INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

Règlements, Assurance de personnes
1080, chemin Saint-Louis, Sillery
C. P. 1907, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 7M3

Numéros de téléphone
Région de Québec : (418) 684-5000, poste 5332
Autres régions : 1 888 715-5232

ASSURANCE ACCIDENTS
Accigroupe / Accigroupe Plus
DEMANDE DE RÈGLEMENT

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. Suivre les étapes ci-dessous. Le demandeur doit faire signer la personne autorisée de l'école ou de l'association à l'étape 3, signer l'autorisation à l'étape 6 et poster les documents à l'adresse indiquée. Dans tous les cas de décès, de mutilation ou de perte d'usage et d'invalidité, contacter votre représentant ou la compagnie 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 doit nous être envoyée.

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

Contrat : ☐☐☐☐ Nom du groupe : _____ Nom du demandeur : _____

Adresse : _____ ☐☐☐ – ☐☐☐☐
Rue Ville Province Code postal Téléphone

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

Lieu : _____ Date : A ☐☐ M ☐☐ J ☐☐ Heure : _____ (selon la période de 24 heures)

Description de l'accident : _____

_____

Signature de la personne autorisée par l'école ou l'association sportive : _____

Transport : Indiquer le nombre de kilomètres effectués dans les 24 heures suivant l'accident : _____

Étape 4 DOCUMENTS REQUIS POUR SOINS DENTAIRES

Soins dentaires
- Section ci-dessous à faire remplir par le dentiste
- Formulaire normalisé de soins dentaires du dentiste
- Joindre les radiographies

Déclaration du dentiste

Les blessures décrites ci-dessous ont été causées par un accident survenu le : A ☐☐ M ☐☐ J ☐☐

Nom ou position de la dent endommagée lors de l'accident : _____

Nature de la blessure : _____

État de la dent avant l'accident (si saine et entière). Préciser : _____

Nom du dentiste : _____ Adresse du dentiste : _____

Signature du dentiste : _____

Étape 5 DOCUMENTS REQUIS (Il incombe au demandeur de faire remplir les formulaires exigés. Les frais sont à sa charge.)

Avant de soumettre une demande, s'assurer que la prestation et/ou les garanties sont incluses dans le contrat.

Fracture	• Copie du rapport du radiologiste
Physiothérapie / chiropractie / autres spécialistes (voir police)	• Reçus originaux et formulaire fourni par la personne qui a prodigué les soins
Transport en ambulance	• Facture originale complète
Autres frais	• Facture originale

Étape 6 DÉCLARATION ET AUTORISATION

Les garanties qui font l'objet de la demande sont-elles couvertes par une autre assurance (assurance employeur ou autre)? ☐ Non ☐ Oui

La demande de règlement doit d'abord être soumise à la compagnie qui procure cette assurance, et une copie du règlement effectué doit nous être envoyée avec copie des factures.

Compagnie : _____ N° de contrat : _____

Nom de l'assuré : _____ N° de certificat : _____

Je certifie par les présentes que tous les renseignements ci-inclus sont véridiques au meilleur de ma connaissance et que toutes les dépenses ont été faites par moi-même (ou par mes personnes à charge) pour l'usage exclusif de la personne mentionnée. Pour l'évaluation de ma demande de règlement, j'autorise tout professionnel de la santé, tout établissement de santé ou autre organisme public ou privé détenant des renseignements personnels à mon sujet ou au sujet de ma famille à les révéler à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. ou à son mandataire autorisé. Une photocopie de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

Date : _____ Signature du demandeur : _____ NAS : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐