

## AVANTAGECritique<sup>MC</sup> – Déclaration du demandeur

**VEUILLEZ ÉCRIRE À L'ENCRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**

Si une personne autre que le demandeur a rempli cette déclaration ou une partie de celle-ci, veuillez indiquer son nom et son lien avec le demandeur : \_\_\_\_\_

Nom de famille du demandeur : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_ Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone – domicile : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_ Téléphone – bureau : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Secteur d'activité\* \_\_\_\_\_

Dernier jour de travail : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Quand les symptômes sont-ils apparus? (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Veuillez décrire les symptômes : \_\_\_\_\_

Quand avez-vous été avisé du diagnostic? (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'une demande de règlement pour une **intervention chirurgicale**, quand la chirurgie a-t-elle eu lieu? \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

\*Pour la liste des secteurs d'activités valables, visitez <https://ivari.ca/fr/outils-et-ressources/administration/> et effectuez une recherche du formulaire IP-LP1971FR.

**1** Veuillez fournir les dates et des précisions sur l'apparition des symptômes et la nature de votre affection.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2** Quand avez-vous consulté un médecin pour la première fois en raison de cette affection? (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

**3** Nom et adresse du médecin : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4** Était-il votre médecin traitant habituel? Oui Non

Dans **la négative**, veuillez indiquer le nom de la personne qui vous a référé à ce médecin. \_\_\_\_\_

**5** Veuillez indiquer les examens qui ont été effectués pour diagnostiquer votre affection.

\_\_\_\_\_

**6** Veuillez indiquer le traitement que vous recevez présentement et la date à laquelle il a débuté.

\_\_\_\_\_

**7** Avez-vous déjà souffert d'une affection similaire ou apparentée, ou avez-vous reçu un traitement pour cette affection?

Oui Non Dans **l'affirmative**, veuillez fournir des détails et les dates de chaque épisode.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8** L'un de vos parents par le sang a-t-il déjà souffert d'une maladie similaire ou apparentée? Oui Non

Dans **l'affirmative**, veuillez indiquer le lien de parenté, la nature de la maladie, ainsi que l'âge et l'année au cours de laquelle la maladie a été diagnostiquée.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## AVANTAGECritique<sup>MC</sup> – Déclaration du demandeur

9 Avez-vous subi un test VIH? Oui Non

Dans **l'affirmative**, veuillez indiquer la date du plus récent : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Résultat : Positif Négatif

Dans **la négative**, un test VIH a-t-il été prévu? Oui Non

Dans **l'affirmative**, veuillez indiquer la date : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

10 a) Faites-vous usage de produits à base de nicotine? Oui Non

Dans **l'affirmative**, veuillez indiquer le type de produit et la quantité consommée par jour et préciser depuis combien de temps vous en faites usage.

b) Dans **la négative**, en avez-vous déjà fait usage? Dans **l'affirmative**, veuillez indiquer la quantité consommée par jour et la date à laquelle vous avez cessé d'en faire usage.

11 Si vous avez reçu des soins d'un médecin ou avez été traité dans un hôpital relativement à cette maladie, veuillez fournir les renseignements suivants :

NOM DU MÉDECIN	ADRESSE (NUMÉRO ET RUE, VILLE, PROVINCE ET CODE POSTAL)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (Y COMPRIS L'INDICATIF RÉGIONAL)	DATE DE CONSULTATION (JJ/MM/AAAA)

NOM DE L'HÔPITAL	ADRESSE (NUMÉRO ET RUE, VILLE, PROVINCE ET CODE POSTAL)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (Y COMPRIS L'INDICATIF RÉGIONAL)	DATE D'ADMISSION (JJ/MM/AAAA)	DATE DE SORTIE (JJ/MM/AAAA)

12 Si cela n'a pas déjà été fait ci-dessus, veuillez fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre médecin de famille au Canada.

13 Cette affection est-elle assurée auprès d'une autre compagnie? Oui Non Dans **l'affirmative**, veuillez indiquer :

NOM DE L'ASSUREUR	NUMÉRO DE POLICE	TYPE DE RÉGIME	MONTANT ASSURÉ	UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT A-T-ELLE ÉTÉ SOUMISE?
			\$	Oui Non
			\$	Oui Non
			\$	Oui Non

## Avis de divulgation

### AVIS CONCERNANT LA COLLECTE, L'UTILISATION ET LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire feront partie du dossier qu'ivari a ouvert et conserve à son siège social. Les renseignements dans votre dossier pourront être utilisés **aux fins de la conduite d'enquêtes et de l'analyse de toute demande de règlement**. ivari recueille, utilise et divulgue vos renseignements personnels, tel qu'il est décrit dans les sections du présent formulaire concernant l'autorisation de divulgation de renseignements personnels. Nous recueillons en outre des renseignements sur vous au moyen du présent formulaire, de tous formulaires et questionnaires supplémentaires, et à partir des **sources externes** suivantes.

Les médecins et autres praticiens et fournisseurs de soins médicaux et de soins de santé; les hôpitaux, les cliniques et autres établissements médicaux; les autres compagnies d'assurance et de réassurance; les agences d'enquête; le bureau des permis et immatriculations de toute juridiction; les comptables; l'employeur; la commission des accidents du travail ou tout régime similaire; tout organisme gouvernemental et vos conseillers en assurance indépendants.

Ces renseignements personnels peuvent porter sur votre santé, votre caractère, votre réputation en général, vos caractéristiques personnelles, vos finances, votre crédit et votre mode de vie. Pour les besoins de l'enquête, il est possible qu'un représentant chargé d'établir de tels rapports communique avec vous en personne ou par téléphone. Pour en savoir plus sur le processus d'analyse de toute demande de règlement, veuillez nous écrire à : **Service des règlements**, ivari, 500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8.

## AVANTAGECritique<sup>MC</sup> – Déclaration du demandeur

---

Vos renseignements pourraient être communiqués à votre conseiller en assurance indépendant et aux agences générales déléguées, distributeurs et intermédiaires de marché et à leurs employés auxquels votre conseiller est associé, aux fins décrites ci-dessus. Le cas échéant, vos renseignements personnels pourraient également être communiqués à vos bénéficiaires relativement à une demande de règlement.

Vos renseignements personnels pourraient être, en toute sécurité, utilisés, consignés et consultés dans d'autres pays et être assujettis à leurs lois. Par exemple, les renseignements pourraient être divulgués en réponse à des demandes des gouvernements, des tribunaux ou des autorités chargés de l'application des lois de ces pays.

Nous avons élaboré des procédures pour protéger vos renseignements personnels. Toutefois, en cas d'accès, de divulgation ou d'utilisation non autorisés, vous pourriez faire face aux risques suivants : vol d'identité, détérioration de votre cote de crédit, perte financière, embarras ou atteinte à votre réputation. Si nous estimons que vous êtes exposé à un risque réel de préjudice grave, nous veillerons à ce que notre Bureau de la protection de la vie privée vous en informe et vous suggère des mesures pour vous en prémunir.

Les détails de la Politique sur la protection la vie privée d'ivari se trouvent sur [ivari.ca](http://ivari.ca).

Vous pouvez refuser de consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels. Toutefois, dans un tel cas, ivari pourrait ne pas être en mesure de fournir les services d'administration, ce qui pourrait retarder le traitement de la demande ou entraîner son rejet.

### AUTORISATION DE DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Pour les **besoins de la conduite d'enquêtes et d'analyse de toute demande de règlement**, j'autorise et enjoins/nous autorisons et enjoignons tout médecin, praticien de la médecine, hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou établissement lié aux soins médicaux, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout employeur, toute commission des accidents du travail ou tout autre régime similaire, tout organisme gouvernemental ou toute autre organisation, institution, association ou personne ayant en sa possession ou pouvant éventuellement avoir en sa possession des renseignements sur moi/nous ou sur ma/notre santé, à divulguer à ivari, à ses représentants autorisés et à ses réassureurs, sur demande d'ivari, tous renseignements aux fins énoncées dans les avis.

### AUTORISATION À L'ASSUREUR

J'autorise/Nous autorisons l'assureur à recueillir, utiliser et divulguer mes/nos renseignements personnels (y compris les renseignements financiers, personnels et médicaux) à des fins liées à l'assurance.

La présente autorisation n'a pas de date d'expiration. Elle demeure valide tant que je demande/nous demandons des prestations ou des services d'ivari. Je, soussigné(e), reconnais/Nous, soussigné(e)s, reconnaissons qu'une photocopie ou version électronique de la présente autorisation dûment signée par moi/nous est aussi valide que l'original.

Je comprends que le fait de remplir le présent formulaire ne constitue pas une acceptation de la demande de règlement par ivari.

---

Signature du demandeur

---

Date (JJ/MM/AAAA)



500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8 • Téléphone : 1-800-846-5970