MALADIE GRAVE

INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC. www.inalco.com

Les frais exigés pour la production de ce formulaire incombent au demandeur.

Règlements, Assurance de personnes
1080, Grande Allée Ouest
C. P. 1907, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 7M3

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Pour un remboursement de primes à la suite d'un décès, utilisez le formulaire F55-21.

Numéro de contrat

Représentant _____ Agence _____ Code _____ U.S. _____

Nom de l'assuré _____ Prénom(s) _____ Date de naissance A M J

Adresse _____
N° Rue App.

_____ Code postal
Ville Province

Téléphone : _____ _____ Numéro d'assurance sociale

Nature de la maladie ou de l'opération : _____

Date de l'apparition des symptômes de la maladie : _____

Description des premiers symptômes : _____

Date du diagnostic posé par un médecin ou date de l'opération : _____

Date de la première consultation : _____

Nom de votre médecin de famille : _____

Adresse _____
N° Rue

_____ Code postal
Ville Province

Nom des médecins consultés (Si vous n'avez pas le nom, indiquez le nom de la clinique ou de l'hôpital.)	**Date**	**Adresse**	**Raisons**

Est-ce qu'un membre de votre famille ou vous-même avez déjà souffert de cette maladie? Si oui, indiquez les détails ci-dessous.

Lien de parenté de la personne avec l'assuré	**Nature de la maladie**	**Date**

Avez-vous soumis une demande de règlement auprès d'une autre compagnie?

_____

Faites-vous usage de tabac? Si oui, depuis quand? _____

Avez-vous déjà fait usage de tabac? ❑ Oui ❑ Non Si oui, quand avez-vous cessé? _____

Signé à _____ Date _____

_____ _____
Témoin Assuré

Les frais exigés pour la production de ce formulaire incombent au demandeur.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom du patient _____ Date de naissance A M J

Nature de la maladie : _____

Est-ce que le patient a déjà souffert d'une maladie semblable? _____

Date d'apparition des premiers symptômes : _____

Description des symptômes :

_____

_____

_____

Date de la première consultation : _____

Date du diagnostic : _____

Nom des médecins qui vous ont référé le patient ou à qui vous avez référé le patient :

Nom	**Clinique ou hôpital**
_____	_____
_____	_____

Ce formulaire permet d'ouvrir un dossier pour déterminer si l'assuré peut avoir droit à une prestation de maladie grave. Les maladies qui donnent droit à une prestation sont déterminées contractuellement. Si les conditions sont respectées, la Compagnie communiquera de nouveau avec vous pour obtenir de l'information additionnelle en utilisant l'autorisation signée par le patient. Si une autorisation spéciale est requise, veuillez la joindre à ce formulaire.

Nom du médecin (en majuscules) : _____

Adresse _____

N° Rue

_____ Code postal

Ville Province

Téléphone : | | | | | | | | | | |

Signé à _____ Date _____

_____

Signature du médecin