

**Compagnie d'Assurance AIG du Canada**

145 Wellington St West

Toronto, ON M5J 1H8

416-596-4005 | 1-877-317-8060

[ahclaimscan@aig.com](mailto:ahclaimscan@aig.com) | [www.aig.com](http://www.aig.com)**DÉCLARATION DU DEMANDEUR - EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE S.V.P.**

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

Adresse (Numéro et rue) \_\_\_\_\_

Numéro d'appartement/unité \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : ( ) \_\_\_\_\_

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

Date de naissance : J / M / A \_\_\_\_\_ Sexe :  Homme  Femme \_\_\_\_\_

1. Date de l'accident : \_\_\_\_\_ Date des premiers soins médicaux : \_\_\_\_\_

2. Tous les détails de l'accident: \_\_\_\_\_

3. Quelles étaient les blessures : \_\_\_\_\_

4. Nom et adresse du médecin de famille : \_\_\_\_\_

5. Nom et adresse des témoins de l'accident : \_\_\_\_\_

6. Nom et adresse des chirurgiens ou des spécialistes qui ont prodigué des soins à la suite de cet accident : \_\_\_\_\_

7. Veuillez indiquer les dates de l'invalidité totale qui vous a empêché d'effectuer l'emploi que vous exerciez avant l'accident (veuillez inclure une attestation médicale à l'appui de votre incapacité) Du : \_\_\_\_\_ Au : \_\_\_\_\_

**AVIS RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :** Je comprends que les renseignements fournis par moi dans le présent formulaire et autrement dans le cadre de ma demande de règlement sont requis par **Compagnie d'Assurance AIG du Canada**, ses réassureurs et administrateurs autorisés (« l'assureur ») afin d'évaluer mon admissibilité aux prestations, y compris mais non de façon limitative, afin de déterminer si la couverture est en vigueur, d'étudier si des exclusions s'appliquent et de coordonner la couverture avec tout autre assureur. À ces fins, l'assureur consultera également ses dossiers d'assurance actuels à mon sujet, recueillera des renseignements supplémentaires à mon sujet et de ma part et, lorsque requis, obtiendra et échangera des renseignements avec d'autres parties. **ATTESTATION :** Les renseignements fournis dans le présent formulaire et autrement relativement à mes demandes de règlement sont, au meilleur de ma connaissance, exacts et complets. En cas d'une fausse déclaration ou de renseignements de nature à induire en erreur en remplissant le présent formulaire, la couverture peut être résiliée, le versement des prestations peut être refusé et le versement des prestations passé peut être recouvré. Je conviens de rembourser à l'assureur le montant de tout versement qui n'aurait pas dû avoir été effectué relativement à ma demande. **AUTORISATION :** J'autorise, pour une période d'au moins douze mois et d'au plus vingt-quatre mois à partir de la date de la signature du présent formulaire, tout médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, établissement de santé, organisme médical, toute clinique et tout autre établissement médical ou relié à la médecine, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute commission des accidents du travail ou tout régime ou organisme semblable, l'administrateur de tout régime d'assurance, tout service du gouvernement fédéral, territorial ou provincial ou toute autre corporation, organisation, institution ou association à divulguer et à échanger avec **Compagnie d'Assurance AIG du Canada** ou ses représentants, toute information sur la santé personnelle, le versement des prestations ou les finances à mon sujet ou toute autre information ou dossier à mon sujet en leur possession qui pourrait être demandé en rapport avec l'administration de la présente demande de règlement.

Je conviens qu'une copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature du demandeur : \_\_\_\_\_