

Avant de soumettre votre demande

- Veuillez prendre connaissance des termes de votre contrat d'assurance afin de vous assurer que le diagnostic émis par votre médecin fait partie des maladies couvertes par votre contrat.
- Veuillez également consulter les autres termes et conditions de votre contrat d'assurance, notamment pour les polices ayant une période d'attente, des limitations et/ou des exclusions.

*Le document en référence pourrait s'intituler certificat d'assurance, tableau d'assurance ou sommaire d'assurance.

Afin d'assurer un traitement rapide de votre demande

- Vous trouverez ci-joint les formulaires nécessaires à l'ouverture de votre demande. Ces formulaires devront nous être retournés dûment complétés et signés par vous-même, votre employeur* et votre médecin traitant. Afin d'éviter un délai dans le traitement de votre demande, veuillez vous assurer de compléter ces formulaires en totalité et le plus précisément possible. *Le Certificat de l'employeur doit être complété que si la protection Maladie Grave est offerte par votre employeur.
- La déclaration du médecin traitant doit être complétée par un docteur diplômé en médecine. Étant donné que vous n'êtes pas examiné par un de nos directeurs médicaux, l'étude de votre demande dépend de la qualité de l'information médicale fournie par votre médecin. Par conséquent, afin d'éviter tout délai supplémentaire dans le traitement de votre dossier, veuillez vous assurer que votre médecin inclut les copies des consultations avec les spécialistes, ainsi que les résultats de toutes les investigations et tests menés confirmant le diagnostic. Veuillez vous référer au formulaire intitulé "déclaration du médecin traitant" pour la liste des documents requis.
- Afin d'évitez des délais dans le traitement de votre demande, assurez-vous de toujours indiquer votre numéro de police et le nom du détenteur de la police.
- Vous trouverez joint aux formulaires une autorisation. En signant ce document, vous autorisez à l'Industrielle Alliance d'obtenir des renseignements auprès de vos médecins, votre employeur, vos autres assureurs et fournisseurs de soins de santé; et autres décrits dans l'autorisation. Votre autorisation est requise pour obtenir les informations qui pourraient être nécessaires pour l'étude de votre demande.
- Veuillez faire parvenir tous les formulaires ensemble à l'adresse ci-dessous. Les formulaires peuvent également être envoyés par fax au numéro indiqué ci-dessous. Dans ce cas, veuillez noter que les originaux devront nous être adressés par courrier.
- Nous vous recommandons de garder une copie de votre demande pour vos dossiers.
- Nous vous suggérons de soumettre votre demande le plus rapidement possible afin de ne pas dépasser le délai qui pourrait être prévu au contrat

Veuillez lire au verso les renseignements sur le processus de règlement →

Sur réception de votre demande

- Nous vous ferons parvenir une lettre accusant réception de votre demande dans un délai de 5 jours ouvrables. Nous déterminerons si votre demande est admissible pour le versement de prestation selon les termes de votre contrat.
- Au cours de l'étude de votre demande, nous pourrions demander de plus amples renseignements médicaux à votre médecin et/ou à des établissements de soins de santé provinciaux, ou autres. L'obtention de ces informations peut parfois prendre quelques semaines. Dans cette éventualité, nous pourrions vous demander de communiquer directement avec les organismes concernés pour accélérer le processus.
- Lorsque tous les documents nécessaires à l'étude de votre demande seront en notre possession, nous vous ferons part de notre décision.

Notes importantes et réponses aux questions les plus fréquentes

- Comme indiqué précédemment, nous vous tiendrons informé du statut de votre demande.
- Les frais engagés pour compléter le formulaire initial, incluant les frais pouvant être exigés par votre médecin traitant sont à votre charge. Toutefois, si l'Industrielle Alliance demande directement de plus amples renseignements médicaux à votre médecin, nous assumerons le coût des frais qui pourrait être exigé.
- N'hésitez pas à communiquer avec nous pour toutes demandes de renseignements relatives à votre demande. Votre analyste se fera un plaisir de vous répondre.
- Si vous ne parvenez pas à communiquer avec votre analyste, veuillez laisser un message. Dans la mesure du possible, nous retournons nos appels dans un délai de 1 jour ouvrable.

Vous pouvez nous contacter à l'adresse suivante :

Industrielle Alliance
Assurance et services financiers Inc.
Services des règlements Vie et Santé
Solutions pour les marchés spéciaux
2165 Broadway Ouest, CP 5900
Vancouver, (C.-B.) V6B 5H6

Numéro sans frais : 1-800-266-5667
Fax : (604) 733-9519

Pour les fins des présentes, veuillez noter que le genre masculin inclut également le genre féminin.

*Veillez écrire à l'encre*

RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE			
Numéro de police	Nom du Titulaire de la police	Date d'effet de l'assurance	
<input type="checkbox"/> Assurance Individuelle		<input type="checkbox"/> Assurance crédit	<input type="checkbox"/> Assurance collective
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
Prénom	Nom de famille	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Adresse			
Numéro civique	Rue	Appartement	
Ville	Province	Code Postal	
Téléphone résidentiel	Téléphone cellulaire	Téléphone au travail	
Code régional	Code régional	Code régional	
Adresse courriel			
Date de naissance		Numéro d'assurance maladie provincial	
Profession		Employeur	
Date d'embauche	Dernier jour travaillé	Date de retour au travail ou date prévue du retour au travail	
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX			
Veillez décrire le type de maladie grave ou le type de chirurgie		Date du diagnostic ou de l'opération	
Date d'apparition des premiers symptômes	Veillez décrire les premiers symptômes		
Date de la 1ère consultation pour cette maladie	Premier médecin, hôpital, et/ou clinique médicale consulté		
	Nom	Numéro de téléphone	Adresse
Des investigations ont-elles été menées? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez préciser le lieu des investigations			
Nom du médecin ou clinique	Numéro de téléphone		Adresse
Nom du médecin qui a posé le diagnostic			

Nom du médecin ou clinique	Numéro de téléphone	Adresse			
Quel traitement avez vous reçu et recevrez-vous pour votre condition					
Avez-vous déjà souffert d'une condition similaire ou de la même condition <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez nous fournir de plus amples détails ainsi que les dates					
Êtes-vous fumeur ou faites-vous usage de produits du tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Depuis quand? _____ Veuillez indiquer la quantité par jour _____					
Avez-vous fait usage de produits du tabac dans le passé? <input type="checkbox"/> Oui, quand avez-vous cessé? _____ <input type="checkbox"/> Non					
Est-ce que d'autres membres de votre famille ont déjà soufferts d'une condition similaire ou reliée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez nous préciser <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">Lien de parenté</td> <td style="width: 33%; border: none;">Nature de la maladie</td> <td style="width: 33%; border: none;">Âge au moment du diagnostic</td> </tr> </table>			Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge au moment du diagnostic
Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge au moment du diagnostic			
CONSULTATIONS MÉDICALES					
Nom de votre médecin de famille / médecin principal / clinique médicale principale		Depuis combien de temps êtes-vous suivi par ce médecin ou à cette clinique?			
Si vous êtes suivi par le médecin ou la clinique médicale que vous avez indiquée plus haut depuis moins de 5 ans, veuillez indiquer tous les autres médecins ou cliniques médicales consultés dans les 5 dernières années. <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">Nom du médecin et/ou de la clinique</td> <td style="width: 33%; border: none;">Numéro de téléphone</td> <td style="width: 33%; border: none;">Adresse</td> </tr> </table>			Nom du médecin et/ou de la clinique	Numéro de téléphone	Adresse
Nom du médecin et/ou de la clinique	Numéro de téléphone	Adresse			
Veuillez nous fournir tous renseignements que vous jugerez pertinents pour l'étude de votre demande					
Je certifie que les renseignements ci-dessus 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 est 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					
Signature		Date			

PROTECTION DE LA CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. 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 l'Industrielle Alliance ou d'un organisme autorisé par l'Industrielle Alliance, dans un endroit sécurisé. Nous restreignons l'accès aux renseignements figurant dans les dossiers de règlement au personnel de l'Industrielle Alliance 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 l'Industrielle Alliance, 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.

1.

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

2.

Je comprends que l'information personnelle obtenue par cette autorisation sera utilisée par l'Industrielle Alliance lors de l'investigation, l'administration et l'évaluation de ma demande de règlement. Les informations obtenues ne seront pas divulguées par l'Industrielle Alliance, 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 : _____ Date: _____

(jj/mmm/aaaa)

Partie 1 – Autorisation 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 d'acquitter les frais qui pourraient être exigés pour le compléter.

Nom du patient	Date de naissance
	Numéro de police

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

Veillez écrire à l'encre
Partie 2 – A compléter par le médecin

Diagnostic	Date à laquelle le diagnostic a été posé
Date d'apparition des symptômes	Description des premiers symptômes
Date de la 1ère consultation pour cette condition	Lieu de la 1ère consultation (médecin de famille, urgence, clinique sans rendez-vous, etc...)

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

Cancer	Crise cardiaque	Toutes autres conditions
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rapport de pathologie ✓ Rapport de consultation avec spécialiste ✓ Tous 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 et Stadification Invasion des tissus adjacents Atteinte des ganglions lymphatiques Métastases 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rapport de consultation avec spécialiste ✓ Électrocardiogramme ✓ Résultats de laboratoire incluant marqueur cardiaque biochimique, enzymes cardiaques ✓ Protocole opératoire ✓ Angiographie, lecture d'échocardiogramme 3. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rapport de consultation avec spécialiste ✓ Protocole opératoire ✓ Tomodensitométrie, IRM, radiographies, etc. ✓ Angiographie, Échocardiogramme, lecture d'électrocardiogramme ✓ Résultats tests de laboratoire ✓ Évaluation en neurologie ✓ Tout rapport confirmant le diagnostic

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

 Votre patient a-t-il été hospitalisé? Oui Non

Veillez joindre une copie du rapport d'hospitalisation

Si non disponible, veuillez nous préciser

Nom de l'hôpital

Date d'admission

Date de sortie



Est ce qu'une chirurgie a été effectuée ou est prévue? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Procédure	Date
Nom du chirurgien		Spécialité (s'il y a lieu)

Traitement actuel et plan de traitement à venir

Votre patient a-t-il déjà souffert de la même affection ou d'une condition similaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Dans l'affirmative, veuillez nous indiquer à quelle date, le diagnostic et le traitement reçu.

Nom du médecin de famille

Date de la 1ère consultation avec votre patient	Si votre patient vous a été référé, veuillez nous indiquer le nom du médecin référent	Date de la référence
---	---	----------------------

Nom et spécialité des autres médecins impliqués ou qui vont être impliqués dans le traitement de votre patient		
Nom du médecin	Spécialité	Date de consultation

Est ce que d'autres membres de la famille de votre patient souffrent de la même condition, d'une condition similaire ou reliée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		
Dans l'affirmative, veuillez nous indiquer		
Lien de parenté	Nature de la maladie	Age au moment du diagnostic

Votre patient est-il fumeur ou fait-il usage de produits du tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Votre patient a-t-il déjà fait usage de tabac ou de produits du tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Dans l'affirmative, veuillez nous indiquer à quelle date il a cessé

Tout autre commentaire

Nom du médecin	Spécialité	Téléphone
Adresse		Télécopieur
Signature du médecin, M.D.		Date

Ce certificat doit être complété que si votre protection Maladie Grave est offerte par votre employeur

Veillez écrire à l'encre

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ				
Nom de l'employé			Date de naissance	
Adresse				
Numéro civique		Rue	Appartement	
Ville	Province	Code Postale	Téléphone	
			Code régional	
Occupation ou titre d'emploi			Salaire annuel \$	
Classification de l'employé <small>(c'est à dire: gestionnaire, directeur, partenaire, etc.)</small>		Coché tous ceux qui s'appliquent <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Autre _____		Heures travaillées par semaine
Date d'embauche	Dernier jour travaillé	Raison du dernier jour travaillé <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Grève ou un lockout <input type="checkbox"/> Mise à pied <input type="checkbox"/> Autre _____		Date du retour au travail ou date prévue du retour au travail
SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE				
Numéro de police		Titulaire de la police		
Montant de la prestation \$	Date d'effet de l'assurance pour cet employé	Date jusqu'à laquelle les primes ont été payées		
L'employé était-il effectivement au travail à la date d'effet de l'assurance <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si non, raison que l'employé n'était pas effectivement au travail à cette date			Date du retour au travail	
SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR				
Nom de l'entreprise				
Adresse de l'entreprise				
Numéro civique		Rue	No. Bureau/Suite	
Ville	Province	Code postale		
Téléphone	Télécopieur	Adresse courriel		
Area code	Poste	Area code		
À ma connaissance, je certifie que les renseignements contenus dans cette déclaration sont véridiques, exacts et complets				
Signature de l'agent des ressources humaines ou l'agent autorisé			Date	
Nom (en lettre moulées)		Titre		