



**AUTORISATION À LA COLLECTE
DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – INVALIDITÉ**



Service des règlements d'assurance vie et invalidité

Québec
C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec) H3B 3K6

Toutes les autres provinces
522, avenue University, bureau 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

N° de règlement : _____ N° de police : _____ N° de certificat : _____

Nom de l'assuré : _____ Prénom de l'assuré : _____

J'AUTORISE PAR LA PRÉSENTE tout fournisseur de soins de santé ou professionnel de la santé, tout organisme ou établissement de santé, le Bureau de renseignements médicaux, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute agence d'enquête ou d'évaluation du crédit, toute commission de la santé et de la sécurité au travail, le titulaire de la police, mon employeur ainsi que toute autre personne et tout organisme ou établissement public ou privé à communiquer à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. ou à échanger avec elle, ses employés, ses réassureurs ou les agences agissant en son nom, tout dossier (y compris les notes de médecins) et tout renseignement d'ordre personnel ou médical ainsi que toute information à mon égard qui est nécessaire à l'évaluation de ma demande de prestations d'invalidité.

AVIS RELATIF AU DÉLAI DE PRESCRIPTION

Conformément à certaines lois, nous devons vous informer que la demande que vous nous avez soumise en vertu de votre police d'assurance collective est régie par un délai de prescription stipulé dans la Loi sur les assurances ou dans toute autre loi qui s'applique dans votre province (par exemple, la Loi de 2002 sur la prescription des actions (Ontario) ou le Code civil (Québec). Cela signifie que vous ne pouvez plus tenter de poursuites après un certain délai. Vous devez obtenir des conseils émanant d'une source indépendante au sujet de ce délai.

Signature de l'assuré **X** _____ Date _____

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. exerce ses activités. **ia.ca**



**AUTHORIZATION FOR THE COLLECTION
OF PERSONAL INFORMATION – DISABILITY**



Group Life and Disability Claims Department

Quebec
PO Box 790, Station B
Montreal, QC H3B 3K6

All Other Provinces
522 University Avenue, Suite 400
Toronto, ON M5G 1Y7

GENERAL INFORMATION

Claim no.: _____ Policy no.: _____ Certificate no.: _____

Insured's last name: _____ Insured's first name: _____

I HEREBY AUTHORIZE any healthcare provider or professional, medical organization, the Medical Information Bureau, any insurance or reinsurance company, investigation and credit reporting agency, workers' compensation board, the policyholder, my employer, as well as any other person, private or public organization or institution, to disclose and exchange any personal or health information, records (including physicians' notes) or knowledge concerning myself, with Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc. (the "Company"), its employees, reinsurers or any agency acting on behalf of the Company, as required for the purpose of assessing my disability claim.

LIMITATION PERIOD NOTICE

In accordance with certain legislation, we are required to advise you that your claim under your group policy is governed by a limitation period set out in the Insurance Act or other applicable legislation in your province (e.g. Limitations Act, 2002 (Ontario), Civil Code of Québec). This means you cannot sue after a certain period of time has passed. You must obtain your own independent advice regarding this limitation period.

Insured's signature **X** _____ Date _____