

Déclaration du demandeur – Maladie grave

Directives à l'intention du demandeur/de l'assuré : **PRIÈRE D'ÉCRIRE À L'ENCRE.**

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

- Remplissez, signez et datez la présente *Déclaration du demandeur – Maladie grave* (CL1477FR)
- 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 l'assuré

Nom de famille		Prénom(s)	
Numéro de police		Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Numéros de téléphone
Adresse			À la maison
Ville	Province	Code postal	Au travail
Courriel			Cellulaire
Profession	Secteur d'activité*		Dernier jour de travail (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.

Renseignements sur la maladie

1. Quelle est la nature de la maladie ou de la chirurgie? _____
2. Veuillez indiquer la date à laquelle les symptômes sont apparus pour la première fois : (JJ/MM/AAAA) _____
3. Veuillez décrire vos symptômes : _____
4. Veuillez indiquer la date à laquelle vous avez été informé du diagnostic : (JJ/MM/AAAA) _____
5. Veuillez fournir la date de la chirurgie, le cas échéant : (JJ/MM/AAAA) _____
6. 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? _____
7. S'agit-il de votre médecin habituel/médecin de famille? Oui Non
8. Quels sont les examens que vous avez passés pour diagnostiquer votre affection? _____
9. 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 : _____
10. 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 à laquelle la maladie a été diagnostiquée : _____

Déclaration du demandeur – Maladie grave

Consultations médicales

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

Adresse

Ville

Province

Code postal

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)	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 (comme 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 : _____

Autorisation et déclaration de confidentialité

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.

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; 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.

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

Autorisation de divulgation des renseignements personnels : Pour les besoins de la conduite d'enquêtes et d'analyse de toute demande de règlement, je, l'assuré, autorise/nous, les assurés, autorisons toute personne, y compris sans toutefois s'y limiter, tout médecin ou tout fournisseur de soins de santé, tout hôpital 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 identifié dans les avis ayant ou pouvant éventuellement avoir en sa possession des renseignements sur moi/nous ou sur ma/notre santé, à divulguer à *ivari*, ses représentants autorisés et à ses réassureurs, sur demande d'*ivari*, tous renseignements aux fins énoncées dans les avis.

Déclaration du demandeur – Maladie grave

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 l'assuré (En caractères d'imprimerie)

Signature de l'assuré

Date (JJ/MM/AAAA)

Nom du demandeur (En caractères d'imprimerie)

Signature du demandeur

Date (JJ/MM/AAAA)

Lien avec l'assuré



500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8 • Téléphone : 1-800-846-5970 • Télécopieur : 416-883-5715

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