INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

www.inalco.com

# RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE ACCIDENTS DES ÉTUDIANTS – DEMANDE DE RÈGLEMENT

**Règlements, Assurance de personnes**
1080, Grande Allée Ouest
C. P. 1907, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 7M3

**Numéros de téléphone**
Région de Québec : 418 684-5000, poste 5332
Autres régions : 1 888 715-5232

**Pour un traitement rapide de votre demande, veuillez nous faire parvenir ce formulaire dûment rempli. Si des renseignements sont manquants, il vous sera retourné.**

**INSTRUCTIONS :** La demande de règlement, les factures originales et les autres pièces justificatives doivent être soumises dans les 90 jours suivant la date de l'accident. Suivre les étapes ci-dessous. Le demandeur doit faire signer la personne autorisée par l'Université à l'étape 3, signer l'autorisation à l'étape 6 et poster les documents à l'adresse indiquée. Dans tous les cas de décès, de mutilation ou de perte d'usage et d'invalidité, communiquer avec la compagnie aux numéros indiqués ci-dessus.

Certains accidents peuvent être indemnisés par un organisme privé ou gouvernemental tel que la CSST, la SAAQ, la RAMQ et l'IVAC. La demande de règlement doit d'abord être soumise à cet organisme et une copie du règlement effectué doit nous être envoyée.

## Étape 1 IDENTIFICATION DU DEMANDEUR (contractant, père, mère ou tuteur)

N° de contrat : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1er cycle ☐ 2e ou 3e cycle

Université : _____

Nom du demandeur : _____

Adresse : _____
Rue Ville

_____ ☐☐☐☐☐☐
Province Code postal

Téléphone : ☐☐☐ ☐☐☐ – ☐☐☐☐

## Étape 2 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE

Nom : _____ Date de naissance : A ☐☐☐☐ M ☐☐ J ☐☐ Sexe : ☐ M ☐ F

## Étape 3 DESCRIPTION DE L'ACCIDENT ET DES BLESSURES OCCASIONNÉES

Date de l'accident : A ☐☐☐☐ M ☐☐ J ☐☐ L'accident résulte-t-il de la pratique d'un sport d'élite? ☐ Oui ☐ Non

**Joindre le rapport d'événement ou le compte rendu personnel (lieu, blessure, fait accidentel) (Au besoin, ajouter une feuille datée et signée.)**

_____

_____

**Signature de la personne autorisée par l'Université** _____

Transport : Indiquer le nombre de kilomètres effectués dans les 24 heures suivant l'accident : _____

## Étape 4 SOINS DENTAIRES (À remplir par le dentiste.)

Documents requis : • Joindre les radiographies • Formulaire normalisé de soins dentaires du dentiste

**Déclaration du dentiste**

Les blessures décrites ci-dessous ont été causées par un accident survenu le : A ☐☐☐☐ M ☐☐ J ☐☐

Nom ou position de la dent endommagée lors de l'accident : _____

Nature de la blessure : _____

État de la dent avant l'accident (si saine et entière). Préciser : _____

Nom du dentiste : _____ Adresse du dentiste : _____

Signature du dentiste : _____

## Étape 5 DOCUMENTS REQUIS (Il incombe au demandeur de faire remplir les formulaires exigés. Les frais sont à sa charge.)

Avant de soumettre une demande, s'assurer que la prestation et/ou les garanties sont couvertes par le contrat.

| | |
|---|---|
| Fracture | ➡ Copie du rapport du radiologiste |
| Physiothérapie / chiropractie / autres spécialistes (Voir police.) | ➡ Reçus originaux et formulaire fourni par la personne qui a prodigué les soins |
| Transport en ambulance | ➡ Facture originale complète |
| Autres frais | ➡ Facture originale |

## Étape 6 DÉCLARATION ET AUTORISATION

Êtes-vous couvert par un autre régime d'assurance (assurance employeur ou autre)? ☐ Oui ☐ Non

La demande de règlement doit d'abord être soumise à la compagnie qui offre cette assurance, et une copie du règlement effectué doit nous être envoyée avec les copies des factures.

Compagnie : _____ N° de contrat : _____

Nom de l'assuré : _____ N° de certificat : _____

Les garanties qui font l'objet de la demande sont-elles couvertes par cette assurance? ☐ Oui ☐ Non

Je certifie par les présentes que, à ma connaissance, tous les renseignements ci-inclus sont véridiques et que toutes les dépenses ont été faites par moi-même (ou par mes personnes à charge) pour l'usage exclusif de la personne mentionnée. Pour l'évaluation de ma demande de règlement, j'autorise tout professionnel de la santé, tout établissement de santé ou autre organisme public ou privé détenant des renseignements personnels à mon sujet ou au sujet de ma famille à les révéler à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. ou à son mandataire autorisé. Une photocopie de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

Date : _____ Signature du demandeur : _____