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

ASSURANCE COLLECTIVE

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

# DEMANDE DE RÈGLEMENT
# FRAIS MÉDICAUX

N° de police _____ Nom du titulaire de la police _____

Nom du participant _____ Prénom _____

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

## 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 | ENFANT DE 18 ANS ET PLUS: Enfant handicapé Non Oui | ENFANT DE 18 ANS ET PLUS: Étudiant à temps plein Non Oui | ENFANT DE 18 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 _____ poste _____