera-t-il en mesure de reprendre le travail?
_____ semaines _____ mois Indéterminé ou Date de retour au travail (jj-mm-aaaa) _____

Impossibilité de reprendre le métier antérieur à la blessure S'il y a lieu, si le patient n'est pas sur le marché du travail, indiquez la durée approximative de l'invalidité :
_____ semaines _____ mois Indéterminé ou Fin de l'invalidité le (jj-mm-aaaa) _____

Le patient peut-il exercer une autre profession? Si oui, début (jj-mm-aaaa) _____ Considérez-vous que le patient est totalement et définitivement handicapé?
 Oui Non Oui Non Trop tôt pour le savoir

L'état de santé du patient : est stable s'est amélioré s'est dégradé Le pronostic est : Favorable Réservé Espérance de vie réduite

Y a-t-il d'autres renseignements que vous souhaiteriez ajouter concernant la santé du patient (y compris des facteurs non médicaux)?

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom du médecin (en lettres moulées) _____ No. de permis _____ Généraliste Spécialiste, veuillez indiquer : _____

Adresse _____ Téléphone _____ Télécopieur _____

Signature du médecin _____ M.D. _____ Date (jj-mm-aaaa) _____

Confirmation de l'employeur du revenu et des prestations

! La déclaration de l'employeur doit être dûment remplie et signée par un représentant autorisé de la société.

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur		Adresse de l'employeur	
Téléphone de l'employeur		Télécopieur de l'employeur	Adresse courriel de l'employeur
Nom de l'employé		Numéro de la police	
Emploi		Veuillez cocher la case qui s'applique <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Occasionnel	

1. (a) Quelles sont les exigences physiques du poste? Travail manuel lourd Travail manuel léger Sédentaire
(b) Veuillez décrire brièvement l'emploi, notamment les tâches physiques et administratives (joignez une description de poste, si possible) :

2. Quel est le salaire (excluant les bonis, les commissions et les heures supplémentaires)? Horaire : _____ \$ et par semaine : _____ \$
3. Quelles sont les heures moyennes travaillées, sans inclure les heures supplémentaires? Par jour : _____ h Par semaine : _____ h

4. (a) Quel a été le dernier jour travaillé? _____
(b) Quelle est la raison de l'arrêt de travail? _____

5. Durée de l'emploi :
De : Jour _____ Mois _____ Année _____ À : Jour _____ Mois _____ Année _____

6. Est-ce que l'employé paie 100 % de la prime pour la prestation d'assurance invalidité réclamée? Oui Non

7. Cet employé est-il admissible au remplacement du revenu ou à des prestations d'invalidité collectives? Oui Non Si Oui, veuillez préciser ci-dessous :

- (a) Je suis ou je serai payé pendant mon arrêt de travail : _____
(b) Payé par qui? _____
(c) Pour combien de temps? _____

8. Cet employé est-il admissible à l'indemnisation des travailleurs ou à un régime équivalent? Oui Non Si Oui, veuillez préciser ci-dessous :
Cet employé est-il admissible pour l'indemnisation des travailleurs ou une indemnisation équivalente en raison de l'accident? Oui Non

- (a) Quand l'employé a-t-il recommencé ou recommencera-t-il le travail à temps partiel? Date : _____ Heure : _____
(b) Quand l'employé a-t-il recommencé ou recommencera-t-il le travail à temps plein? Date : _____ Heure : _____

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

Signature autorisée	Titre
X	
Nom (en lettres moulées)	Date de la signature

Autorisation

PROTECTION DE LA CONFIDENTIALITÉ 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. Les renseignements personnels sont conservés dans un dossier de règlement confidentiel aux bureaux de la société ou d'un organisme autorisé par la société, dans un endroit sécurisé. Nous restreignons l'accès aux renseignements figurant dans les dossiers de règlement 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 en droit. Nous utilisons ces renseignements pour étudier, évaluer et administrer la demande de règlement concernée aux termes de la police d'assurance. Vous pouvez accéder aux renseignements personnels figurant dans le dossier de l'assuré et corriger tout renseignement inexact. Tout renseignement personnel sur la santé vous sera fourni par l'entremise d'un médecin praticien de votre choix. Pour examiner ces renseignements personnels, veuillez envoyer une demande écrite à l'attention du Service des Règlements à l'adresse ci-dessus, en y indiquant le nom du médecin praticien.

AUTORISATION ET DÉCLARATIONS

Je soussigné(e) autorise la société, assurance et services financiers inc., dans le but d'investiguer, évaluer et administrer de ma demande de règlement :

a) à obtenir seulement l'information nécessaire pour les raisons mentionnées ci-dessus, des personnes ou organismes qui ont des informations personnelles sur moi, incluant mes autres assureurs, réassureurs, institutions financières, médecins, institutions médicales et fournisseurs de soins de santé; employeurs ou administrateurs de régimes d'assurance collective; agents ou courtiers; compagnies d'investigation et agences d'évaluation du crédit, et toutes les personnes ou organisations qui pourraient avoir des informations personnelles en relation avec ma demande de règlement.

b) à communiquer et échanger seulement les renseignements nécessaires sur ma personne aux personnes et organisations mentionnées ci-dessus

Je comprends que l'information personnelle obtenue par cette autorisation sera utilisée par la société lors de l'investigation, l'administration et l'évaluation de ma demande de règlement. Les informations obtenues ne seront pas divulguées par la société, excepté aux personnes ou organismes qui ont besoin d'y accéder pour remplir leurs fonctions ou service légal en relation avec ma demande de règlement, ou aux personnes autorisées par la loi et aux personnes auxquelles j'aurai accordé l'accès.

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 la Déclaration du demandeur 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
ou Parent ou tuteur légal (si mineur)

Date de signature (aaaa-mm-jj)