



**PARTIE 2 – DÉCLARATION DU PARTICIPANT**

**COORDINATION DES PRESTATIONS**

**NOTE IMPORTANTE :**

- Si l'une de vos personnes à charge est couverte par un autre régime pour les soins médicaux, les frais engagés par cette personne à charge doivent d'abord être soumis à l'autre assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande pour le solde impayé.
- Les frais engagés par les enfants à charge doivent être soumis au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.

Est-ce que vous ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime d'assurance collective?  Non  Oui, préciser :

Nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_ N° de police \_\_\_\_\_ Protection :  Individuelle  Familiale  
A M J  
Nom du conjoint ou de l'enfant \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
A M J

1. Frais engagés par \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_  
A M J

2. Date de l'accident \_\_\_\_\_  
A M J

3. Lieu de l'accident \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

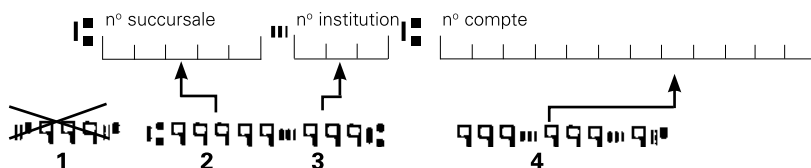
4. Circonstances de l'accident \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PARTIE 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.**

## CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

**JE CONFIRME**, par les présentes, qu'à ma connaissance l'information fournie dans cette réclamation est véridique et complète.

Si cette réclamation est soumise au nom de mon conjoint ou d'un enfant à charge, **JE CONFIRME** que je suis autorisé à divulguer l'information concernant ces derniers aux fins de traitement de cette demande.

**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.

Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom :

- (1) **JE CONSENS** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la « Société »), à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la réclamation; et
- (2) **J'AUTORISE** tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, compagnie d'assurance ou compagnie de réassurance, commission d'indemnisation des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur, ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée à communiquer à la Société, à ses employés, à ses représentants et à ses fournisseurs de services tout renseignement relatif aux frais de traitements engagés qui pourrait leur être nécessaire dans l'évaluation de la réclamation.
- (3) **JE COMPRENDS ET J'ACCEPTÉ** que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la réclamation, la Société aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la réclamation avec tout organisme réglementaire, tout organisme d'investigation ou gouvernemental, toute organisation qui fournit des soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, mon employeur ou toute autre partie, comme prévu par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

**JE COMPRENDS** que l'information personnelle peut être divulguée aux personnes autorisées en vertu de la loi qui s'applique au Canada ou à l'étranger.

**J'ACCEPTÉ** que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale comme numéro de certificat, lorsque nécessaire, pour l'administration de mon régime d'assurance collective.

**JE RECONNAIS** qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation a la même validité que l'original.

Signature du participant **X** \_\_\_\_\_ Date 

		A				M			J
--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal 

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

Tél. (domicile) 

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

 Tél. (travail) 

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

 Poste 

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