

Déclaration du demandeur – Maladie grave

Directives à l'intention du demandeur/de la personne assurée :

La présente déclaration doit être remplie par la personne assurée. Si celle-ci ne peut la remplir, veuillez fournir le nom au complet du demandeur et son lien avec la personne assurée à la page 4. Si une personne autre que la personne assurée remplit le présent formulaire ou une partie de celui-ci, veuillez indiquer son nom au complet et son lien avec la personne assurée.

- Remplissez, signez et datez ce formulaire.
- Demandez à votre médecin de remplir la **Déclaration du médecin traitant – Maladie grave (CL1476FR)**.

Vous devez assumer tous les frais encourus pour faire remplir le présent formulaire.

POUR UN REMBOURSEMENT DES PRIMES AU DÉCÈS, UTILISEZ LE FORMULAIRE CL213FR – DÉCLARATION DU DEMANDEUR (DEMANDE DE RÈGLEMENT DÉCÈS).

Renseignements sur la personne assurée

Nom de famille		Prénom		Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
Adresse				App./Bur.
Ville	Province/Territoire/État	Pays		Code postal/Code ZIP
Téléphone – domicile	Cellulaire	Téléphone – bureau		Numéro de police
Courriel	Profession	Secteur d'activité*		Dernier jour de travail (JJ/MM/AAAA)

*Référez-vous à la **Liste des secteurs d'activités et des professions valables (IP-LP1971FR)**.

Renseignements sur la maladie

- Quelle est la nature de la maladie ou de la chirurgie? _____
- Veuillez indiquer la date à laquelle les symptômes sont apparus pour la première fois : (JJ/MM/AAAA) _____
- Veuillez décrire vos symptômes : _____
- Veuillez indiquer la date à laquelle vous avez été informé du diagnostic : (JJ/MM/AAAA) _____
- Veuillez fournir la date de la chirurgie, le cas échéant : (JJ/MM/AAAA) _____
- Veuillez spécifier la date à laquelle vous avez consulté un médecin pour la première fois pour cette affection : _____
 (JJ/MM/AAAA)
 Quel est le nom du médecin que vous avez consulté? _____
- S'agit-il de votre médecin habituel/médecin de famille? Oui Non
- Quels sont les examens que vous avez passés pour diagnostiquer votre affection? _____
- Avez-vous déjà souffert d'une affection similaire ou connexe ou reçu des traitements à cet égard? Oui Non
 Dans **l'affirmative**, veuillez donner tous les détails et les dates de chaque épisode : _____
- Un des membres de votre famille (père, mère, frère ou soeur) a-t-il déjà souffert d'une maladie similaire ou connexe? Oui Non
 Dans **l'affirmative**, veuillez indiquer le lien de parenté, la nature de la maladie et l'âge auquel la maladie a été diagnostiquée : _____

Consultations médicales

1. Veuillez indiquer le nom de votre médecin de famille : _____ Numéro de téléphone : _____

Adresse

Ville	Province/Territoire/État	Pays	Code postal/Code ZIP
-------	--------------------------	------	----------------------

2. Veuillez fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de tous les médecins auprès desquels vous avez reçu des traitements pour cette maladie :

NOM DU MÉDECIN	ADRESSE (NUMÉRO, RUE, VILLE, PROVINCE /TERRITOIRE/ÉTAT)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	DATE DE CONSULTATION (JJ/MM/AAAA)

3. Si vous avez été traité dans un hôpital ou un autre établissement médical, veuillez donner les détails suivants :

NOM DE L'HÔPITAL	LIEU (VILLE)	DATE D'ADMISSION (JJ/MM/AAAA)	DATE DE CONGÉ (JJ/MM/AAAA)

4. Veuillez décrire tout autre traitement que vous avez reçu ou que vous recevez présentement pour cette affection :

TYPE DE TRAITEMENT	LIEU	MÉDECIN TRAITANT	DATE DE TRAITEMENT (JJ/MM/AAAA)

Autre

1. Cette affection est-elle assurée auprès d'un autre assureur? Oui Non
 Dans **l'affirmative**, veuillez fournir des détails (y compris le numéro de toute police et le nom de tout assureur) : _____

2. Faites-vous usage d'une forme quelconque de tabac, de produits de nicotine ou de marijuana? Oui Non
 Dans **l'affirmative**, veuillez préciser le type et la quantité consommée par jour, ainsi que la durée de consommation.

Si vous avez répondu « **non** », veuillez indiquer si vous avez déjà fait usage d'une forme quelconque de tabac, de produits de nicotine ou de marijuana. Oui Non
 Si « **oui** », quand avez-vous cessé d'en consommer? (JJ/MM/AAAA) _____

3. Veuillez fournir tout autre renseignement que vous jugez pertinent à votre demande : _____

Avis relatif à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels (Avis de confidentialité)

La politique d'ivari sur la protection de la vie privée, que vous pouvez consulter sur ivari.ca, décrit la façon dont nous traitons vos renseignements personnels, que vous soyez personne assurée ou demandeur. Elle énonce également vos droits et les choix qui vous sont offerts.

En résumé :

ivari utilise vos renseignements personnels aux fins suivantes :

- La vérification de votre identité.
- L'évaluation de tout formulaire que vous soumettez dans le cadre des polices d'assurance que vous détenez auprès d'ivari.
- L'administration de la police et la prestation des services y afférents.
- La gestion des opérations commerciales nous permettant d'assurer le service de la police.
- La conduite d'enquêtes et l'analyse des demandes de règlement.
- Le respect de nos obligations juridiques et réglementaires (telles que les déclarations fiscales et la conformité aux lois contre le blanchiment d'argent et le financement des activités terroristes, aux lois prudentielles et aux pratiques commerciales) et/ou de toute ordonnance juridique ou réglementaire (par exemple, une ordonnance d'un tribunal ou une citation à comparaître) à l'encontre d'ivari.

Si l'évaluation de la demande de règlement l'exige, nous pouvons également recueillir vos renseignements personnels auprès de sources externes, notamment les établissements ou les prestataires de soins de santé, les agences d'enquête et/ou les agences de renseignements sur la consommation et le crédit.

Le cas échéant, ivari peut communiquer vos renseignements personnels à des tiers de confiance, y compris les prestataires dont les services sont retenus pour l'aider à administrer ses polices, les réassureurs d'ivari, votre institution financière, votre conseiller en assurance indépendant et ses associés de soutien, les intermédiaires du marché, vos bénéficiaires et cessionnaires, votre médecin de famille ou votre médecin traitant, et d'autres compagnies d'assurance auxquelles une demande de prestation peut être soumise.

Il est possible que vos renseignements personnels soient transférés, conservés ou traités en dehors de votre juridiction et que les autorités de ces juridictions puissent y avoir accès.

Dans certains cas, vous avez le **droit de retirer votre consentement** à l'utilisation et à la communication de vos renseignements personnels. Vous avez également le **droit de consulter et de corriger** les renseignements que nous détenons à votre sujet, et **d'obtenir des informations sur toute décision entièrement automatisée** que nous prenons en utilisant vos renseignements. Vous pouvez envoyer votre demande écrite par la poste au **Responsable de la protection de la vie privée, ivari, 200-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7E9, ou par courriel à privacyoffice@ivari.ca**.

Vous pouvez consulter l'intégralité de notre politique sur la protection de la vie privée sur ivari.ca. Assurez-vous de la lire attentivement pour bien comprendre son contenu. Veuillez noter que nous pouvons mettre à jour cette politique de temps à autre.

CONSENTEMENT REQUIS POUR CE FORMULAIRE ET POUR LA POLICE

Les autorisations suivantes sont nécessaires lors de la soumission de ce formulaire à ivari :

1. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels, tel qu'il est décrit dans l'**avis de confidentialité** et dans la politique d'ivari sur la protection de la vie privée affichée sur ivari.ca.
2. J'autorise ivari à recueillir mes renseignements personnels auprès de tiers aux fins décrites dans sa politique sur la protection de la vie privée et conformément à celle-ci.
3. Si je donne mon consentement au nom d'une ou de plusieurs personnes assurées mineures (âgées de moins de 18 ans au Québec ou de moins de 16 ans dans toutes les autres provinces) aux points ci-dessus, je déclare être habilité à le faire.

Signature de la **personne assurée**

Signature du **demandeur**

Autorisation et déclaration

Attestation du demandeur : Les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, véridiques et complets. En cas de déclaration fautive ou trompeuse, il pourrait y avoir annulation de la couverture, rejet de la demande de règlement et recouvrement des règlements précédents. J'accepte de rembourser à ivari tout paiement reçu après avoir présenté une demande de règlement pour des prestations auxquelles je n'avais pas droit.

Cette autorisation n'a pas de date d'expiration. Elle demeure valide tant que je demande des prestations ou des services d'ivari. Je conviens qu'une photocopie ou version électronique de la présente autorisation dûment signée par moi est aussi valide que l'original.

Nom de la personne assurée

Signature de la personne assurée

Date (JJ/MM/AAAA)

Nom du demandeur

Signature du demandeur

Date (JJ/MM/AAAA)

Lien avec la personne assurée



C.P. 4241, Station A, Toronto (Ontario) M5W 5R3 • Téléphone : 1-855-806-5057 • reclamations@ivari.ca



Vous pouvez nous transmettre de manière instantanée et sécurisée vos formulaires remplis et signés en utilisant notre outil en ligne *Envoyer des documents* accessible sur ivari.ca.

MC ivari et les logos ivari sont des marques de commerce d'ivari Holdings ULC. ivari est autorisée à utiliser ces marques.