iA Groupe financier

COMPTE DE MIEUX-ÊTRE
RÉCLAMATION

ASSURANCE COLLECTIVE

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

Québec
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Toutes les autres provinces
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Titulaire de police _____ N° de police _____

Nom du participant _____ Prénom _____

N° de certificat _____ Date de naissance A M J Sexe : ❑ M ❑ F Langue : ❑ F ❑ A

2. FRAIS À REMBOURSER

Veuillez joindre les reçus originaux pour tous les frais à rembourser. Conservez une copie de tous les reçus, car ceux-ci ne seront pas retournés et seront détruits 60 jours après leur date de réception chez iA Groupe financier.

DÉTAILS DES FRAIS	MONTANTS À REMBOURSER POUR LES FRAIS
	$
	$
	$
	$
Total	$

3. CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

JE CONFIRME PAR LES PRÉSENTES que, à ma connaissance, l'information contenue dans la présente réclamation est complète et exacte et que les frais ont été engagés par moi-même.

JE DIVULGUE l'information contenue dans le présent formulaire de réclamation à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la Société »), à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la demande.

J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel, tout organisme médical, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute commission des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur ainsi que toute autre personne, tout organisme privé ou public ou toute institution à divulguer à la Société, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs toute information relative aux frais dont ils pourraient avoir besoin afin d'évaluer la réclamation.

J'AUTORISE la Société à divulguer à mon employeur/titulaire de la police le solde de mon compte de mieux-être lorsque cela est nécessaire à la gestion et au financement de ce dernier.

J'AUTORISE l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale comme numéro d'identification lorsque nécessaire à l'administration de mon compte de mieux-être.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente « Confirmation et autorisation du participant » possède la même validité que l'original.

Signature du participant X _____ **Date** _____

Adresse _____ Code postal _____