

## DEMANDES DE RÈGLEMENT – BLESSURE CORPORELLE

- Le Formulaire de demande de base – Assurance accident Kids Plus doit être rempli au complet pour que l'on puisse traiter votre demande de règlement. N'oubliez pas d'inclure la section **Déclaration du médecin traitant**, qui doit être remplie par le médecin traitant (m.d.) qui a vu l'assuré en premier dans les **30 jours** de la blessure. Les chiropraticiens, les physiothérapeutes, les infirmières et les autres fournisseurs de services **ne sont pas autorisés** à remplir le formulaire.
- Au cas où l'assuré a été initialement vu à l'hôpital, une photocopie du Rapport de Sortie de l'Hôpital ou des Urgences peut être envoyée en lieu de la Déclaration du Médecin Traitant. Si la réclamation concerne seulement les frais d'ambulance, la Déclaration du Médecin Traitant (ou le rapport de sortie de l'hôpital) **n'est pas requise**. Veuillez soumettre l'original de la facture d'ambulance accompagné des deux parties supérieures complétées du formulaire de demande de règlements - Assurance accident Kids Plus<sup>MC</sup> (page 1).
- Les demandes de règlement pour **Frais de physiothérapie** doivent être accompagnées des reçus originaux et de la recommandation écrite du médecin traitant pour la physiothérapie.
- Les demandes de règlement pour **Frais d'appareil orthodontique** doivent être accompagnées des reçus originaux et de la recommandation écrite du médecin traitant indiquant que l'appareil est requis uniquement à des fins thérapeutiques ou curatives.

## DEMANDES DE RÈGLEMENT – BLESSURE AUX DENTS

- Le Formulaire de demande de base – Assurance accident Kids Plus doit être rempli au complet pour que l'on puisse traiter votre demande de règlement. S'il s'agit d'une demande pour blessure aux dents, assurez-vous que les sections **Partie 1 & Partie 2 – Dentiste** de la page 2 du formulaire sont toutes deux remplies par le dentiste traitant qui a vu l'assuré dans les **60 jours** de la blessure.
- Si vous avez plus d'un assureur, veuillez noter que vous devez nous envoyer une Explication des indemnités détaillée de votre assureur principal avec le formulaire de demande de règlement rempli indiquant le code de la procédure et le code de la dent.

## IMPORTANT

- Le Formulaire de demande de base de l'Assurance accident Kids Plus doit être soumis à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») dans les 90 jours de la date de la blessure, que des frais aient été engagés ou non. Veuillez annexer les reçus originaux, seulement, de tous les frais admissibles dont vous demandez le règlement.
- À noter que c'est le parent qui doit obtenir et nous envoyer le formulaire de demande de règlement dûment rempli, et que les frais pouvant être engagés pour le faire remplir sont à la charge du parent.
- Si vous avez plus d'un assureur, les indemnités sont coordonnées. Veuillez soumettre vos frais à votre autre assureur en premier. Dès que vous aurez reçu une copie de l'explication des indemnités, veuillez la faire parvenir à la société avec une copie de vos factures de frais.
- À noter : en fournissant le formulaire de demande de règlement pour la commodité du demandeur, la Société n'admet aucune responsabilité et ne renonce à aucune des modalités et conditions de la police. Le fait de fournir de ce formulaire n'indique pas qu'il y a couverture. Seules les demandes de règlement admissibles seront réglées.
- Pour obtenir un complément d'information ou des précisions au sujet de la protection ou de votre demande de règlement, veuillez vous adresser à notre bureau au 1-800-556-7411.

Veuillez retourner le formulaire de demande de règlement rempli à :  
**Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.**  
**Service des Règlements, 400–988 Broadway Ouest, C.P. 5900, Vancouver (C.-B.) V6B 5H6**  
**Tél. : 1-800-556-7411**  
**[www.kidsplus.ca](http://www.kidsplus.ca)**

Lettres moulées S.V.P.

**Veillez nous donner des renseignements à votre sujet**

Nom du parent ou du tuteur (en caractères d'imprimerie)			Nom de l'étudiant/l'assuré		
Nom	Prénom	Initiale	Nom	Prénom	Initiale
Adresse: Rue			Date de naissance		
Ville			<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fém.		
N° de téléphone (résidence)		N° de téléphone (travail)	Nom de l'école		Nom du conseil ou de la commission scolaire
Année scolaire		N° de police	N° de commission scolaire		

**Veillez nous donner des renseignements au sujet de l'accident**

Date de l'accident	Heure de l'accident	Quand avez-vous consulté un dentiste ou médecin la première fois pour cette blessure?
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Lieu de l'accident		Nom et adresse du dentiste ou du médecin :
Comment l'accident s'est-il produit? (Veillez donner les détails.)		Bénéficiez-vous d'autres prestations d'assurance hospitalisation et maladie ou dentaire?
Quelles ont été les blessures causées par l'accident?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Oui », nom de l'autre compagnie d'assurance

- Je CERTIFIE que les renseignements consignés dans la présente demande sont, à ma connaissance, exacts et complets.
- En mon nom personnel et/ou au nom de tout mineur assuré, Je COMMUNIQUE 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 ou 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.

Signé le \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

JOUR MOIS (4 CHIFFRES) Signature du parent ou du tuteur ou de l'assuré

**Déclaration du médecin traitant – (Doit être remplie au complet et signée par le médecin traitant)**

Décrivez la condition: \_\_\_\_\_ Raison : Accident  ou Maladie

Fracture  Endroit & genre \_\_\_\_\_  
and/or

Autre blessure  Endroit & genre \_\_\_\_\_

Recommandation pour : Physiothérapie  Massothérapie  ?

Date du début des symptômes ou de la blessure : \_\_\_\_\_ Est-ce qu'une maladie ou une blessure antérieure a contribué à la condition?  Non  Oui

Si « Oui », décrivez : \_\_\_\_\_ Première date de traitement pour cet état \_\_\_\_\_  
(JJ/MMM/AAA)

Date de la chirurgie \_\_\_\_\_ Est-ce qu'une anesthésie générale  ou locale  a été nécessaire? Le demandeur a-t-il été hospitalisé?  Non  Oui  
(JJ/MMM/AAA)

Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_ Date d'admission \_\_\_\_\_  
(JJ/MMM/AAA)

Adresse de l'hôpital \_\_\_\_\_ Date du congé \_\_\_\_\_  
(JJ/MMM/AAA)

Date : \_\_\_\_\_ NOM DU MÉDECIN (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ Signature du médecin traitant \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAA

**Veillez retourner ce formulaire à :** Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. Service des règlements, 400-988, Broadway W., C.P. 5900, Vancouver C.-B. V6B 5H6, Tél: 1-800-556-7411

**Important :** Le formulaire de demande dûment rempli doit parvenir à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. dans les 90 jours suivant la date de l'accident, et en aucun cas plus de un an après cette date, que des frais aient été engagés ou non. Veuillez joindre les reçus originaux de tous les frais admissibles dont vous demandez le remboursement. Il incombe au parent d'obtenir et de nous envoyer le formulaire de demande rempli de la manière indiquée et d'assumer les frais pouvant être exigés pour le faire remplir.

**Demandes pour blessure corporelle :** Le médecin doit remplir la Déclaration du médecin traitant afin que l'on puisse traiter la demande. Si la demande comporte des frais de physiothérapie ou de massothérapie, une copie de l'orientation du médecin vers le thérapeute doit accompagner le formulaire de demande rempli et les reçus.

**Demandes pour blessure dentaire :** Le verso du formulaire doit être rempli et signé par le dentiste afin que l'on puisse traiter la demande.

**Partie 1 – Dentiste**

Renseignements sur le dentiste

Nom

Adresse - Rue

Ville

Province

Code Postal

N° de téléphone

Renseignements sur le patient

Nom

Adresse - Rue

Ville

Province

Code Postal

N° de téléphone (résidence)

N° de téléphone (travail)

Date du service			Code int. de la dent	Code de la procédure	Surfaces de la dent	Frais de laboratoire	Honoraires du dentiste	Total Charge
Jour J J	Mois M M M	Année A A A A						

Bénéficiez-vous de prestations dentaires prévues par un autre régime privé ou public ou par une autre police ?

Non  Oui

Si « Oui », nom du régime/de la compagnie.

Veuillez ne pas envoyer de radiographies, de modèles d'étude ni de photos intra-buccales à moins que notre bureau le demande.

Ceci est un relevé exact des services exécutés et des honoraires facturés. S.E.O.

HONORAIRES  
TOTAUX  
SOU MIS →

Signature du dentiste

Date Jour Mois Année

Je comprends qu'il se peut que les honoraires énumérés dans la présente demande ne soient pas couverts par la police ou qu'ils excèdent les prestations garanties par celle-ci. Je comprends que je suis responsable financièrement envers mon dentiste du coût total du traitement. J'autorise la divulgation des renseignements consignés dans la présente demande à mon assureur ou à ses agents. J'autorise en outre la communication au dentiste susnommé des renseignements relatifs à la couverture des services décrits dans ce formulaire.

Par les présentes je cède les prestations payables en vertu de cette demande au dentiste susnommé et j'en autorise le règlement direct au dentiste.

Signature du patient (ou du parent/tuteur)

Signature du souscripteur

**Partie 2 – Rapport supplémentaire du dentiste (Doit être rempli au complet)**

1. Description du dommage : \_\_\_\_\_

2. Dents touchées par l'accident : \_\_\_\_\_

3. Ces dents étaient-elles entières ou saines avant l'accident? Non Oui Si « Non », veuillez préciser : \_\_\_\_\_

4. D'autres traitements sont-ils indiqués? Non Oui Si « Non », veuillez préciser :

Code int. de la dent	Traitement indiqué – Utilisez autant que possible le code de procédure.	Date prévue du traitement		
		Jour J J	Mois M M M	Année A A A A

5. Décrivez les problèmes additionnels pouvant survenir et indiquez les délais : \_\_\_\_\_