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

Assurance COLLECTIVE

DEMANDE DE RÈGLEMENT
FRAIS MÉDICAUX

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

Québec et provinces de l'Atlantique
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario et provinces de l'Ouest
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

Nom du titulaire de la police _____

N° de police ____ N° de compte ____ N° de catégorie ____

Nom du participant _____ Prénom _____

N° de certificat _____ Date de naissance A ____ M ____ J ____ Sexe : ❑ M ❑ F Langue : ❑ Fr. ❑ Angl.

DÉCLARATION DU TITULAIRE DE LA POLICE *(Faire remplir cette section par l'administrateur, seulement si votre régime est autoadministré.)*

	Participant (A M J)	Conjoint (A M J)	Enfant (A M J)
Date de souscription			
Date de cessation			

Signataire autorisé _____ Date _____

COORDINATION DES PRESTATIONS

Est-ce que vous ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime d'assurance collective? ❑ Non ❑ Oui, préciser :

Nom de la compagnie d'assurance _____ N° de police _____ Protection : ❑ Individuelle ❑ Familiale

Nom du conjoint _____ Date de naissance A ____ M ____ J ____

FRAIS MÉDICAUX

(Joindre les originaux des factures ou des reçus détaillés. S'il y a trois originaux, veuillez joindre l'original 1.)
Les reçus ne seront pas retournés et ils seront détruits 60 jours après leur réception.

NOM (participant ou personne à charge assurée)	LIEN AVEC LE PARTICIPANT	DATE DE NAISSANCE (A M J)	Étudiant à temps plein âgé de 21 ans et plus (Non Oui)	Enfant handicapé (Non Oui)	ENFANT DE 21 ANS ET PLUS Nom de l'établissement d'enseignement	TOTAL
			❑ ❑	❑ ❑		$
			❑ ❑	❑ ❑		$
			❑ ❑	❑ ❑		$
			❑ ❑	❑ ❑		$

Si les frais engagés le sont pour la location ou l'achat d'un appareil, veuillez joindre une lettre de votre médecin décrivant le diagnostic.

Frais engagés à la suite d'un accident? ❑ Non ❑ Oui Type d'accident : ❑ Accident de travail ❑ Véhicule motorisé ❑ Acte criminel ❑ Autre _____

Date de l'accident A ____ M ____ J ____ Lieu de l'accident _____

TRANSPORT EN AMBULANCE *(Joindre la facture détaillée pour le service de transport ambulancier.)*

Raison du transport en ambulance _____

Lieu de la prise en charge : ❑ Domicile ❑ Travail ❑ Autre, préciser _____

FRAIS ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Si les frais médicaux ont été engagés hors de la province de résidence, veuillez remplir le formulaire FRAIS MÉDICAUX HORS PROVINCE (F54-371). Pour obtenir une copie du formulaire, veuillez téléphoner au (514) 499-3747 ou au 1 800 203-9024 si vous habitez à l'extérieur de la région de Montréal.

CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

JE CONFIRME, par les présentes, qu'à ma connaissance l'information fournie dans cette demande de règlement est véridique et complète.

JE CONFIRME, par les présentes, que les frais ont été engagés par moi ou par une de mes personnes à charge et qu'ils étaient nécessaires en raison d'un traitement médical.

Si cette demande de règlement est soumise au nom de mon conjoint ou d'un de mes enfants à charge, **JE CONFIRME** que je suis autorisé à divulguer l'information concernant ces derniers aux fins de traitement de cette demande.

Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom :

(1) JE CONSENS à ce que l'information fournie dans le présent formulaire de règlement soit divulguée à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la demande de règlement; et

(2) J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, compagnie d'assurance ou compagnie de réassurance, commission d'indemnisation des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur, ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée à communiquer à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses représentants et à ses fournisseurs de services tout renseignement relatif aux frais de traitements engagés qui pourrait leur être nécessaire dans l'évaluation de la demande de règlement.

J'ACCEPTE que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale comme numéro de certificat, lorsque nécessaire, pour l'administration de mon régime d'assurance collective.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation a la même validité que l'original.

Signature du participant **X** _____ Date _____

Adresse _____ Code postal ____

Tél. domicile ( ) ____ Tél. travail ( ) ____