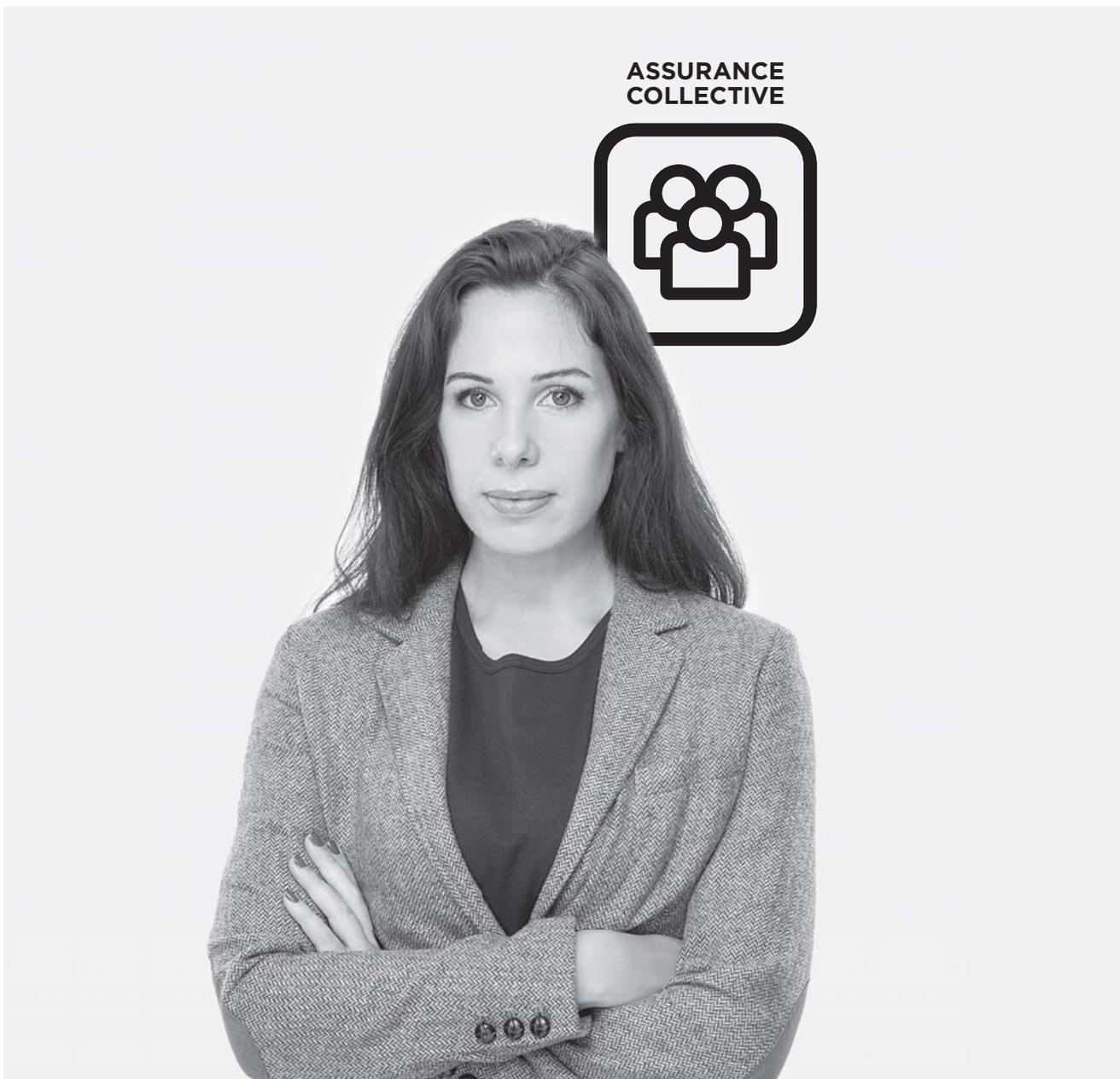


ASSURANCE
COLLECTIVE



F54-382(16-09)

Demande de règlement invalidité

Demande de prolongation



ON S'INVESTIT, POUR VOUS.

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. exerce ses activités.

ia.ca

Veillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région :

| | |
|--|---|
| Québec C. P. 800, succursale Maison de la Poste Montréal (Québec) H3B 3K5 | Toutes les autres provinces 522, avenue University, bureau 400 Toronto (Ontario) M5G 1Y7 |
|--|---|

INSTRUCTIONS

Toute personne ayant à remplir une partie du présent formulaire doit suivre les instructions ci-dessous.

PARTICIPANT

1. Veuillez remplir la *Déclaration du participant*, en prenant soin de répondre à toutes les questions pour éviter tout retard dans l'étude de votre dossier. N'oubliez pas de signer la section « Confirmation et autorisation du participant » à la partie 4.
2. Veillez à ce que votre médecin traitant remplisse la déclaration médicale propre à votre état (physique et/ou psychologique). Vous devez aussi remplir la section « Coordonnées du participant » ET signer l'« Autorisation du participant » qui précède la déclaration du médecin.
3. Veuillez joindre une photocopie de tout relevé de prestations d'un régime gouvernemental en vertu duquel vous recevez des prestations (Régie des rentes du Québec, Régime de pensions du Canada, CSST ou autre régime d'indemnisation des accidents du travail, régime d'assurance automobile ou régime d'indemnisation des victimes d'actes criminels, etc.).
4. Veuillez joindre une copie de toute correspondance reçue d'un des régimes gouvernementaux énumérés au point 3 (lettre d'acceptation, une preuve de paiement, etc.) ainsi qu'une copie du dossier, si possible.

Note :

- a) Il vous incombe de payer les honoraires que demande votre médecin traitant pour remplir sa partie du présent formulaire.
- b) Il importe, au cours de toute invalidité, que vous lisiez les commentaires inscrits sur vos talons de chèques d'indemnisation. Ces commentaires vous informeront de toute décision touchant votre dossier et vous fourniront tout complément d'information nécessaire en cas de prolongation d'invalidité.
- c) Veuillez retourner le document au complet à l'adresse mentionnée ci-dessus sans détacher les pages.

MÉDECIN TRAITANT

1. Veuillez remplir la déclaration médicale propre à l'état de santé (physique et/ou psychologique) de votre patient, en ayant soin de répondre à toutes les questions pour éviter tout retard dans l'étude du dossier.
2. Veuillez joindre au formulaire toute autre documentation pertinente à l'évaluation de la demande (résultats d'examen, rapports de consultation de spécialiste, etc.).

