

ATTENTION :
JOINDRE UNE COPIE DU RAPPORT DU RADIOLOGISTE.
SI DES FRAIS SONT EXIGÉS POUR LE RAPPORT DU RADIOLOGISTE, ILS SONT À LA CHARGE DU DEMANDEUR.

	Représentant	Agence	Code	U.S.
1. NUMÉROS DE CONTRATS	2. Nom de famille de l'assuré(e)			
	3. Prénom(s)			Date de naissance A M J
	4. N°	5. Rue		6. App.
	7. Ville		8. Province	9. Code postal
	10. N° tél. (dom.)		11. Numéro d'assurance sociale	
12. Fracture subie (spécifier quels os)				
13. Date de l'accident				
14. Lieu où est survenu l'accident				
15. Comment l'accident est-il arrivé?				
16. Personnes présentes (témoins)				
17. Est-ce que les autorités policières ont été appelées sur les lieux de l'accident?				
18. Hôpital où la fracture a été traitée				
19. Nom du médecin				
20. Date à laquelle la fracture a été diagnostiquée				

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande de règlement sont exacts et que toute déclaration faite au cours d'un entretien en personne ou par téléphone concernant la présente demande de règlement sera exacte et complète. Je consens à ce que toutes ces déclarations forment la base de toute prestation approuvée pour cette demande de règlement.

Je consens à donner les renseignements inscrits sur ce formulaire à l'**Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.** ou à sa filiale l'**Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc.**, (les compagnies) et je reconnais que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter, administrer la présente demande et la couverture de la police d'assurance. J'autorise tout autre assureur, réassureur, établissement financier, médecin, établissement médical et fournisseur de soins de santé, employeur et administrateur d'assurance collective, représentant ou courtier, agence d'investigation et d'évaluation de crédit et toute personne et entreprise susceptibles d'avoir des renseignements personnels pertinents à cette demande de règlement à les transmettre aux compagnies.

J'autorise les compagnies à échanger les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande et tous les autres renseignements inclus dans les dossiers ayant rapport à cette demande ou à cette police d'assurance avec les personnes identifiées dans le paragraphe précédent aux fins désignées ci-dessus ou à toute autre fin autorisée par moi-même ou comme requis par la loi.

Je confirme qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ jour d' _____ 20 _____

Signature du demandeur

Témoïn

Adresse du demandeur

Adresse du témoin

Tél. - Dom. : _____

- Bur. : _____