

**INSTRUCTIONS :** La demande de règlement, les factures originales et les autres pièces justificatives doivent être soumises dans les 90 jours suivant la date de l'accident. Suivez les étapes ci-dessous. Dans tous les cas de décès, de mutilation ou de perte d'usage et d'invalidité, communiquez avec l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. aux numéros indiqués ci-dessus.

Certains accidents peuvent être indemnisés par un organisme privé ou gouvernemental tel que la CSST, la SAAQ, la RAMQ et l'IVAC. La demande de règlement doit d'abord être soumise à cet organisme et une copie du règlement effectué et des factures doit ensuite nous être envoyée.

Délai de prescription (déclaration obligatoire pour les résidents de l'Alberta et de la Colombie-Britannique seulement) : Toute action ou toute procédure engagée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables en vertu de votre présent contrat est prescrite de façon absolue dans le délai prévu par la Loi sur les assurances.

### Étape 1 IDENTIFICATION DU DEMANDEUR (contractant, père, mère ou tuteur)

N° de contrat : \_\_\_\_\_

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
N° Rue

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

Téléphone : \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

### Étape 2 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ A M J Sexe :  M  F

École fréquentée : \_\_\_\_\_ Commission scolaire : \_\_\_\_\_

### Étape 3 DESCRIPTION DE L'ACCIDENT ET DES BLESSURES OCCASIONNÉES

Date : \_\_\_\_\_ A M J Heure : \_\_\_\_\_  Jour  Soir/nuît

Comment l'accident est-il survenu (lieu, blessure, fait accidentel)? (Au besoin, joindre une feuille datée et signée.)

**Pour Accigroupe seulement :** Signature de la personne autorisée de l'école, du groupe ou de l'association sportive : \_\_\_\_\_

Transport : Indiquer le nombre de kilomètres parcourus dans les 24 heures suivant l'accident : \_\_\_\_\_

### Étape 4 SOINS DENTAIRES (À faire remplir par le dentiste.)

~~DOCUMENTS~~ ~~INDRE~~ ~~LA~~ ~~DEMANDE~~ ~~S~~ ~~FORMULAIRE~~ ~~NORMALISÉ~~ ~~DE~~ ~~DEMANDE~~ ~~DER~~ ~~È~~ ~~MENT~~ ~~D~~ ~~U~~ ~~D~~ ~~E~~ ~~N~~ ~~T~~ ~~I~~ ~~S~~ ~~T~~ ~~E~~ ~~S~~ ~~2~~ ~~A~~ ~~D~~ ~~I~~ ~~O~~ ~~G~~ ~~R~~ ~~A~~ ~~P~~ ~~H~~ ~~E~~ ~~S~~

#### Déclaration du dentiste

Les blessures décrites ci-dessous ont été causées par un accident survenu le : \_\_\_\_\_ A M J Date de la première visite : \_\_\_\_\_ A M J

Identification des dents endommagées lors de l'accident : \_\_\_\_\_

Nature des blessures : \_\_\_\_\_

~~T~~ ~~A~~ ~~T~~ ~~D~~ ~~E~~ ~~S~~ ~~D~~ ~~E~~ ~~N~~ ~~T~~ ~~S~~ ~~S~~ ~~A~~ ~~V~~ ~~A~~ ~~N~~ ~~T~~ ~~L~~ ~~A~~ ~~C~~ ~~C~~ ~~I~~ ~~D~~ ~~E~~ ~~N~~ ~~T~~ ~~S~~ ~~I~~ ~~S~~ ~~A~~ ~~I~~ ~~N~~ ~~E~~ ~~S~~ ~~E~~ ~~T~~ ~~I~~ ~~N~~ ~~E~~ ~~S~~ ~~P~~ ~~R~~ ~~C~~ ~~I~~ ~~S~~ ~~E~~ ~~R~~

~~S~~ ~~A~~ ~~P~~ ~~R~~ ~~È~~ ~~L~~ ~~A~~ ~~C~~ ~~C~~ ~~I~~ ~~D~~ ~~E~~ ~~N~~ ~~T~~ ~~S~~ ~~P~~ ~~R~~ ~~C~~ ~~I~~ ~~S~~ ~~E~~ ~~R~~

Nom du dentiste : \_\_\_\_\_ Numéro de membre : \_\_\_\_\_

Adresse du dentiste : \_\_\_\_\_

Signature du dentiste : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ A M J

### Étape 5 DOCUMENTS REQUIS (Puisque les frais sont à sa charge, il incombe au demandeur de faire remplir les formulaires exigés.)

Consulter la page suivante pour connaître les documents requis. Assurez-vous que la prestation et/ou les garanties réclamées sont comprises dans votre contrat.

### Étape 6 DÉCLARATION ET AUTORISATION

Êtes-vous couvert par un autre régime d'assurance (assurance de l'employeur ou autre)?  Oui  Non

Compagnie : \_\_\_\_\_ N° de contrat : \_\_\_\_\_

**DOCUMENTS REQUIS**

<b>Fracture</b>	
- du crâne avec enfoncement	Copie du rapport écrit du radiologiste OU confirmation écrite du chirurgien orthopédiste
- de la colonne avec déplacement des vertèbres	Copie du rapport écrit du radiologiste OU confirmation écrite du chirurgien orthopédiste
- du bassin	Copie du rapport écrit du radiologiste OU confirmation écrite du chirurgien orthopédiste
- d'un autre os non mentionné ci-dessus	Confirmation écrite du médecin ou de l'orthopédiste
<b>Frais de garde d'enfants</b>	Reçu indiquant le nombre d'heures, le taux horaire ainsi que le nom du gardien majeur qui n'est pas un membre de la famille
<b>Fais de séjour</b> pour la personne responsable de l'assuré si ce dernier est hospitalisé à plus de 50 km de sa résidence	Confirmation d'hospitalisation indiquant les dates d'entrée et de sortie de l'hôpital
<b>Indemnité de convalescence (18 ans et plus)</b>	
Par nuit d'hospitalisation	Confirmation d'hospitalisation indiquant les dates d'entrée et de sortie de l'hôpital
Pour une chirurgie d'un jour	Confirmation écrite du chirurgien ou du médecin avec le diagnostic
<b>Indemnité par nuit d'hospitalisation</b>	Confirmation d'hospitalisation indiquant les dates d'entrée et de sortie de l'hôpital
<b>Transport</b> (entre l'école et le domicile)	Détail des transports effectués (date, lieu de départ, lieu d'arrivée, nombre de kilomètres parcourus)
<b>Taxi</b>	Original du reçu

Coordination des prestations pour les frais dentaires, hospitaliers, paramédicaux et pour les soins d'urgence : En tout temps, vous devez d'abord demander d'être remboursé en vertu des autres de ces autres régimes, (régimes publics, privés ou assurance collective). Dès que vous aurez reçu une copie des règlements de ces autres régimes, veuillez nous les faire parvenir pour que nous complétions votre demande de règlement.

Appareils orthopédiques	- Factures originales de location - Copie de la recommandation médicale
Chambre d'hôpital (privée ou semi-privée)	Facture originale
Fauteuil roulant, béquilles ou appareils orthopédiques	- Recommandation médicale indiquant la durée de location - Facture originale à la fin de la location - Si la location est plus chère ou impossible, l'estimation pour l'achat doit d'abord nous être soumis
Frais dentaires	Radiographies Formulaire normalisé de demande de règlement du dentiste (original)
Lunettes ou lentilles cornéennes endommagées	Facture originale de la réparation ou du remplacement
Médicaments	- Facture indiquant le nom du médicament - Preuve du règlement d'un autre assureur (régime public, privé ou assurance collective)
Physiothérapie, chiropractie, ergothérapie, podiatrie, ostéopathie, audiologie, orthophonie	- Reçus originaux mentionnant la raison du traitement, la date et le coût de chaque visite
Plâtre en fibre de verre (premier)	Facture originale (le remplacement n'est pas couvert)
Prothèses	- Facture originale - Recommandation du chirurgien
Services d'un infirmier ou d'une infirmière hors de l'hôpital	- Facture détaillée (dates, nombre d'heures, copie du permis d'exercice) - Recommandation médicale
Transport d'urgence (ambulance)	Facture originale qui précise les lieux de départ et d'arrivée

**Pour les types de demandes de règlement suivantes, contactez-nous au 1 888 266-2224**

Décès  
Invalidité  
Mutilation ou perte d'usage

Veuillez noter que cette liste n'est pas exhaustive et que d'autres documents pourraient vous être demandés pour compléter votre demande de règlement.