

DEMANDES DE RÈGLEMENT EN CAS DE BLESSURE

- Le formulaire de demande de règlement accident de sport standard doit être rempli au complet pour que votre demande puisse être traitée. Veuillez vous assurer d'inclure la **Section A - Déclaration du médecin traitant** à la page 2. Celle-ci doit être remplie par le médecin traitant qui a vu en premier l'assuré dans un délai de 30 jours suivant la blessure. Les chiropraticiens, les physiothérapeutes, les infirmières diplômées ou tout autre fournisseur de services ne peuvent pas remplir le formulaire.
- Advenant que l'assuré consulte tout d'abord dans un hôpital, une copie du rapport de sortie de l'hôpital (la fiche médicale n'est pas nécessaire) peut être présentée au lieu de la déclaration du médecin traitant.
- Les demandes de règlement pour les frais de **physiothérapie/de massages thérapeutiques/d'attelles** doivent être accompagnées des reçus originaux et de la recommandation écrite du médecin traitant qui a prescrit le traitement.

DEMANDES DE RÈGLEMENT POUR DOMMAGES DENTAIRES

- Le formulaire de demande de règlement accident de sport doit être rempli en entier pour que votre demande puisse être traitée. Si vous effectuez une demande de règlement pour dommages dentaires, veuillez vous assurer que la page 1 et la **Section B - Déclaration du dentiste traitant** de la page 2 de la demande de règlement sont remplies par le dentiste traitant qui a vu en premier l'assuré dans un délai de 30 jours suivant la blessure.
- Si vous êtes assuré par plus d'un assureur, veuillez noter que nous demandons à votre assureur d'origine une explication détaillée des prestations en plus du formulaire rempli indiquant les traitements et les codes dentaires spécifiques.

IMPORTANT

- La partie située au bas du formulaire de demande de règlement doit aussi être signée et autorisée par l'un des responsables suivants : **le gérant/l'entraîneur/ou les responsables de l'équipe sportive UNIQUEMENT**. Les physiothérapeutes, les entraîneurs de sport/ les thérapeutes ou tout autre fournisseur de services ne peuvent pas remplir le formulaire. La demande de règlement ne peut être traitée sans cette autorisation.
- Le formulaire de demande de règlement accident de sport doit être envoyé à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») dans un délai de 90 jours suivant la date de la blessure, peu importe si des frais ont été engagés. Veuillez joindre uniquement les reçus originaux pour tous les frais que vous voulez vous faire rembourser.
- Veuillez noter qu'il est de la responsabilité du demandeur d'obtenir et d'envoyer le formulaire de demande de règlement rempli comme indiqué. Tous les frais engagés pour le faire remplir relèvent aussi de la responsabilité du demandeur.
- Si vous êtes assuré par plus d'un assureur, il y a coordination des prestations. Veuillez présenter vos frais médicaux à votre autre compagnie d'assurance en premier. Lorsque vous aurez reçu une copie de l'explication des prestations, veuillez la faire parvenir à la société accompagnée des copies des documents relatifs aux frais.

QU'ARRIVE-T-IL APRÈS LA RÉCEPTION DE VOTRE DEMANDE...

- Veuillez noter que toutes les demandes de règlement sont soumises à un processus décisionnel standard. Vous devriez obtenir une réponse dans un délai d'une à trois semaines selon le volume de demandes de règlement. Vous recevrez l'une des réponses suivantes :
 - (A) Paiement ou avis de paiement à un fournisseur.
 - (B) Demande d'information supplémentaire si nécessaire.
 - (C) Acceptation ou refus de la demande de règlement accompagné des raisons.

Retourner le formulaire de demande de règlement rempli à :
Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Services des règlements Vie et Santé, Solutions pour les marchés spéciaux
400-988, Broadway Ouest, C. P. 5900, Vancouver (C.-B.) V6B 5H6
Tél. : 1-800-266-5667
www.solutionsinsurance.com

En fournissant ce formulaire de demande de règlement au demandeur pour des raisons pratiques, la compagnie n'accepte aucune responsabilité ou ne renonce à aucune condition générale de la police. Le fait de fournir ce formulaire de demande de règlement ne signifie pas qu'une personne est couverte. Seules les demandes admissibles seront remboursées.

Procédure de réclamation

La réclamation doit être présentée dans les 30 jours suivant la date de l'accident. Veuillez répondre à toutes les questions et soumettre le formulaire dûment rempli et signé avec les reçus originaux détaillés à l'adresse ci-dessus.

NOTE : VEUILLEZ FAIRE COMPLETER LE VERSO DU FORMULAIRE PAR LE DENTISTE ET/OU MEDECIN

Doit être complété par la personne blessée et par le directeur ou entraîneur de l'équipe

Nom de l'équipe

N° de police

Nom de la ligue ou association dont fait partie l'équipe

Type de sport et catégorie (ex. Senior)

Nom complet de la personne blessée

Initiale

N° de téléphone

Adresse résidentielle : Rue

Ville

Province

Code postal

Adresse postale courante : Rue

Ville

Province

Code postal

(si différente de celle ci-dessus)

Âge

Date de naissance

Date de l'accident

Heure de l'accident

(J J / M M / A A A A)

(J J / M M / A A A A)

A.M. P.M. Expliquez **en détails** comment l'accident est survenu :

Quelles blessures ont été subies?

A-t-il(elle) été blessé(e) lors d'une partie de la ligue ou lors d'une pratique officielle supervisée?

Quelle autre assurance hospitalisation, médicale ou dentaire détient la personne blessée?

Autorisation et Déclaration

Je certifie que les renseignements consignés dans la présente demande de règlement sont, à ma connaissance, exacts et complets. En mon nom personnel et/ou au nom de tout mineur assuré, Je DIVULGUE les renseignements consignés dans la présente demande à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») et RECONNAIS que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter et administrer cette demande et la couverture de la police.

J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé, compagnie d'assurance, école, conseil ou commission scolaire, employeur, autre personne ou organisme à divulguer à la société tout renseignement médical, renseignement concernant les frais et autre renseignement qui peut être nécessaire à la société pour évaluer cette demande.

J'AUTORISE la société à échanger avec les parties désignées au paragraphe précédent les renseignements consignés dans la présente demande et d'autres renseignements figurant dans les fichiers relatifs à cette demande ou couverture, aux fins indiquées ci-dessus ou conformément à mon autorisation ou aux exigences légales.

Date : _____ Signature du Demandeur : _____
(JJ/MMM/AAAA)Titre officiel (Directeur, Entraîneur, etc.) : _____
(Lettres moulées)Date de la signature _____ Signature : _____
(J J / M M / A A A A)**Il incombe au demandeur de faire remplir le présent formulaire à ses propres frais.**

Section A – Déclaration du médecin traitant

Patient Information (Print)

Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____

N° de téléphone _____

Patient Information (Print)

Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____

N° de téléphone _____

1. Diagnostic incluant complications (si fracture, spécifier l'os et le genre de fracture) _____

2. Est-ce qu'une maladie ou une blessure antérieure a contribué à la perte? _____

Oui Non Si oui, veuillez préciser _____

3. Au meilleur de ma connaissance

(a) Les symptômes sont apparus le _____
 (J J / M M M / A A A A)

(b) Le patient a eu la même/similaire condition
 Oui Non

(c) Si oui, indiquez quand et décrivez _____

4. Date de la première visite pour la présente période d'invalidité _____

Date de la dernière visite _____

Date de la chirurgie _____

(J J / M M M / A A A A)

(J J / M M M / A A A A)

(J J / M M M / A A A A)

5. Si le patient vous a été référé, veuillez indiquer le nom de ce médecin _____

Signature du médecin _____

(J J / M M M / A A A A)

Section B – Déclaration du dentiste traitant

Information du dentiste (Lettres moulées)

Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____

N° de téléphone _____

Information du patient (Lettres moulées)

Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____

N° de téléphone _____

Date du service			Code int. de la dent	Code de la procédure	Surfaces de la dent	Frais de laboratoire	Honoraires du dentiste	Coût total
Jour	Mois	Année						

J'atteste que les renseignements relatifs aux services et aux honoraires contenus dans cette déclaration sont vrais. S.E.O.

HONORAIRES TOTAUX PAYÉS → → →

Signature du dentiste _____ Date JJ MMM AAAA

Réservé à l'usage du dentiste. Renseignements additionnels (ex.: diagnostic, procédures ou complications, considérations particulières) _____

Je cède par la présente les indemnités payables en vertu de cette réclamation au dentiste susnommé et autorise le versement direct des paiements au dentiste.

Signature du souscripteur

Rapport supplémentaire du dentiste

- 1. Description des blessures _____
- 2. Code de la dent : _____
- 3. D'autres traitements seront-ils requis? Non Oui Si « Oui » veuillez préciser : _____

Code int. de la dent	Traitements requis – Utiliser le code de procédure si possible	Date prévue du traitement		
		Jour	Mois	Année

Je comprend que les honoraires énumérés dans cette réclamation ne sont pas nécessairement couverts par la police ou pourraient excéder les indemnités de la police. Je comprend que je suis responsable financièrement envers mon dentiste pour le coût total du traitement. J'autorise la divulgation des renseignements contenus dans ce formulaire de réclamation à ma compagnie d'assurance ou à ses agents.

Signature du patient (ou du parent/tuteur(trice)) _____

Signature du dentiste _____

(J J / M M M / A A A A)