INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.
www.inalco.com

ASSURANCE ACCIDENTS

DEMANDE DE RÈGLEMENT

Règlements, Assurance de personnes
1080, Grande Allée Ouest
C. P. 1907, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 7M3

Téléphone :
Région de Québec : 418 684-5000, poste 5332
Autres régions : 1 888 715-5232

Il incombe au demandeur de faire remplir les formulaires. Les frais sont à sa charge.

INSTRUCTIONS : La demande de règlement, les factures originales et les autres pièces justificatives doivent être soumises à la Compagnie dans les 90 jours suivant la date de l'accident. Suivre les étapes ci-dessous, **signer la demande et l'autorisation** 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 l'organisme et une copie du règlement effectué doit nous être envoyée.

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

Contrat : _____ 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)

Comment l'accident est-il survenu? _____

_____

_____

Transport d'urgence : 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

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 spécialités (voir police)
- Reçus originaux et formulaire fournis par la personne qui a prodigué les soins

Transport en ambulance
- Facture originale

Autres frais
- Joindre la facture originale

Étape 6 DÉCLARATION ET AUTORISATION

Les garanties qui font l'objet de la demande sont-elles couvertes par une autre assurance (assurance collective ou individuelle)? ☐ 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 être envoyée avec les copies des factures.

Compagnie : _____ Contrat : _____

Nom de l'assuré : _____ Certificat : _____

Je certifie par les présentes que, à ma connaissance, tous les renseignements ci-inclus sont véridiques 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 : _____