C.P. 4241, Station A
Toronto (Ontario) M5W 5R3
ivari.ca

Programme d'assistance pour raisons humanitaires – Demande de prestation par l'assuré

1 Renseignements sur la police

PERSONNE ASSURÉE

Numéro de la ou des polices	Capital assuré $
Nom de la personne assurée *(prénom et nom de famille)*	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
Adresse	App./Bur.

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

Téléphone – domicile	Cellulaire	Téléphone – bureau

Adresse de courriel

PROPRIÉTAIRE DE LA POLICE S'IL N'EST PAS LA PERSONNE ASSURÉE

Nom du propriétaire *(prénom et nom de famille)*	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
Adresse	App./Bur.

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

Téléphone – domicile	Cellulaire	Téléphone – bureau

Adresse de courriel

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

2 Renseignements sur la demande de prestation À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

Décrivez la nature exacte de votre maladie ou blessure.

Date du premier traitement de votre maladie ou blessure : _____ (JJ/MM/AAAA)

Date de la dernière consultation auprès d'un professionnel de la santé pour votre maladie ou blessure : _____ (JJ/MM/AAAA)

MALADIE OU BLESSURE ANTÉRIEURE :

a) Avez-vous déjà souffert d'une maladie ou blessure de ce genre? ○ Oui ○ Non

b) Si ***« Oui »***, indiquez

i) la date : _____

_____

ii) le nom du médecin traitant : _____

PRONOSTIC :

a) Un professionnel de la santé a-t-il indiqué que votre maladie est en phase terminale? ○ Oui ○ Non

b) Si ***« Oui »***, quelle espérance de vie vous a-t-on communiquée? _____

NOM ET ADRESSE DE VOTRE OU DE VOS MÉDECINS : **VEUILLEZ FOURNIR DES RENSEIGNEMENTS SUR TOUS LES MÉDECINS CONSULTÉS AU COURS DES CINQ (5) DERNIÈRES ANNÉES.**

1.	Nom			Date de la dernière consultation (JJ/MM/AAAA)
	Adresse			Numéro de téléphone
	Ville	Province/Territoire/État	Pays	Code postal/Code ZIP
2.	Nom			Date de la dernière consultation (JJ/MM/AAAA)
	Adresse			Numéro de téléphone
	Ville	Province/Territoire/État	Pays	Code postal/Code ZIP
3.	Nom			Date de la dernière consultation (JJ/MM/AAAA)
	Adresse			Numéro de téléphone
	Ville	Province/Territoire/État	Pays	Code postal/Code ZIP

Dernière hospitalisation (le cas échéant)

a) Du : (JJ/MM/AAAA) _____ au : (JJ/MM/AAAA) _____

b) Nom et adresse de l'hôpital : _____

_____

_____

3 Demande de prestation

Je demande une avance sur police en un versement unique selon les modalités de la modification relative à la prestation en vertu du programme d'assistance pour raisons humanitaires.

Montant demandé _____ $ ou maximum* _____

* Montant maximum = valeur totale du compte moins 3 déductions/primes mensuelles.

4 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 propriétaire. 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 **propriétaire**

5 Déclaration

En apposant ma signature ci-dessous en tant que personne assurée ou propriétaire, je déclare ce qui suit :

- Je suis autorisé(e) à donner des instructions à l'égard de la police indiquée dans le présent formulaire.
- J'ai lu et pleinement compris le contenu du présent formulaire, et j'accepte les modalités qui y sont énoncées.
- Je déclare et conviens que tous les énoncés et toutes les réponses fournis dans le présent formulaire sont, pour autant que je sache, véridiques, complets et inscrits correctement et qu'ils constituent le fondement de cette demande.
- Je conviens que toute information fausse ou trompeuse dans le présent formulaire peut me rendre responsable envers ivari de tout versement effectué par cette dernière par suite de cette demande. J'accepte de rembourser à ivari tout paiement reçu après avoir présenté une demande pour des prestations auxquelles je n'avais pas droit.
- Je reconnais que la prestation du vivant de l'assuré peut, selon tous les faits, être imposable et qu'ivari me recommande de consulter un conseiller fiscal pour plus de renseignements.

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

Je, la personne assurée/le propriétaire, reconnais que la police sera mise à jour pour inclure la modification relative à la prestation du vivant de l'assuré.

Signature de la personne assurée

Date : (JJ/MM/AAAA) _____

Adresse :

Signature du témoin

Date : (JJ/MM/AAAA) _____

Adresse :

Signature du bénéficiaire irrévocable

Date : (JJ/MM/AAAA) _____

Adresse :

Signature du témoin

Date : (JJ/MM/AAAA) _____

Adresse :

Signature du propriétaire (s'il n'est pas la personne assurée)

Date : (JJ/MM/AAAA) _____

Adresse :

Signature du témoin

Date : (JJ/MM/AAAA) _____

Adresse :

ivari MC 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.

ENREGISTRER IMPRIMER EFFACER