

**1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT**

Nom de l'adhérent : \_\_\_\_\_ N° de contrat : \_\_\_\_\_

Téléphone : 

A	A	A	A	M	M	J	J		

 Courriel : \_\_\_\_\_

Date de naissance : 

A	A	A	A	M	M	J	J		

Remplir cette section uniquement si vos renseignements ont récemment changé.

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : 

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

**2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**

**Joindre les originaux des factures et conserver une copie pour la coordination des prestations et pour l'impôt. Les factures ne vous seront pas retournées.**

Nom du patient	Date de naissance	Lien avec l'adhérent	Pour les enfants de plus de 21 ans, indiquez s'ils sont étudiants à temps plein (vous devez joindre une attestation d'études à temps plein)	Montant																				
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td> </td><td> </td></tr></table>											A	A	A	A	M	M	J	J				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
A	A	A	A	M	M	J	J																	
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td> </td><td> </td></tr></table>											A	A	A	A	M	M	J	J				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
A	A	A	A	M	M	J	J																	
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td> </td><td> </td></tr></table>											A	A	A	A	M	M	J	J				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
A	A	A	A	M	M	J	J																	
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td> </td><td> </td></tr></table>											A	A	A	A	M	M	J	J				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
A	A	A	A	M	M	J	J																	

**3. À REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT**

1. Certains soins ont-ils été donnés à la suite d'un accident?  Oui Date de l'évènement : 

A	A	A	A	M	M	J	J		

 Non

2. Décrivez brièvement les circonstances de l'accident (où et comment) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. COORDINATION DES PRESTATIONS**

1. Les reçus ci-joints sont-ils couverts par : CNESST :  Oui  Non SAAQ :  Oui  Non
2. Les reçus ci-joints sont-ils couverts par un autre régime d'assurance collective ou d'assurance individuelle?  
 Oui Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_  Non

## 5. TRANSPORT PAR AMBULANCE

Si votre demande de règlement contient un reçu d'ambulance, veuillez préciser la raison médicale du transport : \_\_\_\_\_

## 6. CONFIRMATION/AUTORISATION DU PARTICIPANT

**JE CONFIRME** par les présentes :

1. qu'à ma connaissance, l'information contenue dans la présente réclamation est complète et exacte;
2. que les personnes à charge pour lesquelles je présente une réclamation sont admissibles et que, dans le cas où la demande est effectuée au nom de celles-ci, je suis **AUTORISÉ** à divulguer de l'information à leur sujet en rapport avec la réclamation.

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 soit divulguée à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier »), à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs, à ses fournisseurs et aux autres organisations travaillant avec iA Groupe financier à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la demande; et
2. **J'AUTORISE** tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel, tout organisme médical, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute commission des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur ainsi que toute autre personne, tout organisme privé ou public ou toute institution à divulguer à iA Groupe financier, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs toute information relative aux frais dont ils pourraient avoir besoin afin d'évaluer la réclamation.
3. **JE COMPRENDS ET J'ACCEPTÉ** que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la réclamation, iA Groupe financier aura le droit d'utiliser et d'échanger toute information relative à la réclamation avec tout organisme réglementaire, tout organisme d'investigation ou gouvernemental, toute organisation qui fournit des soins de santé, toute organisation professionnelle ou médicale, toute compagnie d'assurance, tout réassureur, le titulaire de la police, mon employeur ou toute autre partie, comme prévu par la loi à des fins d'enquête sur de telles fraudes ou de tels abus.

**JE COMPRENDS** que l'information personnelle peut être divulguée aux personnes autorisées en vertu de la loi qui s'applique au Canada ou à l'étranger.

**JE RECONNAIS** qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation possède la même validité que l'original.

Signature du l'adhérent X \_\_\_\_\_

Date :

A	A	A	A	M	M	J	J

## 7. AVIS IMPORTANT

Dans le but de vous assurer un règlement rapide et efficace, veuillez prendre note des points suivants :

- Présentez vos factures à des intervalles réguliers ou dans les 90 jours de la date des services rendus.
- N'incluez que des reçus officiels et originaux (ceux-ci ne seront pas retournés). Les duplicatas et photocopies ne sont pas acceptés.
- L'assuré principal doit inscrire tous les renseignements demandés et signer le formulaire.

**LES FRAIS ENCOURUS AU COURS DE L'ANNÉE DOIVENT ÊTRE TRANSMIS DANS LES 90 JOURS SUIVANT LA FIN DE L'ANNÉE CIVILE, SOIT AVANT LE 31 MARS DE CHAQUE ANNÉE.**

**VEUILLEZ SOUMETTRE VOTRE DEMANDE À :**

iA Groupe financier / Réclamations  
1611, boul. Crémazie Est, bureau 900  
Montréal (Québec) H2M 2P2