

Procédure de réclamation

Ce formulaire doit être complété lorsque vous faites une demande de règlement en raison de maladie ou de blessure. Vous pouvez nous aider à accélérer le traitement de votre demande de règlement en veillant à répondre à toutes les questions et en joignant les originaux des reçus ou des factures pour lesquels vous présentez votre demande de règlement.

**Veillez retourner votre formulaire de demande de règlement à : l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers Inc. Services des règlements
988 Broadway Ouest, Bureau 400, CP 5900, Vancouver (Colombie-Britannique) V6B 5H6.**

Partie A – Déclaration du réclamant (en lettres moulées)

Nom de famille :	Prénom :	Numéro de Certificat :
Adresse postale complète :		No de Téléphone: ()
1. Raison de la demande de règlement: () Maladie () Blessure		Date de naissance du réclamant : _____ <small>(JJ/MMM/AAAA)</small>
2. Date de l'accident ou du début de la maladie: _____ <small>(JJ/MMM/AAAA)</small>		Date de la consultation médicale initiale : _____ <small>(JJ/MMM/AAAA)</small>
3. Détails complets sur l'accident:		
4. Nom et adresse de tous les médecins consultés :		
5. Si hospitalisé, inscrivez le nom et l'adresse de l'hôpital :	Date d'admission _____ <small>(JJ/MMM/AAAA)</small>	Date de décharge _____ <small>(JJ/MMM/AAAA)</small>
6. Si une chirurgie en consultation externe a été exécutée inscrivez le nom de l'hôpital et le type de chirurgie :		
7. a) Après avoir quitté hôpital, à quelle date avez-vous repris vos activités quotidiennes habituelles ? _____ <small>(JJ/MMM/AAAA)</small>		
b) Si vous êtes encore confiné à votre résidence, quand comptez-vous reprendre vos activités quotidiennes habituelles ? _____ <small>(JJ/MMM/AAAA)</small>		
8. Avez-vous déjà souffert du même état ou d'un état semblable dans le passé? Si "oui" inscrivez le nom du médecin et la date de traitement.		
9. Parmi les prestations suivantes, veuillez indiquer celles pour lesquelles vous faites une demande de règlement. Veuillez joindre les originaux de vos reçus ou factures.		
() BonRétablissement SM (suite à une hospitalisation)	du : _____ <small>(JJ/MMM/AAAA)</small>	au : _____ <small>(JJ/MMM/AAAA)</small>
() BonRétablissement SM (suite à une chirurgie en consultation externe)	du : _____ <small>(JJ/MMM/AAAA)</small>	au : _____ <small>(JJ/MMM/AAAA)</small>
() Attestation de médecin (les reçus sont exigés)		
() Fractures (précisez quels os)		
() Matériel d'aide technique (les reçus sont exigés)		
() Physiothérapie (les reçus sont exigés)		
() Prestations en espèces en cas d'hospitalisation (les reçus sont exigés)		
() Soins infirmiers à domicile (les reçus sont exigés)		
() Transport (les reçus sont exigés)		
() Transport d'un membre de la famille (les reçus sont exigés)		
() Autre (veuillez préciser): _____		

Autorisation médicale

Je DÉCLARE que les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande de règlement sont, à ma connaissance, exacts et complets.

En mon nom ou en celui de tout mineur assuré, je COMMUNIQUE les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande de règlement à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (ci-après « la Société») et RECONNAIS que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter et administrer cette demande de règlement ainsi que la couverture de la police d'assurance J'AUTORISE tout pourvoyeur de soins de santé, compagnie d'assurance, école et administration scolaire, employeur ou autre personne ou organisation à révéler à la Société tous renseignements médicaux, tous renseignements concernant les frais et tout autre renseignement que la Société pourrait exiger pour l'évaluation de cette demande de règlement.

J'AUTORISE la Société à échanger les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande de règlement et tout autre renseignement inclus dans les dossiers ayant rapport à cette demande de règlement ou à cette assurance, avec les personnes identifiées dans le paragraphe précédent pour les objectifs désignés ci-dessus ou tels qu'autorisés par moi-même ou légalement requis.

Signature du réclamant: _____

En date du: _____
(JJ/MMM/AAAA)

Part B – Déclaration du médecin traitant (en lettres moulées)

Ce formulaire a été simplifié pour votre convenance. Cependant, si vous souhaitez remplir le formulaire standard approuvé par l'OMHA, veuillez demander à votre patient d'aviser la Société.

Nom du patient : _____
Nom de famille Prénom

1. Diagnostic ainsi que les complications (dans le cas d'une fracture, spécifier l'os et montrer s'il est complet ou non).

2. Date de la première consultation pour cet état: _____ Les soins médicaux ont terminé le: _____
(JJ/MMM/AAAA)

3. Veuillez inscrire le nom du médecin référent :
Le patient a-t-il déjà été soigné pour cet état ou un état semblable? () Oui () Non
Si « Oui » inscrivez la date: _____
(JJ/MMM/AAAA)

4. Si hospitalisé en raison de cet état, veuillez préciser les dates: Date d'admission: _____
(JJ/MMM/AAAA)
Date de décharge: _____
(JJ/MMM/AAAA)

5. Si cet état nécessitait une chirurgie en consultation externe, précisez le type de chirurgie:

6. Après avoir quitté l'hôpital, à partir de quand le patient aurait-il pu sortir sans aide afin d'effectuer des courses et rendre des visites etc.? _____
(JJ/MMM/AAAA)

Nom du médecin traitant: _____
(Nom de famille) (Prénom)

Signature du médecin traitant: _____ Date: _____
(JJ/MMM/AAAA)

Adresse du médecin: _____

À FAIRE COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT