

La trousse « Demande de règlement » comprend : un feuillet d'instructions, les formulaires à remplir pour demander des indemnités d'invalidité et des renseignements importants sur le processus de règlement.

**Veillez conserver le présent feuillet d'instructions pour pouvoir vous y reporter.**

La trousse « Demande de règlement » comprend les formulaires suivants, qui doivent être remplis et soumis dans les 90 jours du début de l'invalidité totale :

- A** Déclaration du demandeur – Justificatif préliminaire de perte
- B** Autorisation et déclarations
- C** Déclaration initiale du médecin traitant
- D** { Renseignements sur certificats et établissements financiers  
Déclaration de l'employeur

Veillez en outre fournir une copie de votre certificat de naissance ou de votre permis de conduire.

**A. Déclaration du demandeur – Justificatif préliminaire de perte**

Dans ce formulaire, on vous demande des renseignements à votre sujet. Veuillez remplir au complet toutes les parties du formulaire. Si d'autres renseignements que vous jugez pertinents pour votre demande de règlement n'y sont pas demandés, veuillez les joindre en annexe.

**B. Autorisation et Déclarations**

Il nous faut votre permission pour obtenir des renseignements qui nous aideront à évaluer votre demande de règlement. En signant ce formulaire d'autorisation et de déclarations, vous autorisez l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») à obtenir des renseignements de vos médecins, de votre employeur, d'autres assureurs, de fournisseurs de soins de santé et d'autres personnes indiquées dans l'autorisation. En outre, vous confirmez que les renseignements que vous fournirez ultérieurement en personne ou par téléphone seront véridiques et complets.

**C. Déclaration initiale du médecin traitant**


Le médecin qui vous soigne pour votre condition invalidante doit remplir ce formulaire. On lui demande des renseignements généraux sur votre(vos) condition(s). Les honoraires que peuvent exiger vos médecins traitants pour remplir ce formulaire sont à votre charge.

**D. Renseignements sur certificats et Établissements financiers**

Dans ce formulaire, on vous demande des renseignements importants sur votre certificat, l'établissement financier et le prêt. Veuillez remplir les parties applicables et, surtout, ne pas oublier d'indiquer le numéro du certificat. Si vous avez plus d'un prêt couvert par une assurance invalidité de la société, veuillez donner des renseignements additionnels dans la section prévue à cet effet ou sur une feuille distincte. Ce formulaire nous permet en outre d'échanger des renseignements, de nature non médicale, avec votre concessionnaire et votre établissement financier.

**D. Déclaration de l'employeur**

Avant que nous puissions évaluer votre demande de règlement, il faut que votre employeur remplisse les sections 1 et 2 de ce formulaire. Si vous êtes travailleur autonome, vous devez remplir les sections 2 et 3.

Veillez lire la page 2 pour  
les renseignements sur le  
processus de règlement 

## Avant de soumettre votre demande de règlement :

- Assurez-vous d'avoir lu attentivement votre certificat d'assurance, en particulier la section intitulée « LIMITATIONS ET EXCLUSIONS ».
- Assurez-vous que vous avez lu toutes les instructions, et que toutes les sections pertinentes de la trousse « Demande de règlement » – Assurance crédit-invalidité ont été remplies par vous, par votre employeur et par le(s) médecin(s) traitant(s). N'oubliez pas de joindre une copie de votre certificat de naissance ou de votre permis de conduire. Les renseignements incomplets ou manquants entraîneront des délais.

## Pour assurer le traitement rapide de votre demande de règlement :

- Veuillez transmettre votre demande de règlement à la société à l'adresse indiquée au haut des formulaires de demande. N'envoyez pas les formulaires par télécopieur; envoyez les par la poste ou par messengerie.
- Du fait que nos directeurs médicaux ne vous examinent pas, nous dépendons de la qualité des renseignements médicaux fournis par vos médecins pour évaluer votre demande.
- Nous vous recommandons de soumettre votre demande de règlement dès que possible après la fin du délai de carence afin d'éviter des retards inutiles.
- Veillez à ce que tous les formulaires soient remplis au complet et joints à votre envoi.

## Dès la réception de votre demande de règlement :

- La société évalue les renseignements inscrits sur les formulaires de demande de règlement, détermine votre admissibilité à des indemnités du point de vue de la couverture et des limitations et exclusions, détermine si vous êtes incapable de reprendre le travail et établit une date pertinente pour le retour au travail ou le rétablissement. Notre décision est fondée sur les dispositions du certificat d'assurance, sur les exigences de votre emploi et sur la gravité de vos symptômes attestés par les documents médicaux.
- Nous pouvons juger nécessaire de correspondre directement avec vos médecins pour obtenir les renseignements médicaux complémentaires dont nous avons besoin pour évaluer votre admissibilité aux indemnités.
- Dès la réception de tous les formulaires de demande de règlement originaux, nous communiquerons avec vous dans un délai de dix jours ouvrables pour vous informer :
  - si d'autres renseignements sont requis,
  - si votre demande de règlement est approuvée et payée, ou
  - si votre demande de règlement ne peut pas être traitée, et pour quelles raisons.

## Notes importantes et réponses à quelques questions fréquentes :

- Les coûts reliés à la production de la preuve initiale de perte, dont le coût des renseignements médicaux fournis par vos médecins traitants, sont à votre charge. Lorsque la société s'adresse directement à vos médecins pour obtenir des renseignements, elle offre de payer des honoraires de correspondance pour ce service.
- Un **docteur diplômé en médecine** doit remplir la Déclaration du médecin traitant.
- Vous devez soumettre votre demande de règlement dans les 90 jours de la date du début de votre invalidité totale.
- Nous vous rappelons qu'il vous incombe de continuer à faire vos versements à votre établissement financier jusqu'à ce que votre demande de règlement ait été acceptée. Par conséquent, nous vous recommandons de contacter votre établissement financier pour vous assurer de prendre les arrangements nécessaires afin d'éviter le défaut de vos obligations.
- Si votre demande de règlement est acceptée, les indemnités commenceront un mois après la date du début de l'indemnisation et par la suite seront versées mensuellement à la fin de chaque période.
- Les indemnités sont versées directement à l'Établissement financier pour réduire votre obligation financière aux termes du prêt. Nous vous avisons de tous versements effectués.
- Si votre état s'améliore ou se détériore considérablement, vous devez en aviser immédiatement la société.
- Il vous incombe d'aviser la société de votre retour au travail à quelque titre que ce soit, ou de votre rétablissement.

*Veillez remplir à l'encre, en lettres moulées.*

### DEMANDEUR

Prénom	Initiales	Nom	Cochez une case <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M.	
Date de naissance (jj-mmm-aaaa)	Assurance maladie provinciale			
Adresse	Ville	Prov.	Code postal	
N° de tél. à la maison	N° de tél. ( <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Cellulaire)		Courriel	

### OCCUPATION

Occupation actuelle	Dernier jour travaillé (jj-mmm-aaaa)
Employeur actuel	Êtes-vous travailleur autonome? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Décrivez brièvement les tâches principales de votre emploi et énumérez les tâches particulières que vous ne pouvez pas exécuter du fait de votre invalidité :	

#### Type d'emploi :

<input type="checkbox"/> À temps plein	heures par semaine	<input type="checkbox"/> À temps partiel	heures par semaine
<input type="checkbox"/> Saisonnier	Indiquez les mois habituels d'emploi		
<input type="checkbox"/> Autre	Indiquez la nature de l'emploi, l'horaire de travail et les heures travaillées chaque semaine :		

#### Indiquez le nom de votre employeur et votre occupation au début de votre prêt.

Nom de l'employeur	Occupation au début de votre prêt	N° de tél.	
Adresse de l'employeur	Ville	Prov.	Code postal

### INVALIDITÉ

Quelle condition médicale cause votre invalidité?

Avez-vous d'autres conditions médicales?

Date du début de l'invalidité (jj-mmm-aaaa)	Lieu et date de la première consultation avec votre médecin	Date (jj-mmm-aaaa)
	<input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> À son cabinet <input type="checkbox"/> À l'hôpital	

**Avez-vous déjà eu une maladie ou une blessure semblable?**  
 Oui  Non

Si oui, quand? (jj-mmm-aaaa)	Si oui, veuillez donner des détails ci-dessous (i.e. chirurgie, médicaments, physiothérapie, diète, exercice, etc.)
------------------------------	---

**Votre maladie ou blessure a-t-elle été causée par un accident?**  
 Oui  Non

Si oui, quand l'accident est-il survenu? (jj-mmm-aaaa)	Heure
--	-------

Si oui, Lieu de l'accident  
 À la maison  Au travail  Ailleurs

Si ailleurs, veuillez préciser
--------------------------------

**Votre invalidité résulte-t-elle d'un accident de véhicule automobile?**  
 Oui  Non

Si oui, rapport de police n°	Si oui, lieu du détachement	<b>ou</b> annexe à ce formulaire une copie du constat de l'accident de véhicule automobile.
------------------------------	-----------------------------	---

## INVALIDITÉ (SUITE)

Description de la maladie ou blessure : (S'il s'agit d'une blessure, comment s'est-elle produite?)

Description du traitement actuel : (c.-à-d. chirurgie, médicaments, physiothérapie, diète, exercice, etc.)

**Avez-vous été hospitalisé?**    Nom de l'hôpital    **du?** (jj-mmm-aaaa)    **au?** (jj-mmm-aaaa)

Yes    No

**Nom du médecin qui traite cette invalidité**    N° de tél.    N° de télécopieur

Adresse    Ville    Prov.    Code postal

**Nom du médecin de famille**    N° de tél.    N° de télécopieur

Adresse    Ville    Prov.    Code postal

**Nom du médecin de famille au commencement de votre prêt**    N° de tél.    N° de télécopieur

Adresse    Ville    Prov.    Code postal

**Est-ce qu'un autre médecin vous a traité pour cette maladie ou blessure?**    Indiquez ses nom, adresse et numéro de téléphone.    N° de tél.

Oui    Non

Adresse    Ville    Prov.    Code postal

**Quand avez-vous repris ou allez-vous reprendre le travail?**

À temps partiel    Date (jj-mmm-aaaa)    Heure     AM    PM     À temps plein    Date (jj-mmm-aaaa)    Heure     AM    PM

## AUTRES SOURCES DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

Source	N <sup>os</sup> demandes de règlement	Nom et N° de tél. de votre contact	Montant et fréquence des prestations	Premier versement (jj-mmm-aaaa)
<input type="checkbox"/> CSST/CSIAT ou l'équivalent				
<input type="checkbox"/> Régime d'assurance invalidité de l'employeur				
<input type="checkbox"/> Police collective avec : _____				
<input type="checkbox"/> Autres sources : _____				

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

X

Signature du demandeur \_\_\_\_\_ Date (jj-mmm-aaaa) \_\_\_\_\_

## La protection de la confidentialité de vos 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 et évaluer 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.

## Veuillez signer les deux Autorisation et Déclarations.

### Autorisation et Déclarations

J'autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société »), les fournisseurs de soins de santé, mon employeur, d'autres compagnies d'assurance et d'autres organismes, les établissements, les administrateurs des prestations d'État, les personnes qui possèdent des dossiers ou des renseignements sur moi et les fournisseurs de services indemnisables qui travaillent avec la société, à communiquer et échanger tout renseignement sur ma personne et sur ma santé, lorsque cela est nécessaire pour étudier et évaluer ma demande de règlement et pour appliquer les dispositions du certificat d'assurance.

Je comprends que la société utilisera les renseignements personnels obtenus au moyen de la présente autorisation pour 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.

La présente autorisation demeure valide pendant toute la durée de ma demande de prestations ou jusqu'à ce que je la révoque par ailleurs.

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.

X

Signature du demandeur

Nom du demandeur (en lettres moulées)

Date (jj-mmm-aaaa)

### Autorisation et Déclarations

J'autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société »), les fournisseurs de soins de santé, mon employeur, d'autres compagnies d'assurance et d'autres organismes, les établissements, les administrateurs des prestations d'État, les personnes qui possèdent des dossiers ou des renseignements sur moi et les fournisseurs de services indemnisables qui travaillent avec la société, à communiquer et échanger tout renseignement sur ma personne et sur ma santé, lorsque cela est nécessaire pour étudier et évaluer ma demande de règlement et pour appliquer les dispositions du certificat d'assurance.

Je comprends que la société utilisera les renseignements personnels obtenus au moyen de la présente autorisation pour 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.

La présente autorisation demeure valide pendant toute la durée de ma demande de prestations ou jusqu'à ce que je la révoque par ailleurs.

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.

X

Signature du demandeur

Nom du demandeur (en lettres moulées)

Date (jj-mmm-aaaa)



### PARTIE 1 AUTORISATION – À REMPLIR PAR LE PATIENT

Ceci n'est 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 peuvent être exigés pour le faire remplir.

Nom du patient

Date de naissance (jj-mmm-aaaa)

--	--

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

Signature du patient

Date (jj-mmm-aaaa)

### PARTIE 2 PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

#### 1. Diagnostic (y compris les complications)

Principal

--

Secondaire

--

Le cas échéant, autres conditions susceptibles d'influer sur la durée de l'invalidité :

--

Symptômes subjectifs :

--

Signes objectifs (dont résultats des radiographies courantes, tension artérielle, données de laboratoire et résultats d'examens cliniques pertinents) :

--

--

#### 2. Historique

Date de la manifestation des 1<sup>er</sup> symptômes  
(jj-mmm-aaaa)

Date de 1<sup>ère</sup> visite pour la condition principale  
(jj-mmm-aaaa)

Le patient a-t-il déjà souffert  
de la même condition ou  
d'une condition semblable?

Oui  Non

Si oui, indiquez la date (jj-mmm-aaaa)

--	--	--

Si oui, indiquez le diagnostic et le traitement :

--

--

**Pour faciliter le traitement de la demande de règlement de votre patient, il serait utile d'annexer une copie de vos notes cliniques complètes des trois dernières années ainsi que tous les résultats de tests pertinents et les rapports de consultation relatifs à cette invalidité. Est-ce que les notes sont jointes?  Oui  Non**

#### 3. Êtes-vous le médecin de famille du patient? Oui Non

Si oui, depuis quelle date? (jj-mmm-aaaa)

Avez-vous les notes du médecin précédent?

Oui  Non

Nom du médecin de famille précédent

--	--	--

#### 4. À votre connaissance, à partir de quelle date votre patient a été totalement invalide (incapable de travailler)

Date (jj-mmm-aaaa)

--

#### 5.

Taille actuelle

--

Poids actuel

--

#### 6. Traitement

Quel est le programme du traitement actuel? (c.-à-d. posologie, physiothérapie, counseling, etc., et progrès)

--

--

Veillez indiquer les dates de toutes les consultations pour la condition actuelle :

--

**PARTIE 2 (SUITE)**

7. **Votre patient suit-il rigoureusement les recommandations du traitement?**  Oui  Non  
 Si non, veuillez expliquer :  
 \_\_\_\_\_
8. **Si la condition est due à une grossesse, quelle est (ou était) la date prévue :**  
 of confinement? (jj-mmm-aaaa) de l'accouchement? (jj-mmm-aaaa)  
 \_\_\_\_\_
9. **La condition est-elle due à une maladie ou blessure qui résulte de l'emploi du patient?**  Oui  Non  
 Si oui, votre cabinet a-t-il produit une demande de prestations pour cette condition auprès de la Commission des accidents du travail (CSST, CSIAT) au nom de ce patient?  Oui  Non
10. **Déficiência physique ou mentale :**  
 A. **Le patient est-il ?**  Ambulatoire  Confiné à la maison  Alité  Hospitalisé  
 B. **S'il est ambulatoire ou confiné à la maison, veuillez remplir la section ci-dessous :**  
 Classe 1 – Aucune limitation des capacités fonctionnelles; peut effectuer des tâches difficiles.  
 Classe 2 – Légères limitations des capacités fonctionnelles; peut effectuer des tâches d'intensité modérée.  
 Classe 3 – Limitations marquées des capacités fonctionnelles; peut effectuer des tâches faciles seulement.  
 Classe 4 – Limitations sévères des capacités fonctionnelles; incapable d'aucune tâche.  
 Si classe 1, 2 ou 3, expliquez pourquoi vous croyez que votre patient ne peut pas effectuer son travail :  
 \_\_\_\_\_  
 À votre avis, à quelle date votre patient pourra reprendre son occupation :  
 À temps plein? (jj-mmm-aaaa) À temps partiel? (jj-mmm-aaaa) Avec des tâches modifiées? (jj-mmm-aaaa)  
 \_\_\_\_\_
11. **Veillez indiquer le nom et la spécialité des autres médecins qui ont participé ou participeront à l'évaluation des problèmes médicaux.**  
 \_\_\_\_\_
12. **Hospitalisation** (si cela s'applique à cette maladie ou blessure)  
 Date d'admission à l'hôpital (jj-mmm-aaaa) Date de sortie de l'hôpital (jj-mmm-aaaa) Date de traitement en clinique externe (jj-mmm-aaaa)  
 \_\_\_\_\_  
 Nom du médecin :  
 \_\_\_\_\_
13. **Chirurgie**  
 Intervention chirurgicale pratiquée \_\_\_\_\_ Date de la chirurgie (jj-mmm-aaaa) \_\_\_\_\_  
 Nom du chirurgien  
 \_\_\_\_\_
14. **Autres observations, commentaires :**  
 \_\_\_\_\_

**INFORMATION DU MÉDECIN**

Nom du médecin (en lettres moulées) \_\_\_\_\_ Spécialité \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
 N° de tél. \_\_\_\_\_ N° de télécopieur \_\_\_\_\_

**X**

Signature du médecin

Date (jj-mmm-aaaa)



**EMPLOYEUR : Remplir les sections 1 et 2 et signer au bas.**

**TRAVAILLEUR AUTONOME : Remplir les sections 2 et 3 et signer au bas.**

Nom de l'employé \_\_\_\_\_ Titre de l'emploi (Veillez joindre une description de l'emploi) \_\_\_\_\_

**Section 1**

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ N° de tél. \_\_\_\_\_ N° de télécopieur \_\_\_\_\_

Date d'embauche \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_ Dernier jour travaillé \_\_\_\_\_ Revenu annuel \_\_\_\_\_ \$  
( J J / M M M / A A A A )  À temps plein  Saisonnier \*  À temps partiel \*  Autre \*\* ( J J / M M M / A A A A )

\* Emploi saisonnier ou à temps partiel : indiquez ci-dessous l'horaire de travail de l'employé et la moyenne d'heures travaillées par semaine.

\*\* Autre type d'emploi : indiquez ci-dessous la nature de la relation de travail, l'horaire de travail et la moyenne d'heures travaillées par semaine.

**Section 2**

Était-ce une blessure reliée au travail? Si oui, a-t-elle été approuvée par la CSST/CSIAT ou l'équivalent?  
 Oui  Non  Oui  Non Si oui, indiquez le numéro de la demande de règlement : \_\_\_\_\_

Le dernier jour de travail fut causé par :  
 Une Mise à pied  Une Grève  Un Lock-out  Une Invalidité  Autre : \_\_\_\_\_

L'employé a-t-il travaillé certains jours depuis la date de l'invalidité? Date prévue du retour au travail de l'employé  
 Oui  Non Si oui, inscrivez les dates ci dessous À temps plein \_\_\_\_\_ À temps partiel \_\_\_\_\_  
( J J / M M M / A A A A ) ( J J / M M M / A A A A )

**Section 3 – À remplir par le travailleur autonome**

Nom de la société ou de l'entreprise \_\_\_\_\_ Nature de l'entreprise \_\_\_\_\_

Revenu annuel moyen \_\_\_\_\_ \$  Entreprise individuelle  Société de personnes  Société constituée \_\_\_\_\_  
( J J / M M M / A A A A )

Effectuez-vous des tâches pour l'entreprise en ce moment?  
 Oui  Non Si oui, fournissez une description complète de ces tâches, les heures travaillées, les dates de travail et la rémunération reçue : \_\_\_\_\_

Embauchez-vous quelqu'un pour vous remplacer pendant votre invalidité?  
 Oui  Non Si oui, indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la personne : \_\_\_\_\_

**Je certifie que les renseignements consignés dans la présente déclaration sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.**

Signature de l'employeur \_\_\_\_\_ Nom et prénoms (en lettres moulées) \_\_\_\_\_

Titre \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
( J J / M M M / A A A A )

**Demandeur, veuillez remplir le verso du formulaire**

*Veillez remplir à l'encre, en lettres moulées.*

<b>Certificat et concessionnaire – 1<sup>er</sup> prêt</b>				
Concessionnaire vendeur ou courtier				Numéro du certificat
Adresse				Date de l'achat
Ville		Prov.	Code postal	
N° de tél.		N° de télécopieur		
<b>Établissement financier – 1<sup>er</sup> prêt</b>				
Nom				Numéro du prêt
Adresse				Jour des versements sur prêt
Ville		Prov.	Code postal	
Contact		N° de tél.		Versement mensuel
N° de télécopieur			\$	

<b>Certificat et concessionnaire – 2<sup>e</sup> prêt (s'il y a plus d'un prêt)</b>				
Concessionnaire vendeur ou courtier				Numéro du certificat
Adresse				Date de l'achat
Ville		Prov.	Code postal	
N° de tél.		N° de télécopieur		
<b>Établissement financier – 2<sup>e</sup> prêt</b>				
Nom				Numéro du prêt
Adresse				Jour des versements sur prêt
Ville		Prov.	Code postal	
Contact		N° de tél.		Versement mensuel
N° de télécopieur			\$	

J'autorise Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») à communiquer à mon établissement financier ou à mon concessionnaire vendeur, relativement à ce certificat d'assurance ou, s'il y en a plus d'un, à ces certificats d'assurance, tout renseignement non médical concernant l'état de ma demande de règlement.

Si vous avez plus de deux prêts couverts par une assurance invalidité auprès de la société, vous pouvez photocopier la présente page pour fournir les renseignements sur les autres prêts ou joindre une feuille séparée.

Nom du demandeur (EN LETTRES MOULÉES) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Veillez faire remplir le verso du formulaire par l'employeur**