



## CONFIRMATION ET AUTORISATION DU BÉNÉFICIAIRE (DEMANDEUR)

JE CONFIRME par la présente que, à ma connaissance, les renseignements donnés dans cette réclamation sont véridiques et complets.

J'AUTORISE par la présente l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la Société ») à consulter, à copier ou à réviser tout dossier qu'elle possède sur la personne décédée à des fins d'étude et de traitement de la réclamation pour la personne décédée. Je permets également l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale aux fins de cette demande.

J'AUTORISE par la présente tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, le titulaire de la police, tout employeur, ainsi que toute autre personne, toute organisation ou institution publique ou privée à communiquer à la Société ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom tout dossier ou toute information d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information concernant la personne décédée à des fins d'étude et de traitement de la réclamation pour la personne décédée.

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, la Société 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 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.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de cette Confirmation et autorisation du bénéficiaire (demandeur) a la même valeur que l'original.

Je CONFIRME que j'ai lu l'Avis relatif au délai de prescription ci-dessous.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Signature du bénéficiaire (demandeur) \_\_\_\_\_

Nom de la personne décédée : \_\_\_\_\_ Date de naissance 

A	M	J

## DÉCLARATION DU MÉDECIN (à remplir si l'assurance vie facultative est supérieure à 75 000 \$ ou si l'assurance vie (facultative et de base) est supérieure à 250 000 \$.)

Nom complet de la personne décédée \_\_\_\_\_  Fumeur  Non-fumeur

Date du décès 

A	M	J

 Lieu du décès \_\_\_\_\_ Date de naissance 

A	M	J

Cause immédiate du décès \_\_\_\_\_ Date du début de la maladie ou de l'événement 

A	M	J

Causes qui ont contribué au décès (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

J'ai traité la personne décédée du 

A	M	J

 au 

A	M	J

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

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

Signature du médecin \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

## COMMENT SOUMETTRE LE PRÉSENT FORMULAIRE?

Par la poste : Syndicat des Métallos, Section locale 8922

1535, boul. Hamelin

Trois-Rivières (Québec) G8Y 3G7

Téléphone : 514 523-2060

1 800 361-2914

## 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.