

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 _____ 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.

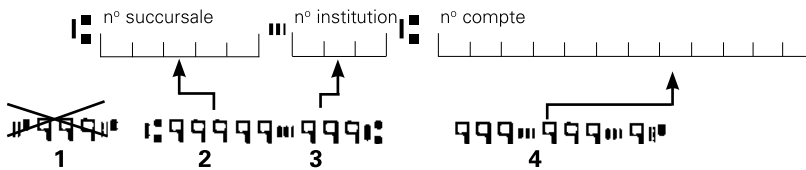
DÉTAILS DES FRAIS	MONTANTS À REMBOURSER POUR LES FRAIS (\$)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
TOTAL	_____

3. DÉPÔT DIRECT ET NOTIFICATION

Dépôt direct du remboursement de vos frais médicaux et dentaires et notification du traitement de vos réclamations

À remplir uniquement pour adhérer au dépôt direct ou pour mettre à jour vos renseignements.

Informations bancaires pour le dépôt direct :



- 1. Numéro du chèque (n'inscrivez pas ce numéro).
- 2. Numéro de la succursale (5 chiffres).
- 3. Numéro de l'institution financière (3 chiffres).
- 4. Numéro de compte jusqu'à 12 chiffres. Le format peut varier selon l'institution financière. **Indiquez tous les chiffres et seulement les chiffres.**

Courriel pour la notification : _____ Personnel Travail

⚠ Pour recevoir les notifications, vous devez fournir votre adresse courriel et vos informations bancaires.

Je ne veux pas recevoir de notification.

Le statut et le détail de vos réclamations de frais médicaux et dentaires sont disponibles en tout temps dans l'Espace client (ia.ca/moncompte), notre site Web sécurisé.

4. 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.

J'AUTORISE l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (iA Groupe financier) à déposer dans mon compte bancaire, en utilisant les informations bancaires que j'ai fournies ci-dessus, tout montant payable à la suite d'une réclamation de soins de santé ou dentaires en vertu de mon régime d'assurance collective.

JE CONSENS à ce que cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce qu'un avis contraire écrit de ma part soit transmis à iA Groupe financier.

JE COMPRENDS que iA Groupe financier ne sera lié par aucune autre obligation quant aux prestations versées.

JE COMPRENDS également que iA Groupe financier peut, sans aucun préavis, mettre fin au dépôt direct des prestations. La présente autorisation prend effet à la date indiquée ci-dessous et est valable pour tout autre compte bancaire actif à cette institution financière ou à toute autre institution financière que je pourrais désigner à l'avenir.

De plus, **JE COMPRENDS** et **JE RECONNAIS** que, si je fournis à iA Groupe financier des informations bancaires erronées ou si j'ometts d'aviser iA Groupe financier de tout changement dans mes informations bancaires et que, en raison de cette erreur ou de cette omission, le remboursement effectué à la suite d'une réclamation est déposé sur le mauvais compte bancaire, iA Groupe financier ne pourra être tenu responsable de cette erreur ou de cette omission ou être tenu de me rembourser s'il est dans l'impossibilité de recouvrer le montant déposé sur le mauvais compte.

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

--	--	--	--	--	--	--	--