

DEMANDES DE RÈGLEMENT EN CAS DE BLESSURE

- Le formulaire de demande de règlement accident de sport standard 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 accident de sport 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 l'un des responsables suivants : **le gérant/l'entraîneur/ou les responsables de l'équipe sportive UNIQUEMENT**. Les physiothérapeutes, les entraîneurs de sport/les thérapeutes ou tout autre fournisseur de services ne peuvent pas remplir le formulaire. La demande de règlement ne peut être traitée sans cette autorisation.
- Le formulaire de demande de règlement accident de sport doit être envoyé à l'Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc. («Industrielle Alliance Pacifique») 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 l'Industrielle Alliance Pacifique 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 Pacifique, Assurance et services financiers inc.
Services des règlements, 2165, Broadway Ouest, C. P. 5900, Vancouver (Colombie-Britannique) V6B 5H6
Tél. : 1-800-266-5667
www.iapacific.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

La réclamation doit être présentée dans les 30 jours suivant la date de l'accident. Veuillez répondre à toutes les questions et soumettre le formulaire dûment rempli et signé avec les reçus détaillés originaux à **l'Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc.**,
2165 Broadway O., C.P. 5900, Vancouver, C.-B., V6B 5H6, Ph: 1-800-266-5667

NOTE : VEUILLEZ FAIRE COMPLETER LE VERSO DU FORMULAIRE PAR LE DENTISTE ET/OU MEDECIN

Doit être complété par la personne blessée et par le directeur ou entraîneur de l'équipe

Nom de l'équipe		N° de police	
Nom de la ligue ou association dont fait partie l'équipe		Type de sport et catégorie (ex. Senior B, etc.)	
Nom complet de la personne blessée		Initiale	N° de téléphone
Adresse résidentielle : Rue	Ville	Province	Code postal
Adresse postale courante : Rue <i>(si différente de celle ci-dessus)</i>	Ville	Province	Code postal
Âge	Date de naissance <small>(J J / M M M / A A A A)</small>	Date de l'accident <small>(J J / M M M / A A A A)</small>	Heure de l'accident
			A.M. <input type="checkbox"/>
			P.M. <input type="checkbox"/>

Expliquez **en détails** comment l'accident est survenu :

Quelles blessures ont été subies?

A-t-il(elle) été blessé(e) lors d'une partie de la ligue ou lors d'une pratique officielle supervisée?

Quelle autre assurance hospitalisation, médicale ou dentaire détient la personne blessée?

Autorisation et Déclaration

Je DÉCLARE SUR L'HONNEUR que les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande sont, à ma connaissance, exacts et complets.
De ma part ou de la part d'un mineur assure, je DONNE les renseignements inscrits sur le formulaire de demande à l'Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc. («Industrielle Alliance Pacifique») et ADMET que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter et administrer cette demande 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 l'Industrielle Alliance Pacifique tous renseignements médicaux, tous renseignements concernant les frais et tous autres renseignements qu' l'Industrielle Alliance Pacifique pourrait exiger pour l'évaluation de cette demande.
J'AUTORISE l'Industrielle Alliance Pacifique à échanger les renseignements inscrits sur ce formulaire de demande et tous autres renseignements inclus dans les dossiers ayant rapport à cette demande 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.

Date : _____ Signature du Demandeur : _____
(JJ/MMM/AAAA)

Signature : _____
(Directeur, Entraîneur, etc.)

Date de la signature _____ Titre officiel _____
(J J / M M M / A A A A)

Il incombe au demandeur de faire remplir le présent formulaire à ses propres frais.

