

Feuille d'information sur les demandes de règlement d'Assurance Accident pour Étudiants d'études supérieures

*Le présent document contient les questions fréquentes
relatives aux demandes de règlement d'assurance accident pour étudiants d'études supérieures.*

DEMANDES DE RÈGLEMENT EN CAS DE BLESSURE

- Le formulaire de demande de règlement d'assurance accident pour étudiants d'études supérieures 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 d'assurance accident pour étudiants d'études supérieures 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 DÉCLARATION AUTORISÉE DE L'INSTITUTION SCOLAIRE doit être remplie et signée par le **représentant autorisé de votre établissement scolaire UNIQUEMENT**. La demande de règlement ne peut être traitée sans cette autorisation.
- Le formulaire de règlement d'assurance accident pour étudiants d'études supérieures 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

LE VERSO DU FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI ET SIGNÉ PAR LE MÉDECIN TRAITANT/DENTISTE POUR TOUTE RÉCLAMATION EN CAS D'ACCIDENT.
IMPORTANT: S.V.P. joindre les reçus originaux de tous frais admissibles pour remboursement. Le formulaire de demande dûment complété doit être reçu par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») dans les 90 jours suivants l'accident, et pas plus tard qu'un an, quels que soient les frais encourus. Veuillez retourner ce formulaire à l'adresse ci-dessus.

Renseignements du demandeur

Nom de famille de l'étudiant _____ Prénom _____ Initiale _____ Sexe M F _____ Date de Naissance _____
(J J / M M / A A A A)

Adresse
 Rue _____ Ville _____ Province _____ Code Postal _____

Adresse de correspondance (si différente)
 Rue _____ Ville _____ Province _____ Code Postal _____

Nom du parent ou tuteur _____

Numéro de police _____ Nom de l'école _____

Renseignements au sujet de l'accident

Date de l'accident _____ Heure de l'accident _____ Lieu de l'accident _____
(J J / M M / A A A A) A.M. P.M.

Veillez expliquer **en détail** comment l'accident s'est produit (Si vous manquez d'espace, utilisez une feuille séparée, signez et datez):

Quelles blessures ont résultées de l'accident?

Renseignements au sujet du traitement reçu

Date de la première consultation pour cet accident: _____ Nom et Adresse du médecin ou dentiste _____
(J J / M M / A A A A)

Bénéficiez vous d'indemnités ou services d'une autre assurance groupe ou plan _____ Nom de l'autre compagnie d'assurance _____
 Oui Non

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 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 : _____
(J J / M M M / A A A A)

Déclaration autorisée de l'Institution scolaire

Nom de l'étudiant _____

Numéro de police _____ Nom du groupe _____

Nous certifions que le demandeur ci-dessus était enregistré, le jour de l'accident, en tant qu'un :

Étudiant à temps plein (3 cours et plus) Étudiant à temps partiel

Signature : _____ Date signée _____
(J J / M M M / A A A A)
 Signature d'une personne autorisée par l'Institution scolaire

Il incombe au demandeur de faire remplir le présent formulaire à ses propres frais.

Section A – Déclaration du médecin traitant

Information du médecin (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 _____

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 / 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

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

Date de la dernière visite

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

Date de la chirurgie

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

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

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

Signature du médecin

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	Traitement 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 / A A A A)