

Police collective n° G68-1400

Une demande de règlement consiste en les documents suivants : formule 5954F (sections nos 1 et 2) et formule 5955F (sections nos 1, 2 et 3).

Directives à l'intention du participant (formule 5954F ci-jointe)

Veillez remplir et signer la section n° 1 du formulaire ci-joint. *Si la demande de règlement est présentée au nom d'une personne à charge qui a au moins 18 ans, la personne à charge doit également signer la section n° 1.* Vous devez ensuite faire parvenir le tout (sections nos 1 et 2) au médecin traitant. Une fois rempli, le formulaire doit être soumis directement à l'Industrielle Alliance à l'adresse figurant ci-dessous.

Service des règlements d'assurance-vie
Assurance collective
Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
522, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

Vous êtes tenu de régler les frais afférents à la préparation du formulaire.

Veillez fournir une réponse complète à toutes les questions. Si l'espace fourni n'est pas suffisant pour y répondre, utilisez des feuilles séparées que vous joindrez au formulaire.

Nota : La formule 5955F doit également être remplie.

Les renseignements fournis dans le formulaire ci-joint sont recueillis en vertu du mandat du Conseil du Trésor aux fins de la gestion du Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la Fonction publique. Tous les renseignements sont strictement confidentiels.

SECTION 1 : À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT.

La demande de règlement est présentée au nom du/de la : <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Personne à charge			
Nom de famille du participant		Prénom	
Date de naissance du participant A M J	Numéro d'assurance sociale du participant (exigé aux fins de l'impôt sur le revenu)		N° individuel d'organisme (NIO) du participant
Adresse du participant		Code postal	N° de téléphone du participant ()
Remplissez cette case si la demande de règlement est présentée au nom d'une personne à charge.			
Nom de famille de la personne à charge		Prénom	Lien de parenté avec le participant
			Date de naissance de la personne à charge A M J
Donnez une brève description de l'accident. _____			
Date à laquelle l'accident est survenu A M J	Lieu de l'accident		Date à laquelle la blessure a été traitée pour la première fois par le médecin A M J
Nom du médecin qui a traité la blessure. S'il y en a plus d'un, dressez-en la liste. _____		Adresse du(des) médecin(s) _____	
Nom de l'hôpital où l'hospitalisation a eu lieu. S'il y en a plus d'un, dressez-en la liste. _____		Date de l'hospitalisation. S'il y a plus d'une période d'hospitalisation, précisez. Du A M J au A M J	
Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets et véridiques et j'autorise, par la présente, à ce que tout renseignement demandé dans le cadre de cette demande de règlement soit divulgué à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. Il est expressément convenu que tout médecin ou praticien autorisés, tout hôpital, clinique ou établissement médical agréés, toute compagnie d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux, mon employeur ou tout autre organisme, institution ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur mon état de santé ou, le cas échéant, sur l'état de santé de la personne à ma charge peut divulguer lesdits renseignements à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. De plus, je consens à ce qu'une enquête personnelle, sur moi-même ou sur la personne à ma charge, soit menée. Une photocopie ou une copie carbone de la présente autorisation est aussi valable que l'original.			
_____		_____	
Signature du participant		Date	
_____		_____	
Signature de la personne à charge (si la personne à charge a au moins 18 ans)		Date	

SECTION 2 : À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT.

Nom de famille du patient		Prénom		Date de la première visite à l'égard de la blessure A M J	Date du dernier traitement A M J
1. Donnez la nature exacte, l'endroit et la gravité des blessures subies : _____ _____					
2. Si l'accident a entraîné la perte, totale ou partielle, d'un bras, d'une main, d'une jambe ou d'un pied, indiquez à quel niveau l'amputation a été pratiquée.					Date de l'amputation A M J

Police collective n° G68-1400

Une demande de règlement consiste en les documents suivants : formule 5955F (sections n^{os} 1, 2 et 3) et formule 5954F (sections n^{os} 1 et 2).

Directives à l'intention du participant (formule 5955F ci-jointe)

Veillez remplir et signer la section n° 1 du formulaire ci-joint. *Si la demande de règlement est présentée au nom d'une personne à charge qui a au moins 18 ans, la personne à charge doit également signer la section n° 1.* Vous devez ensuite faire parvenir le tout à votre agent du personnel.

Veillez fournir une réponse complète à toutes les questions. Si l'espace fourni n'est pas suffisant pour y répondre, utilisez des feuilles séparées que vous joindrez au formulaire.

Nota : La formule 5954F doit également être remplie.

Directives à l'intention de l'agent du personnel (formule 5955F ci-jointe)

Veillez remplir la section n° 1 du formulaire ci-joint et assurez-vous qu'elle a été dûment remplie. Vous devez remplir et signer la section n° 2. Veuillez ensuite faire parvenir le formulaire à la Direction des pensions de retraite, Travaux publics et services gouvernementaux Canada.

Les renseignements fournis dans le formulaire ci-joint sont recueillis en vertu du mandat du Conseil du Trésor aux fins de la gestion du Régime d'assurance pour les cadres de gestion de la Fonction publique. Tous les renseignements sont strictement confidentiels.

SECTION 1 : À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT.

La demande de règlement est présentée au nom du/de la : <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Personne à charge			
Nom de famille du participant		Prénom	Date de naissance du participant A M J
Adresse du participant		Code postal	N° individuel d'organisme (NIO) du participant
			()
Remplissez cette case si la demande de règlement est présentée au nom d'une personne à charge.			
Nom de famille de la personne à charge		Prénom	Date de naissance de la personne à charge A M J
		Lien de parenté avec le participant	
Date à laquelle l'accident est survenu A M J		Lieu de l'accident	
Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets et véridiques et j'autorise, par la présente, à ce que tout renseignement demandé dans le cadre de cette demande de règlement soit divulgué à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. Il est expressément convenu que tout médecin ou praticien autorisés, tout hôpital, clinique ou établissement médical agréés, toute compagnie d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux, mon employeur ou tout autre organisme, institution ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur mon état de santé ou, le cas échéant, sur l'état de santé de la personne à ma charge, puisse divulguer lesdits renseignements à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. De plus, je consens à ce qu'une enquête personnelle soit menée sur moi-même ou, le cas échéant, sur la personne à ma charge. Une photocopie ou une copie carbone de la présente autorisation est aussi valable que l'original.			
_____		_____	
Signature du participant		Date	
_____		_____	
Signature de la personne à charge (si la personne à charge a au moins 18 ans)		Date	

SECTION 2 : À REMPLIR PAR L'AGENT DU PERSONNEL.

Le participant est : <input type="checkbox"/> À plein temps <input type="checkbox"/> À temps partiel		Dans le cas d'un participant à temps partiel Heures de travail fixées par semaine _____	Date d'effet des heures fixées A M J	Heures normales à plein temps par semaine
Date de la dernière journée de travail effectif avant l'accident A M J		Raison de l'interruption de travail _____		
Date du retour au travail du participant A M J		Date prévue du retour au travail A M J		
Nom de l'agent du personnel (en lettres moulées)			N° de téléphone de l'agent du personnel ()	
Signature de l'agent du personnel			Date A M J	

SECTION 3 : À REMPLIR PAR LA DIRECTION DES PENSIONS DE RETRAITE.

Par la présente, nous déclarons :		
1. L'assurance en vigueur en date de l'accident : <input type="checkbox"/> M. et M.A. _____ unités <input type="checkbox"/> Protection pour les personnes à charge - conjoint et enfants <input type="checkbox"/> Protection pour les personnes à charge - enfants seulement		
2. Une preuve adéquate de la date de naissance du participant nous est parvenue et les copies ci-jointes de la carte d'adhésion, de la carte de changement de nom et de bénéficiaire(s), le cas échéant, représentent un extrait complet et exact de nos dossiers.		
Remarques : _____ _____ _____		
Nom du représentant autorisé (en lettres moulées)		Signature du représentant autorisé
		Date A M J