

Assurance accident

Renseignements et documents requis pour la réclamation

- La Déclaration du demandeur, les reçus et autres pièces justificatives (listées ci-dessous) doivent généralement être soumis dans les 90 jours, et en aucun cas plus d'un an, suivant l'accident, que les dépenses aient été engagées ou non.
- Un formulaire de réclamation doit être rempli pour chaque membre blessé pour réclamer des prestations en vertu de cette police.
- Le demandeur est responsable de faire remplir les formulaires requis à ses frais.
- La Déclaration du médecin traitant doit être remplie par un médecin autorisé à exercer. Les déclarations de médecin remplies par les physiothérapeutes ou les chiropraticiens ne seront pas acceptées.
- Pour assurer un traitement rapide de votre demande, veuillez vous assurer que tous les documents sont remplis et que les pièces justificatives requises sont fournies en même temps que la réclamation.
- Coordination des prestations pour les frais pour soins dentaires, hospitaliers et paramédicaux, les lunettes et les soins d'urgence : Vous devez toujours soumettre les réclamations aux autres régimes (publics, privés et collectifs) d'abord. Une fois que vous avez reçu une copie de l'explication des prestations de l'autre assureur, veuillez nous la faire parvenir pour compléter votre réclamation.
- Veuillez noter que cette liste n'est pas exhaustive et que d'autres documents pourraient être nécessaires pour compléter votre réclamation.
- Les reçus originaux ne sont pas exigés; cependant, veuillez les conserver pour 12 mois suivant la date à laquelle vous avez soumis la réclamation.
- **Pour les polices d'accident de sport** : La section Autorisation d'équipe doit également être SIGNÉE ET AUTORISÉE par l'un des représentants suivants : Gestionnaire/entraîneur/représentant de l'équipe sportive SEULEMENT. (Les physiothérapeutes, entraîneurs ou thérapeutes de l'équipe ou tout autre fournisseur de service ne sont pas admissibles à fournir cette autorisation.) La réclamation ne peut être traitée sans cette autorisation.
- **Pour des politiques collégiales ou universitaires** : La section Déclaration de l'administration collégiale ou universitaire doit également être SIGNÉE par une personne autorisée du collège ou de l'université. La réclamation ne peut être traitée sans cette autorisation.
- Soumettez tous les formulaires ensemble à la société à l'adresse ci-dessous. Vous pouvez également envoyer les formulaires par télécopieur. Nous tenons à vous rappeler que le courriel n'est pas un moyen sécurisé de communication et devrait être utilisé seulement pour transmettre des renseignements non confidentiels.

! La Déclaration du demandeur doit être remplie ainsi que toutes les pièces justificatives exigées.

PRESTATION RÉCLAMÉE	PIÈCES JUSTIFICATIVES EXIGÉES
Soins dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Déclaration du dentiste remplie • Formulaire de réclamation standard (original) rempli par le fournisseur de soins dentaires • Déclaration du demandeur remplie • Copie de l'explication des prestations de l'autre assureur (s'il y a lieu)
Ambulance	<ul style="list-style-type: none"> • Déclaration du demandeur remplie seulement • Copie de la facture de l'ambulancier • Copie de l'explication des prestations de l'autre assureur (s'il y a lieu)
Lunettes (à la suite d'une blessure accidentelle seulement)	<ul style="list-style-type: none"> • Déclaration du demandeur remplie • Déclaration du médecin remplie • Copie de l'explication des prestations de l'autre assureur (s'il y a lieu)
<ul style="list-style-type: none"> • Réparation ou remplacement de lunettes existantes • Nécessitant l'achat si jamais porté auparavant 	
Fracture, dislocation ou opération	<ul style="list-style-type: none"> • Déclaration du demandeur remplie • Déclaration du médecin remplie
Hôpital, paramédical, conseil et prothèses	<ul style="list-style-type: none"> • Déclaration du demandeur remplie • Déclaration du médecin remplie • Recommandation d'un médecin requis pour : Prestations pour paramédical et conseil.
Voyage et transport	<ul style="list-style-type: none"> • Déclaration du demandeur remplie • Détails du transport (date, lieu de départ, destination, nombre de kilomètres parcourus, reçus originaux)
Mutilation ou perte d'usage totale et permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Déclaration du demandeur remplie • Déclaration du médecin remplie • Pièces justificatives médicales de votre médecin
Réclamations pour décès, invalidité totale permanente, maladie grave ou toute autre prestation	<ul style="list-style-type: none"> • Veuillez communiquer directement avec nous pour connaître les documents requis : 1 800 266-5667 ou specialmarkets-claims@ia.ca.

VEUILLEZ ENVOYER TOUT FORMULAIRE DE RÉCLAMATION ET PIÈCE JUSTIFICATIVE À NOTRE BUREAU PAR LA POSTE OU PAR TÉLÉCOPIEUR

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
iA Marchés spéciaux (Service des réclamations)
400 – 988, Broadway Ouest
C. P. 5900, Vancouver (Colombie-Britannique) V6B 5H6

Tél. : 1 800 266-5667
Télécopieur : 1 866 913-3620

Assurance accident

Déclaration du demandeur

! Pour éviter tout délai dans le traitement de votre demande, veuillez envoyer le formulaire de réclamation rempli avec toutes les pièces justificatives requises.

DEMANDEUR (ou parent ou tuteur)

Numéro de police	Identifiant ou numéro de certificat (s'il y a lieu)	Nom de famille	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
App.	Numéro et rue	Ville	Province	Code postal
Téléphone (maison)	Téléphone (cellulaire)	Courriel		
Nom de l'équipe scolaire/universitaire/de sport		Nom de la commission scolaire (s'il y a lieu)		

IDENTITÉ DE LA PERSONNE BLESSÉE

Nom	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Numéro de carte d'assurance maladie provinciale
-----	--------	---	--------------------------------	---

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT ET DES BLESSURES QUI EN RÉSULTENT

Date de l'accident (jj-mm-aaaa)	Lieu de l'accident	Heure
Comment l'accident est-il arrivé? Veuillez fournir les détails de l'accident (c.-à-d. lieu, blessure subie).		
Nom et adresse du dentiste ou du médecin consulté		

COORDINATION DES PRESTATIONS

! Vous devez d'abord soumettre votre réclamation à l'autre assureur, puis nous envoyer une copie des documents de règlement et une copie du reçu.

Êtes-vous couvert en vertu d'un autre régime d'assurance (employeur ou autre assurance) Oui Non

Veuillez fournir le nom du ou des autres assureurs :

- _____
- _____

Si vous répondez « Oui » à l'une des questions ci-dessous, veuillez fournir l'explication des prestations de l'autre assureur.

Les prestations de cette réclamation sont-elles couvertes par une autre assurance? Oui Non

Avez-vous soumis cette réclamation à une autre compagnie d'assurance? Oui Non

AUTORISATION D'ÉQUIPE

! Cette section doit être signée par votre représentant autorisé (gérant de ligue, gestionnaire des installations, etc.).

Nom de l'équipe	Nom de la patinoire	Quel sport l'équipe pratique-t-elle?
Nom de la ligue ou de l'association	À quelle date le joueur s'est-il joint à l'équipe? (jj-mm-aaaa)	
Le joueur ci-dessus était-il un membre régulier au moment de la blessure?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Le joueur a-t-il été blessé pendant une activité approuvée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si Oui, était-ce : <input type="checkbox"/> une pratique <input type="checkbox"/> une partie <input type="checkbox"/> en déplacement
Le joueur portait-il une visière au moment de l'accident?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Signature de la personne autorisée par le titulaire de police	Nom en lettres moulées	Titre/fonction officielle
Adresse complète et numéro de téléphone	Courriel	Date de signature

DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION SCOLAIRE

Nom de l'étudiant(e)	Numéro de police	Numéro d'enregistrement	Nom du groupe	
À la date de l'accident, nous certifions que le demandeur ci-dessus était inscrit en tant que : <input type="checkbox"/> Étudiant(e) à temps plein <input type="checkbox"/> Étudiant(e) à temps partiel <input type="checkbox"/> Étudiant(e) international(e) (3 cours ou plus)				
Nom de la personne autorisée	Signature	Courriel	Numéro de téléphone	Date de signature

AVANT DE SOUMETTRE VOTRE RÉCLAMATION

Veuillez consulter la page Renseignements et documents requis pour la réclamation pour vous assurer que vous avez fourni tous les documents nécessaires qui s'appliquent à votre réclamation. *** Assurez-vous que la prestation demandée est couverte par votre contrat. Je déclare que les renseignements fournis dans la Déclaration du demandeur sont exacts et que les déclarations faites dans toute entrevue téléphonique liée à cette demande seront véridiques et complètes. Je reconnais que ces déclarations constituent la base de tout règlement consenti par suite de la présente demande.**

Assurance accident

Déclaration du médecin

! DOIT ÊTRE REMPLI PAR UN MÉDECIN. LE DEMANDEUR EST RESPONSABLE DE TOUS FRAIS EXIGÉS POUR REMPLIR CE FORMULAIRE POUR FRAIS MÉDICAUX, MUTILATION OU PERTE D'USAGE TOTALE ET PERMANENTE.

Date de l'accident (jj-mm-aaaa) _____ Date de la première consultation pour cette blessure (jj-mm-aaaa) _____

Nature de la blessure _____

Fracture Endroit et type _____

Autre blessure Endroit et type _____

Blessure aux yeux Oui Non Si « Oui », veuillez fournir les détails. _____

Une intervention chirurgicale a-t-elle été nécessaire? Oui Non _____ Date de la chirurgie (jj-mm-aaaa) _____ Anesthésie générale Oui Non _____

Des soins paramédicaux ont-ils été recommandés au patient? Oui Non

Si oui, veuillez décrire : _____

! Veuillez remplir la section suivante si la réclamation du patient est pour mutilation et perte d'usage totale et permanente.

Nature de la perte? Veuillez indiquer, à droite ou à gauche du diagramme, toute amputation. →→→ _____

Quelle preuve de traumatisme avez-vous trouvée? _____

Niveau de la perte _____ Est-ce que la perte est permanente et irrécouvrable? Oui Non

La blessure était-elle suffisante pour causer une perte totale et permanente? Oui Non

Si « Oui », veuillez fournir des pièces justificatives médicales (c.-à-d. spécialiste, consultation, rapports opératoires et de réadaptation).

Le demandeur a-t-il été hospitalisé? Oui Non

Nom de l'hôpital _____ Date d'admission (jj-mm-aaaa) _____

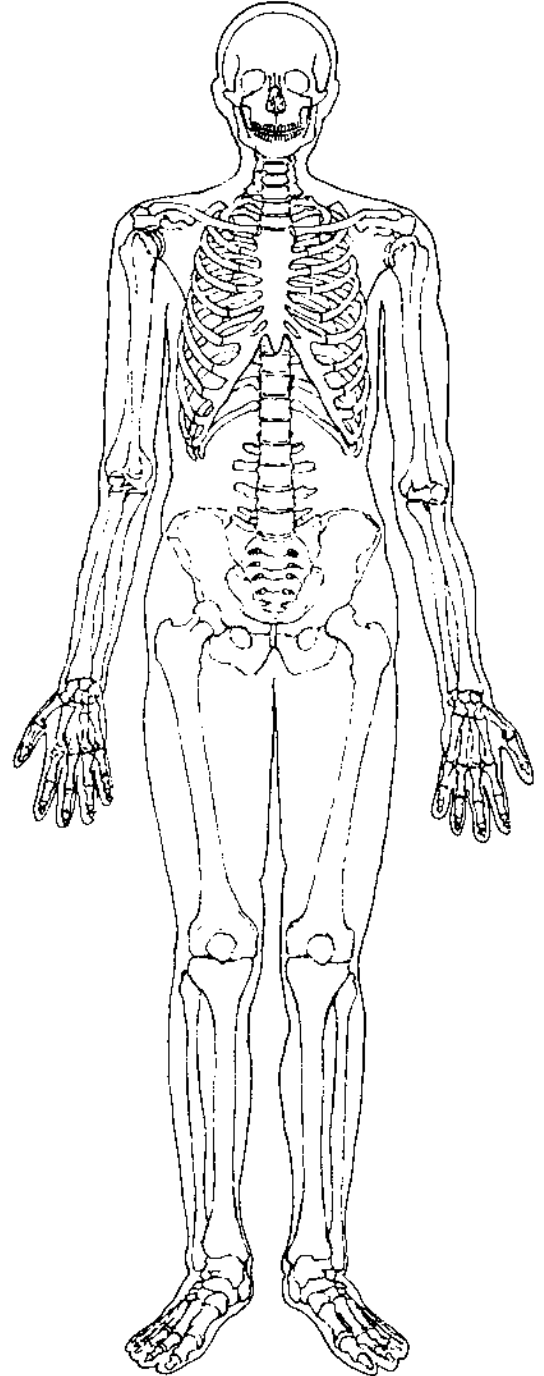
! Nom et adresse des autres médecins ou chirurgiens qui ont suivi le patient, s'il y a lieu

Nom du médecin (lettres moulées) _____ Téléphone _____

Adresse _____

Nom du médecin (lettres moulées) _____ Téléphone _____

Adresse _____



JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS SONT EXACTS À MA CONNAISSANCE

Nom du médecin (lettres moulées) _____ Adresse _____ Téléphone _____

Signature _____ Date de signature (jj-mm-aaaa) _____

Assurance accident

Déclaration du dentiste – Soins dentaires

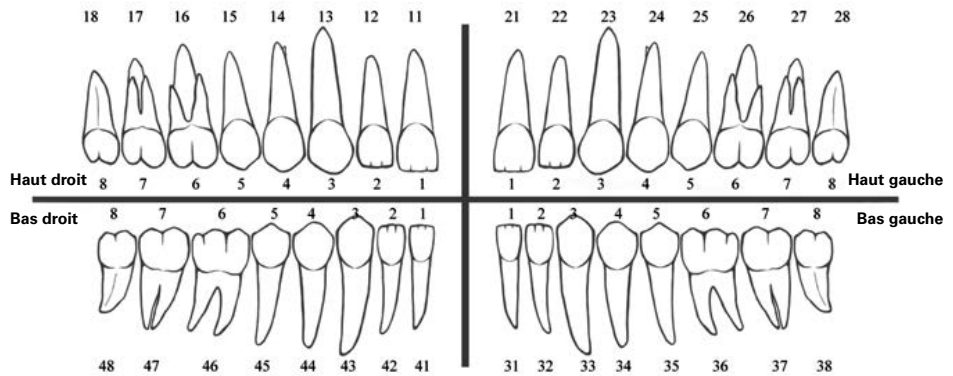
! CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE DENTISTE. VEUILLEZ ÉGALEMENT JOINDRE LE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION STANDARD POUR LES SOINS DENTAIRES POUR LES SERVICES DENTAIRES FOURNIS.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT/DEMANDEUR

Nom	Adresse			
Ville	Province	Code postal	Téléphone (maison)	Téléphone cellulaire
Date de l'accident dentaire (jj-mm-aaaa)	Date de la première visite pour cet accident (jj-mm-aaaa)			

Identification de la ou des dents endommagées :

Veillez fournir les numéros de dent ci-dessous et indiquer les dents blessées sur le diagramme →



Est-ce que les dents étaient pleines et saines avant l'accident? Oui Non
 Si « Non », veuillez décrire ci-dessous.

État de la ou des dents blessées après l'accident (décrivez les dommages) :

Est-ce que le membre est couvert en vertu d'un autre régime d'assurance (employeur ou autre assurance) Oui Non

Si oui, veuillez fournir le nom de l'autre assureur et l'explication des prestations

Traitement dentaire requis en raison de l'accident :

Veillez décrire d'autres problèmes potentiels et indiquer la période :

Si d'autres soins dentaires seront requis en raison de l'accident, veuillez fournir une estimation du moment où ces soins seront requis (codes de dents, codes de l'acte et date approximative). Veuillez joindre le formulaire d'estimation.

J'attribue les prestations payables en vertu de cette réclamation directement au dentiste et j'autorise le paiement directement au dentiste.

Signature du souscripteur

Je comprends que les frais en vertu de cette réclamation pourraient ne pas être couverts ou pourraient dépasser mes prestations sur contrat. Je comprends que je suis responsable financièrement envers mon dentiste pour le coût total du traitement. J'autorise la divulgation, au dentiste nommé, des renseignements contenus dans cette réclamation pour les soins décrits dans ce formulaire.

Signature du patient (ou du parent/tuteur)

NOM ET ADRESSE DU DENTISTE

Nom du dentiste (lettres moulées)	Adresse	Téléphone
Signature	Date de signature (jj-mm-aaaa)	

Forme d'autorisation

PROTECTION DE LA CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. ("la société") reconnaît et respecte le droit de chaque individu au respect de sa vie privée. Les renseignements personnels sont conservés dans un dossier de règlement confidentiel aux bureaux de la société ou d'un organisme autorisé par la société, dans un endroit sécurisé. Nous restreignons l'accès aux renseignements figurant dans les dossiers de règlement au personnel de la société et aux personnes autorisées par celle-ci qui ont besoin d'y accéder pour remplir leurs fonctions, aux personnes auxquelles vous avez accordé l'accès et aux personnes autorisées en droit. Nous utilisons ces renseignements pour étudier, évaluer et administrer la demande de règlement concernée aux termes de la police d'assurance. Vous pouvez accéder aux renseignements personnels figurant dans le dossier de l'assuré et corriger tout renseignement inexact. Tout renseignement personnel sur la santé vous sera fourni par l'entremise d'un médecin praticien de votre choix. Pour examiner ces renseignements personnels, veuillez envoyer une demande écrite à l'attention du Service des Règlements à l'adresse ci-dessus, en y indiquant le nom du médecin praticien.

AUTORISATION ET DÉCLARATIONS

Je soussigné(e) autorise la société, assurance et services financiers inc., dans le but d'investiguer, évaluer et administrer de ma demande de règlement :

a) à obtenir seulement l'information nécessaire pour les raisons mentionnées ci-dessus, des personnes ou organismes qui ont des informations personnelles sur moi, incluant mes autres assureurs, réassureurs, institutions financières, médecins, institutions médicales et fournisseurs de soins de santé; employeurs ou administrateurs de régimes d'assurance collective; agents ou courtiers; compagnies d'investigation et agences d'évaluation du crédit, et toutes les personnes ou organisations qui pourraient avoir des informations personnelles en relation avec ma demande de règlement.

b) à communiquer et échanger seulement les renseignements nécessaires sur ma personne aux personnes et organisations mentionnées ci-dessus

Je comprends que l'information personnelle obtenue par cette autorisation sera utilisée par la société lors de l'investigation, l'administration et l'évaluation de ma demande de règlement. Les informations obtenues ne seront pas divulguées par la société, excepté aux personnes ou organismes qui ont besoin d'y accéder pour remplir leurs fonctions ou service légal en relation avec ma demande de règlement, ou aux personnes autorisées par la loi et aux personnes auxquelles j'aurai accordé l'accès.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Je déclare que les renseignements consignés dans la Déclaration du demandeur sont exacts et que toute déclaration faite au cours d'un entretien en personne ou par téléphone au sujet de la présente demande de règlement sera véridique et complète. Je consens à ce que toutes les déclarations susdites forment la base des prestations approuvées par suite de cette demande de règlement

Nom du demandeur (en lettres moulées)

Signature du demandeur
ou Parent ou tuteur légal (si mineur)

Date de signature (aaaa-mm-jj)