

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

**Québec**  
C. P. 800, succursale Maison de la Poste  
Montréal (Québec) H3B 3K5

**Ontario, provinces de l'Atlantique et 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       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

**FRAIS MÉDICAUX**

(Joindre les originaux des factures ou des reçus et en conserver une copie à des fins fiscales et pour la coordination des prestations. 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 handicapé		ENFANT DE 18 ANS ET PLUS		TOTAL
			Non	Oui	Étudiant à temps plein	Nom de l'établissement d'enseignement	
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ \$
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ \$
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ \$
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ \$

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       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'ACCEPTÉ** 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