

» Demande de règlement


1 - ASSURANCE MALADIE

1.1. Frais médicaux (F54-326)

Pour une demande de remboursement de médicaments, de frais médicaux, de soins paramédicaux, de frais oculaires ou de transport ambulancier, le participant doit remplir le formulaire *Demande de règlement – Frais médicaux* (F54-326) et annexer les reçus originaux.

Carte de paiement des médicaments

Si vous bénéficiez de la carte de paiement des médicaments ESI, les reçus de médicaments ne sont pas requis à condition que le participant présente sa carte au pharmacien. Cependant, dans certains cas, les reçus originaux peuvent être exigés.

 INDUSTRIELLE ALLIANCE ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.	<input type="text"/>	www.inalco.com ASSURANCE COLLECTIVE
Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :		DEMANDE DE RÈGLEMENT FRAIS MÉDICAUX
Québec C. P. 800, succursale Maison de la Poste Montréal (Québec) H3B 3K5	Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest C. P. 4643, succursale A Toronto (Ontario) M5W 5E3	
N° de police <input type="text"/>	Nom du titulaire de la police <input type="text"/>	
Nom du participant <input type="text"/>		Prénom <input type="text"/>
N° de certificat <input type="text"/>	Date de naissance <input type="text"/>	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Langue : <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Angl.
COORDINATION DES PRESTATIONS		
Est-ce que vous ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime d'assurance collective? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, préciser :		
Nom de la compagnie d'assurance <input type="text"/>	N° de police <input type="text"/>	Protection : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale
Nom du conjoint <input type="text"/>	Date de naissance <input type="text"/>	

F54-326


Reçus originaux

Les reçus ne sont pas retournés.

- » Pour une coordination des prestations avec un autre assureur, le participant doit joindre un duplicata ou une photocopie des reçus accompagné d'une copie du relevé des prestations émis par l'Industrielle Alliance.
- » Pour les déclarations de revenus, soumettre une copie des relevés de prestations.

1.2. Soins dentaires en cas d'accident (F54-267)

Pour une demande de remboursement de soins dentaires à la suite de blessures accidentelles aux dents naturelles, le participant doit envoyer le formulaire *Soins dentaires en cas d'accident* (F54-267) dûment rempli, et joindre les radiographies prises après l'accident et avant le traitement.

 INDUSTRIELLE ALLIANCE ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.	<input type="text"/>	www.inalco.com ASSURANCE COLLECTIVE
Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :		DEMANDE DE RÈGLEMENT SOINS DENTAIRES EN CAS D'ACCIDENT
Québec C. P. 800, succursale Maison de la Poste Montréal (Québec) H3B 3K5	Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest C. P. 4643, succursale A Toronto (Ontario) M5W 5E3	
N° de police <input type="text"/>	Nom du titulaire de la police <input type="text"/>	

F54-267

3 - ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Pour une demande d'assurance salaire de courte durée, cocher la case « Invalidité de courte durée » à la question « Nature de la demande ».

3.1. Demande initiale

Faire remplir le formulaire *Demande de règlement invalidité - Demande initiale* (F54-381) par les personnes suivantes :

- › le titulaire de la police;
- › le participant;
- › le médecin traitant.

Le participant doit signer à l'encre la partie 7 « Confirmation et autorisation du participant » de la « Déclaration du participant » ainsi que les deux parties qui précèdent la « Déclaration du médecin traitant ».

Le médecin traitant doit remplir la section correspondant à l'état de santé de son patient (maladie à caractère psychologique ou physique ou les deux).

Ne pas détacher les pages.

 INDUSTRIELLE ALLIANCE ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.	www.inalco.com ASSURANCE COLLECTIVE	
DEMANDE DE RÈGLEMENT INVALIDITÉ Demande initiale		
Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli au bureau de votre région :		
Québec C. P. 800, succursale Maison de la Poste Montréal (Québec) H3B 3K5	Ontario et provinces de l'Atlantique 522, avenue University, bur. 400 Toronto (Ontario) M5G 1Y7	Provinces de l'Ouest 1055, rue West Hastings, bur. 1130 Vancouver (Colombie-Britannique) V6E 2E9
Nature de la demande : Invalidité de courte durée <input checked="" type="checkbox"/> Invalidité de longue durée <input type="checkbox"/> Exonération des primes <input type="checkbox"/>		
DÉCLARATION DU TITULAIRE DE LA POLICE POUR ASSURER LE TRAITEMENT RAPIDE DE LA DEMANDE, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.		
Nom du titulaire de la police : _____		
Adresse : _____ Code postal : [][][][][][][][][]		
Téléphone : [][][][][][][][][][] Courriel : _____		
Nom de la personne autorisée : _____		
PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT		
1. Nom du participant _____		
2. N° de police : [][][][][][][][][][] N° de division : [][][][][][][][][][] N° de catégorie : [][][][][][][][][][]		

F54-381

DÉCLARATION DU PARTICIPANT POUR ASSURER LE TRAITEMENT RAPIDE DE LA DEMANDE, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET OBTENIR TOUTES LES SIGNATURES REQUISES.	
PARTIE 1 – COORDONNÉES	
Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>	
N° de police : [][][][][][][][][][] N° d'assurance sociale : [][][][][][][][][][] N° de certificat : [][][][][][][][][][]	
Date de naissance : [][][][][][][][][][] A M J Emploi : _____ Langue : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	
PARTIE 2 – MOTIF DE LA DEMANDE	
1. Accident. Si le congé de maladie est consécutif à un accident, précisez : - Lieu de l'accident : Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Ailleurs <input type="checkbox"/> (Précisez.) _____ - Date de l'accident : [][][][][][][][][][] A M J Circonstances : _____ - S'il s'agit d'un accident d'automobile, vous étiez : conducteur <input type="checkbox"/> passager <input type="checkbox"/> Si vous n'êtes pas un résident du Québec, veuillez présenter un rapport de police.	
2. La période d'invalidité est-elle liée à des problèmes professionnels? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Précisez : _____	

F54-381

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – MALADIE À CARACTÈRE PHYSIQUE À remplir en caractères d'imprimerie et à remettre au patient. PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET JOINDRE TOUTES DOCUMENTATIONS PERTINENTS À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.	
PARTIE 1 – DIAGNOSTIC	
1. Principal : _____	
2. Secondaire : _____	
3. Complications : _____	
4. Pour les maladies ou les symptômes qui leur sont associés et dont font état les diagnostics, le patient a antérieurement : Reçu des traitements médicaux <input type="checkbox"/> Consulté un autre médecin <input type="checkbox"/> Pris des médicaments <input type="checkbox"/> Été hospitalisé <input type="checkbox"/> Subi des examens <input type="checkbox"/> Précisez la date de toute période de traitement : _____	
5. a) L'invalidité est-elle liée aux risques particuliers du travail du patient? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative, précisez : _____	
b) L'invalidité est-elle liée à : Un accident <input type="checkbox"/> Une maladie <input type="checkbox"/> Un accident du travail <input type="checkbox"/> Une maladie professionnelle <input type="checkbox"/>	

F54-381

DÉCLARATION DU PARTICIPANT		
POUR ASSURER LE TRAITEMENT RAPIDE DE LA DEMANDE, VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET OBTENIR TOUTES LES SIGNATURES REQUISES.		
PARTIE 1 – COORDONNÉES		
Nom :	Prénom :	Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
N° de police :	N° d'assurance sociale :	N° de certificat :
Date de naissance :	Emploi :	Langue : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>
PARTIE 2 – MOTIF DE LA DEMANDE		
1. Accident. Si le congé de maladie est consécutif à un accident, précisez :		
- Lieu de l'accident : Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Ailleurs <input type="checkbox"/> (Précisez.) _____		
- Date de l'accident : _____ Circonstances : _____		
- S'il s'agit d'un accident d'automobile, vous étiez : conducteur <input type="checkbox"/> passager <input type="checkbox"/>		
Si vous n'êtes pas un résident du Québec, veuillez présenter un rapport de police.		
2. La période d'invalidité est-elle liée à des problèmes professionnels? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Précisez : _____		

F54-381

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT – MALADIE À CARACTÈRE PSYCHOLOGIQUE	
À remplir en caractères d'imprimerie et à remettre au patient.	
PRIÈRE DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS ET JOINDRE TOUTE DOCUMENTATION PERTINENTE À L'ÉVALUATION DE LA DEMANDE.	
PARTIE 1 – DIAGNOSTIC	
1. Principal : (Axe I) _____	
2. Secondaire : (Axes II, III) Troubles de la personnalité et autres états pathologiques. _____	
3. Signalez les symptômes actuels que vous avez vous-même constatés au cours de consultations à votre cabinet. _____	
4. Degré de gravité de l'ensemble des symptômes : Légers <input type="checkbox"/> Moyens <input type="checkbox"/> Graves avec éléments psychotiques <input type="checkbox"/>	
5. L'interruption de travail résulte de difficultés liées à : La vie conjugale/familiale <input type="checkbox"/> La perte d'un emploi ou une mise à pied <input type="checkbox"/> L'alcoolisme, la toxicomanie ou la dépendance au jeu <input type="checkbox"/> Des problèmes professionnels <input type="checkbox"/> D'autres types de problèmes <input type="checkbox"/> (Précisez.) : _____	

F54-381

5 - EXONÉRATION DES PRIMES

Pour une demande d'exonération des primes, cocher la case « Exonération des primes » à la question « Nature de la demande ».

Le paiement des primes de certaines garanties de l'employé invalide et de ses personnes à charge pourra être exonéré si votre contrat le prévoit.

5.1. Demande initiale

Régime SANS assurance salaire de longue durée

Après une période d'invalidité continue définie au contrat (généralement 6 mois), l'employeur doit remplir le formulaire *Demande de règlement invalidité – Demande initiale* (F54-381).

Faire également remplir le formulaire par les personnes suivantes :

- › le participant;
- › le médecin traitant.

Le participant doit signer à l'encre la partie 7 « Confirmation et autorisation du participant » de la « Déclaration du participant » ainsi que les deux parties qui précèdent la « Déclaration du médecin traitant ».

Le médecin traitant doit remplir la section correspondant à l'état de santé de son patient (maladie à caractère psychologique ou physique ou les deux).

La demande doit être soumise au plus tôt 3 mois après le début de l'invalidité et au plus tard 6 mois après le début de celle-ci.

Régime AVEC assurance salaire de longue durée

L'exonération des primes entre en vigueur dès que des prestations d'assurance salaire de longue durée sont versées, sauf si votre contrat prévoit une période différente.

Employé admissible à des prestations d'invalidité d'un régime gouvernemental autre que RRQ/RPC

(Ex. : CSST, SAAQ, IVAC)

Même si le participant est admissible à des prestations d'un organisme gouvernemental qui couvre les invalidités attribuables à un accident de travail, à un accident automobile ou à un acte criminel, une demande d'exonération des primes doit être soumise à l'Industrielle Alliance.

L'employeur doit remplir la section « Déclaration du titulaire de la police » du formulaire *Demande de règlement invalidité – Demande initiale* (F54-381).

Faire également remplir le formulaire par les personnes suivantes :

- › le participant;
- › le médecin traitant.

De plus, l'employé doit :

- › signer à l'encre la partie 7 « Confirmation et autorisation du participant » de la « Déclaration du participant » ainsi que les deux parties qui précèdent la « Déclaration du médecin traitant »;
- › joindre une photocopie du relevé des prestations d'un régime gouvernemental autre que le RRQ/RPC, (exemple : Commission de la sécurité et de l'assurance des travailleurs, Commission des accidents du travail, CSST, SAAQ, IVAC);
- › joindre une copie de toute correspondance reçue du régime gouvernemental mentionné ci-dessous (par exemple : une lettre d'acceptation et la preuve du paiement) et, si possible, une copie du dossier.

Le médecin traitant doit remplir la section correspondant à l'état de santé de son patient (maladie à caractère psychologique ou physique ou les deux).

La demande doit être soumise au plus tôt 3 mois après le début de l'invalidité et au plus tard 6 mois après le début de celle-ci.

Ne pas détacher les pages.

5.2. Prolongation d'invalidité

Si l'invalidité doit se poursuivre au-delà de la date précisée dans la demande initiale, faire remplir le formulaire *Demande de règlement invalidité – Demande de prolongation* (F54-382) par le participant et le médecin traitant ou fournir les renseignements exigés par l'assureur.

Le participant doit signer à l'encre la partie 4 « Confirmation et autorisation du participant » de la « Déclaration du participant » ainsi que les deux parties qui précèdent la « Déclaration du médecin traitant ».

Le médecin traitant doit remplir la section correspondant à l'état de santé de son patient (maladie à caractère psychologique ou physique ou les deux).

Ne pas détacher les pages.


6 - ASSURANCE VIE

Au décès du participant ou d'une de ses personnes à charge, faire remplir le formulaire *Demande de règlement – Assurance vie* (F54-361) par les personnes suivantes :

- › l'employeur;
- › le participant ou le bénéficiaire, si participant est décédé;
- › le médecin traitant qui a confirmé le décès, s'il y a lieu.

Joindre le certificat de décès.

Si le montant assuré est de 100 000 \$ et plus, une deuxième preuve de décès est requise (le certificat de l'entrepreneur de pompes funèbres ou tout autre document attestant le décès).

 INDUSTRIELLE ALLIANCE ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.	www.inalco.com ASSURANCE COLLECTIVE		
DEMANDE DE RÈGLEMENT Assurance vie			
Selon votre province de résidence, veuillez soumettre le formulaire à :			
Québec C. P. 800, succursale Maison de la Poste Montréal (Québec) H3B 3K5	Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest 522, avenue University, bur. 400 Toronto (Ontario) M5G 1Y7		
DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR			
N° de police	N° de compte	N° de catégorie	N° de certificat
_____	_____	_____	_____
Nom de l'employeur _____			
Nom de l'employé _____			
Statut de l'employé : <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Invalide			
1. La personne décédée est : <input type="checkbox"/> l'employé <input type="checkbox"/> le conjoint (Annexer l'acte de mariage, s'il y a lieu.) <input type="checkbox"/> un enfant à charge (Annexer l'acte de naissance.)			
Si la personne décédée est le conjoint ou un enfant à charge, aller à la question 5 de la présente section.			

F54-361

Note – Lors du décès d'une personne à charge, le bénéficiaire est le participant.

7 - DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Communiquer avec le personnel du Service des règlements, il vous précisera les documents qui doivent être remplis.