

Veillez transmettre le formulaire dûment rempli au :

**Service des règlements d'assurance vie et invalidité**  
C. P. 790, succursale B  
Montréal (Québec) H3B 3K6

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

N° de règlement : \_\_\_\_\_ N° de police : \_\_\_\_\_ N° de certificat : \_\_\_\_\_

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_ Prénom de l'assuré : \_\_\_\_\_

**J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE** tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, MIB Inc., toute compagnie d'assurance ou de réassurance, 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, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé à communiquer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (iA Groupe financier) ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom, tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité.

**AVIS RELATIF AU DÉLAI DE PRESCRIPTION**

Conformément à certaines lois, nous devons vous informer que la demande que vous nous avez soumise en vertu de votre police d'assurance 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 tenter de poursuites après un certain délai. Vous devez obtenir des conseils émanant d'une source indépendante au sujet de ce délai.

Signature de l'assuré : **X** \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

**AUTORISATION D'ÉCHANGE D'INFORMATION  
AVEC LE BUREAU MÉDICAL DE LA STM**

**J'AUTORISE** iA Groupe financier à communiquer et à échanger avec le bureau médical de la STM, tout renseignement d'ordre personnel ou médical, tout dossier, ainsi que toute information à mon égard dans le but de faciliter la gestion de ma demande d'invalidité, de mes prestations, de mon retour au travail, et ce, pour la durée de mon absence.

Numéro d'employé de la STM : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Signature de l'employé : **X** \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)