



DEMANDE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE INVALIDITÉ – DÉCLARATION DU REQUÉRANT

Nom de la requérante ou du requérant (prénom, second prénom, nom de famille)	Numéro de contrat	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro d'assurance sociale (NAS)
Adresse (rue, ville, province, code postal)	Adresse courriel		Numéro de téléphone

Nom de l'employeur	Emploi	Revenu mensuel (\$)
Adresse de l'employeur (rue, ville, province, code postal)		

À remplir s'il s'agit d'une blessure ACCIDENTELLE	Date de la blessure (jj/mm/aaaa)	À remplir s'il s'agit d'une MALADIE	Date du commencement de la maladie (jj/mm/aaaa)
Comment et où l'accident est-il survenu? (veuillez donner des détails complets)		Nature de la maladie	
Veuillez décrire les blessures		Veuillez fournir une description de vos symptômes et limitations :	

Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait usage de tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Type de produit utilisé	Date de la dernière utilisation (jj/mm/aaaa)
--	-------------------------	--

Quand a-t-on considéré votre invalidité totale et votre incapacité à occuper tout emploi? (jj/mm/aaaa)	Cela a-t-il exigé une hospitalisation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom de l'hôpital
Adresse	Date d'admission (jj/mm/aaaa)	Date de sortie (jj/mm/aaaa)

À l'heure actuelle, êtes-vous totalement invalide et incapable d'exercer :	votre emploi habituel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	tout autre emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions. Veuillez expliquer, dans vos propres mots, ce qui vous empêche de travailler et comment vous passez votre temps actuellement.		
Si vous n'êtes pas totalement invalide, quel travail faites-vous actuellement et quand avez-vous commencé?		
Quand prévoyez-vous être en mesure d'occuper votre emploi habituel? (jj/mm/aaaa)	Quand prévoyez-vous être en mesure d'occuper tout autre emploi? (jj/mm/aaaa)	

Quels médecins avez-vous consultés pendant votre invalidité actuelle et pour toute autre raison au cours des cinq dernières années?			
Nom	Adresse	Dates	Maladie ou affection



DEMANDE DE RÉCLAMATION D'ASSURANCE INVALIDITÉ – DÉCLARATION DU REQUÉRANT

Veillez cocher la case à côté de chaque garantie à laquelle vous êtes ou vous pourriez être admissible provenant d'autres sources.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Régime de rentes du Québec ou Régime de pension du Canada | <input type="checkbox"/> Prêts assurés (des établissements bancaires, etc.) | <input type="checkbox"/> Prestation d'assurance automobile |
| <input type="checkbox"/> Prestation d'assurance collective | <input type="checkbox"/> Assurance hypothécaire | <input type="checkbox"/> Autre revenu (veuillez préciser) |
| <input type="checkbox"/> Prestation de retraite | <input type="checkbox"/> Autre couverture d'assurance maladie complémentaire | <input type="checkbox"/> Indemnité pour accident du travail –
N° de la réclamation _____ |

Veillez fournir des précisions concernant les garanties cochées ci-dessus.

Nom de la source	Montant de la prestation	Combien de fois a-t-elle été versée?	Date du début des versements (jj/mm/aaaa)

J'ai lu ce qui précède et je reconnais que tous les renseignements fournis dans la présente déclaration sont véridiques, exacts et complets.

Les renseignements personnels que j'ai fournis de plein gré à l'Équitable, conservés dans leurs dossiers, seront utilisés par l'Équitable aux fins de traitement et de règlement des réclamations, d'amélioration et d'élaboration d'outils, de processus, d'études, d'algorithmes et de produits liés à l'assurance ou à la réassurance et de vérification après l'établissement. Je comprends et j'accepte que, aux fins mentionnées ci-dessus, les renseignements personnels au dossier à mon sujet, au sujet de la personne assurée ou de cette demande de réclamation soient accessibles et peuvent être transmis au personnel autorisé de l'Équitable, aux tiers engagés par l'Équitable, au réseau de distribution des ventes de l'Équitable, aux réassureurs participants, aux autres compagnies d'assurance, aux organismes d'enquête, aux fournisseurs de soins de santé, aux professionnels de la santé et aux pharmaciens, ainsi qu'à toute autre personne ou partie qui obtient mon autorisation.

Je reconnais que les renseignements personnels à mon sujet, au sujet de la personne assurée ou de cette demande de réclamation peuvent être traités et conservés à l'extérieur du Canada et, par conséquent, pourraient être assujettis aux lois de ces territoires de compétence. Si ce contrat a été établi au Québec, mes renseignements personnels seront conservés à l'extérieur du Québec. Pour de plus amples renseignements au sujet des pratiques de l'Équitable en matière de vie privée et pour obtenir les coordonnées de la personne responsable de la protection des renseignements personnels, veuillez consulter le site www.equitable.ca/fr.

J'autorise tout employeur, toute compagnie d'assurance, toute commission des accidents du travail, le Régime de pensions du Canada, tout régime de remboursement anticipé des frais médicaux, tout organisme de services, tous les médecins, les praticiens et toute autre personne, les hôpitaux ou tout autre établissement, à communiquer ou à obtenir de l'Équitable^{MD} ou de mon employeur, tout renseignement médical ou lié au versement des prestations qui pourrait être requis pour établir la validité de cette demande de réclamation. Je serai responsable des frais engagés pour obtenir tout autre renseignement supplémentaire nécessaire.

Date :

Signature :

Une disposition concernant le délai de prescription décrit la période pendant laquelle vous pouvez commencer des procédures judiciaires pour recouvrer les prestations du contrat. Cette période est énoncée dans la loi sur les assurances provinciale ou toute autre loi qui s'applique à votre demande de réclamation.

Remarque : l'Équitable ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 668-4095.