



ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

**Règlements, Assurance de personnes**  
1080, Grande Allée Ouest  
C. P. 1907, succursale Terminus  
Québec (Québec) G1K 7M3

**Numéros de téléphone**  
Région de Québec : 418 684-5000, poste 5332  
Autres régions : 1 888 715-5232

## Accigroupe/Accigroupe Plus

### DEMANDE DE RÈGLEMENT

**Il incombe au demandeur de faire remplir les formulaires.  
Les frais sont à sa charge.**

**INSTRUCTIONS :** La demande de règlement, les factures originales et les autres pièces justificatives doivent être soumises dans les 90 jours suivant la date de l'accident. Suivre les étapes ci-dessous. Le demandeur doit faire signer la personne autorisée de l'école ou de l'association à l'étape 3, signer l'autorisation à l'étape 6 et poster les documents à l'adresse indiquée. Dans tous les cas de décès, de mutilation ou de perte d'usage et d'invalidité, communiquer avec votre représentant ou la Compagnie aux numéros indiqués ci-dessus.

Certains accidents peuvent être indemnisés par un organisme privé ou gouvernemental tel que la CSST, la SAAQ, la RAMQ et l'IVAC. La demande de règlement doit d'abord être soumise à cet organisme et une copie du règlement effectué doit nous être envoyée.

#### Étape 1 IDENTIFICATION DU DEMANDEUR (contractant, père, mère ou tuteur)

Contrat :     Nom du groupe : \_\_\_\_\_ Nom du demandeur : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Rue Ville Province Code postal Téléphone

#### Étape 2 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance :           Sexe :  M  F  
École fréquentée : \_\_\_\_\_ Commission scolaire : \_\_\_\_\_

#### Étape 3 DESCRIPTION DE L'ACCIDENT ET DES BLESSURES OCCASIONNÉES

\_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_ Date :           Heure : \_\_\_\_\_ (selon la période de 24 heures)

**Signature de la personne autorisée par l'école ou l'association sportive :** \_\_\_\_\_

Transport d'urgence : Indiquer le nombre de kilomètres effectués dans les 24 heures suivant l'accident : \_\_\_\_\_

#### Étape 4 DOCUMENTS REQUIS POUR SOINS DENTAIRES

Soins dentaires

- Section ci-dessous à faire remplir par le dentiste
- Joindre les radiographies
- Formulaire normalisé de soins dentaires du dentiste

##### Déclaration du dentiste

Les blessures décrites ci-dessous ont été causées par un accident survenu le :

Nom ou position de la dent endommagée lors de l'accident : \_\_\_\_\_

Nature de la blessure : \_\_\_\_\_

État de la dent avant l'accident (si saine et entière), préciser : \_\_\_\_\_

Nom du dentiste : \_\_\_\_\_ Adresse du dentiste : \_\_\_\_\_

Signature du dentiste : \_\_\_\_\_

#### Étape 5 DOCUMENTS REQUIS (Il incombe au demandeur de faire remplir les formulaires exigés. Les frais sont à sa charge.)

Avant de soumettre une demande, s'assurer que la prestation ou les garanties sont incluses dans le contrat.

Fracture

- Copie du rapport du radiologiste

Physiothérapie/chiropractie/autres spécialistes (voir police)

- Reçus originaux et formulaire fourni par la personne qui a prodigué les soins

Transport en ambulance

- Facture originale complète

Autres frais

- Facture originale

#### Étape 6 DECLARATION ET AUTORISATION

Les garanties qui font l'objet de la demande sont-elles couvertes par une autre assurance (assurance employeur ou autre)?  Oui  Non

Si  Oui  Non

La demande de règlement doit d'abord être soumise à la compagnie qui procure cette assurance, et une copie du règlement effectué doit nous être envoyée avec les copies des factures.

Compagnie : \_\_\_\_\_ N° de contrat : \_\_\_\_\_  
Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_ N° de certificat : \_\_\_\_\_

Je certifie par les présentes que, à ma connaissance, tous les renseignements ci-inclus sont véridiques et que toutes les dépenses ont été faites par moi-même (ou par mes personnes à charge) pour l'usage exclusif de la personne mentionnée. Pour l'évaluation de ma demande de règlement, j'autorise tout professionnel de la santé, tout établissement de santé ou autre organisme public ou privé détenant des renseignements personnels à mon sujet ou au sujet de ma famille à les révéler à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. ou à son mandataire autorisé. Une photocopie de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

Date : \_\_\_\_\_ Signature du demandeur : \_\_\_\_\_