

## **DEMANDES DE RÈGLEMENT EN CAS DE BLESSURE**

- Le formulaire de demande de règlement campeur doit être rempli au complet pour que votre demande puisse être traitée. Veuillez vous assurer d'inclure la **Section A – Déclaration du médecin traitant** à la page 2. Celle-ci doit être remplie par le médecin traitant qui a vu en premier l'assuré dans un délai de 30 jours suivant la blessure. Les chiropraticiens, les physiothérapeutes, les infirmières diplômées ou tout autre fournisseur de services **ne peuvent pas** remplir le formulaire.
- Advenant que l'assuré consulte tout d'abord dans un hôpital, une copie du rapport de sortie de l'hôpital (la fiche médicale n'est pas nécessaire) peut être présentée au lieu de la déclaration du médecin traitant.
- Les demandes de règlement pour les frais de **physiothérapie/de massages thérapeutiques/d'attelles** doivent être accompagnées des reçus originaux et de la recommandation écrite du médecin traitant qui a prescrit le traitement.

## **DEMANDES DE RÈGLEMENT POUR DOMMAGES DENTAIRES**

- Le formulaire de demande de règlement campeur doit être rempli en entier pour que votre demande puisse être traitée. Si vous effectuez une demande de règlement pour dommages dentaires, veuillez vous assurer que la page 1 et la **Section B - Déclaration du dentiste traitant** de la page 2 de la demande de règlement sont remplies par le dentiste traitant qui a vu en premier l'assuré dans un délai de 30 jours suivant la blessure.
- Si vous êtes assuré par plus d'un assureur, veuillez noter que nous demandons à votre assureur d'origine une *explication détaillée* des prestations en plus du formulaire rempli indiquant les traitements et les codes dentaires spécifiques.

## **IMPORTANT**

- La partie située au bas du formulaire de demande de règlement doit aussi être SIGNÉE ET AUTORISÉE par le **directeur du camp UNIQUEMENT**. La demande de règlement ne peut être traitée sans cette autorisation.
- Le formulaire de règlement campeur doit être envoyé à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») dans un délai de 90 jours suivant la date de la blessure, peu importe si des frais ont été engagés. Veuillez joindre uniquement les reçus originaux pour tous les frais que vous voulez vous faire rembourser.
- Veuillez noter qu'il est de la responsabilité du demandeur d'obtenir et d'envoyer le formulaire de demande de règlement rempli comme indiqué. Tous les frais engagés pour le faire remplir relèvent aussi de la responsabilité du demandeur.
- Si vous êtes assuré par plus d'un assureur, il y a coordination des prestations. Veuillez présenter vos frais médicaux à votre autre compagnie d'assurance en premier. Lorsque vous aurez reçu une copie de l'explication des prestations, veuillez la faire parvenir à la société accompagnée des copies des documents relatifs aux frais.

## **QU'ARRIVE-T-IL APRÈS LA RÉCEPTION DE VOTRE DEMANDE...**

- Veuillez noter que toutes les demandes de règlement sont soumises à un processus décisionnel standard. Vous devriez obtenir une réponse dans un délai d'une à trois semaines selon le volume de demandes de règlement. Vous recevrez l'une des réponses suivantes :
  - (A) Paiement ou avis de paiement à un fournisseur.
  - (B) Demande d'information supplémentaire si nécessaire.
  - (C) Acceptation ou refus de la demande de règlement accompagné des raisons.

Retourner le formulaire de demande de règlement rempli à :  
**Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.**  
**Services des règlements Vie et Santé, Solutions pour les marchés spéciaux**  
**400-988, Broadway Ouest, C. P. 5900, Vancouver (C.-B.) V6B 5H6**  
**Tél. : 1-800-266-5667**  
**www.solutionsinsurance.com**

En fournissant ce formulaire de demande de règlement au demandeur pour des raisons pratiques, la compagnie n'accepte aucune responsabilité ou ne renonce à aucune condition générale de la police. Le fait de fournir ce formulaire de demande de règlement ne signifie pas qu'une personne est couverte. Seules les demandes admissibles seront remboursées.

## Procédure de réclamation

### NOTE : VEUILLEZ FAIRE COMPLÉTER LE VERSO DU FORMULAIRE PAR LE DENTISTE ET/OU MÉDECIN

- Important – Ce formulaire doit être complété et posté immédiatement ou dès que possible à l'adresse ci-dessus avec les reçus originaux détaillés.
- Note 1 – Si réclamation pour accident aux dents, faire compléter la Section «B» au verso par le dentiste.
  - Note 2 – Si réclamation pour blessure/maladie, faire compléter la Section «A» au verso par le médecin.
  - Note 3 – Il incombe au demandeur d'acquitter les frais encourus pour faire remplir ce formulaire

## Information sur le Camp/Campeur

Nom du camp \_\_\_\_\_ Nom du propriétaire de la police \_\_\_\_\_ N° de police \_\_\_\_\_

Adresse du camp  
Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Nom du campeur \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
( J J / M M / A A A A )

Adresse du campeur  
Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Nom du parent ou tuteur \_\_\_\_\_

## Accident

Date de l'accident \_\_\_\_\_ Nature de la blessure \_\_\_\_\_  
( J J / M M / A A A A )

Circonstances sous lesquelles l'accident s'est produit

## Maladie

Date de l'apparition des symptômes \_\_\_\_\_ Diagnostic \_\_\_\_\_  
( J J / M M / A A A A )

## Traitement reçu

Nom et adresse du médecin vu : \_\_\_\_\_

Si traité dans un hôpital, donnez le nom et l'adresse complète

Dates des traitements

Des indemnités d'accident ou maladie sont-elles fournies par d'autres assurances? \_\_\_\_\_ Nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_  
Oui  Non

## Autorisation et Déclaration

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

Date : \_\_\_\_\_ Signature du Demandeur : \_\_\_\_\_  
( J J / M M M / A A A A )

Signature : \_\_\_\_\_ Directeur du camp \_\_\_\_\_ Date de la signature \_\_\_\_\_  
( J J / M M M / A A A A )

