



**INDUSTRIELLE ALLIANCE PACIFIQUE**  
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS

**Assurance collective pour  
marchés spéciaux (SMG)**  
515, Consumers Road, bureau 400  
Willowdale (Ontario) M2J 4Z2  
Téléphone : (416) 498-8319  
Télécopieur : (416) 498-9892

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE

### BILLET DE SAISON - POLICE N° 100001557

Veillez écrire à l'encre

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

Adresse complète \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
du demandeur \_\_\_\_\_  
(JJ/MMM/AAAA)

Raison de l'annulation  
du demandeur :  MALADIE  BLESSURE

Précisez : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de tous les médecins consultés pendant votre maladie/votre blessure :  
Date de consultation (JJ/MMM/AAAA) Raison

Indiquez le nom et l'adresse de tous les hôpitaux où vous avez reçu un traitement pour votre maladie ou blessure actuelle ainsi que les dates de traitements :

Nom Adresse Date (JJ/MMM/AAAA)

Votre maladie vous empêche-t-elle de skier?  Oui  Non

Si oui, à quelle date prévoyez-vous pouvoir recommencer à skier? \_\_\_\_\_

Si non, à quelle date avez-vous pu recommencer à skier? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MMM/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

### AUTHORISATION DE L'ASSURÉ

À tous les médecins, les professionnels médicaux, les hôpitaux, les établissements de soins médicaux, les pharmaciens, les assureurs et les employeurs.

Vous êtes autorisés à fournir aux agences de renseignements sur la consommation ainsi qu'aux procureurs et aux administrateurs indépendants des demandes de règlement de L'Industrielle-Alliance *Pacifique* Compagnie d'Assurance sur la Vie, qui agissent au nom de la Compagnie, les renseignements afférents aux soins médicaux, aux traitements ou aux services fournis au nom de l'assuré. Ces renseignements serviront à évaluer mon admissibilité aux prestations en vertu du contrat. La présente autorisation est valide pour la durée de ma demande.

Je comprends avoir le droit de recevoir une copie de la présente autorisation sur demande. Je conviens qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original. Il est entendu que l'émission du présent formulaire ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité de la part de l'assureur.

\_\_\_\_\_  
Date (JJ/MMM/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur  
(ou personne autorisée si autre que l'assuré)

**VEUILLEZ FAIRE REMPLIR LE VERSO DU FORMULAIRE PAR LE MÉDECIN TRAITANT.  
N'oubliez pas de retourner votre billet de saison et votre carte de membre avec ce formulaire dûment rempli.**

**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

Nom du patient \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Adresse du patient \_\_\_\_\_

Date de la première visite (JJ/MMM/AAAA) \_\_\_\_\_ Date de la dernière visite (JJ/MMM/AAAA) \_\_\_\_\_

Avez-vous supervisé activement les soins donnés à ce patient durant toute la période des soins?  
 Oui  Non Si non, veuillez donner vos commentaires dans la section Remarques ci-dessous.

Fréquence des visites  par semaine  par mois Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Diagnostic de l'affection incapacitante actuelle : \_\_\_\_\_

Autres affections qui pourraient influencer sur l'invalidité : \_\_\_\_\_

Si l'affection est due à une grossesse, quelle est ou quelle était la date prévue d'accouchement? \_\_\_\_\_

Date d'hospitalisation (JJ/MMM/AAAA) \_\_\_\_\_ Nom et adresse de l'hôpital \_\_\_\_\_

Dans le cas d'une chirurgie : \_\_\_\_\_ Date de la chirurgie : (JJ/MMM/AAAA) \_\_\_\_\_  
 Décrivez \_\_\_\_\_

Si le patient a été dirigé vers vous par un autre médecin, donnez le nom du médecin : \_\_\_\_\_

À ma connaissance, le patient n'était pas en mesure de pratiquer le ski alpin :  
 Du : (JJ/MMM/AAAA) \_\_\_\_\_ Au : (JJ/MMM/AAAA) \_\_\_\_\_ inclusivement \_\_\_\_\_

À ma connaissance, les symptômes se sont d'abord manifestés ou l'accident s'est produit le : \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il déjà connu une affection semblable ou sensiblement semblable?  
 Non  Oui Si oui, quand et donner des précisions (JJ/MMM/AAAA) : \_\_\_\_\_

Remarques : \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

Adresse du médecin : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Date (JJ/MMM/AAAA) \_\_\_\_\_ Signature du médecin traitant \_\_\_\_\_

Date (JJ/MMM/AAAA) \_\_\_\_\_ Signature du patient \_\_\_\_\_

**Déclaration du médecin traitant – (Doit être entièrement complétée et signée par le médecin traitant)**