

Selon votre province de résidence, veuillez soumettre votre demande à :

Québec : Service des règlements – santé/dentaire
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Toutes les autres provinces : Service des règlements – santé/dentaire
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

Réclamation Estimation

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Prénom du participant _____ Nom du participant _____

N° de police _____ N° de certificat _____ Nom de l'organisation _____

Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J

 Sexe : M F Langue : Anglais Français

Moyen de communication à privilégier pour le règlement des réclamations :

Téléphone _____ Courriel _____

Remplir cette section uniquement si vos renseignements ont récemment changé.

Adresse du participant _____ Code postal _____

2. COORDINATION DES PRESTATIONS (REPLIR CETTE SECTION UNIQUEMENT SI L'UNE DE VOS PERSONNES À CHARGE EST COUVERTE PAR UN AUTRE RÉGIME COLLECTIF.)

- Si votre conjoint ou vos enfants à charge sont couverts par leur propre régime collectif pour les soins médicaux, les frais engagés par cette personne doivent d'abord être soumis à l'autre assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande à iA Groupe financier pour le solde impayé.
- Si vos enfants à charge sont couverts à la fois par votre régime et par celui de votre conjoint, les frais engagés doivent être soumis au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.

Votre conjoint ou vos enfants à charge sont-ils couverts par un autre régime collectif pour les soins médicaux? Non Oui, précisez :

Protection : Individuelle Familiale; nom du conjoint ou de l'enfant _____ Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J

Soumettez-vous des frais engagés par l'une de vos personnes à charge qui **NE SONT PAS** couverts par leur régime?

Non Oui, précisez : _____

Si l'assureur de votre conjoint est aussi iA Groupe financier, voulez-vous que nous procédions à la coordination des prestations?

Non Oui, précisez : N° de police du conjoint _____ N° de certificat _____

3. FRAIS MÉDICAUX

- Pour vous assurer d'un règlement complet de votre demande, veuillez fournir l'information requise comme indiqué au verso de ce formulaire.
- 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; elles seront détruites 60 jours après leur réception.

NOM (un demandeur par ligne)	Lien avec le participant	Date de naissance																
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><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></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J								
A	A	A	A	M	M	J	J											
_____	_____	_____																
_____	_____	_____																
_____	_____	_____																
_____	_____	_____																

Enfants de 18 ans et plus (ou selon votre régime)				Total (par demandeur)
Enfant handicapé Non	Enfant handicapé Oui	Étudiant à temps plein Non	Étudiant à temps plein Oui	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$

Si les frais sont engagés à la suite d'un accident, précisez le type d'accident (détails au verso, s'il y a lieu) :

Travail Véhicule motorisé Autre _____ Date de l'accident

A	A	A	A	M	M	J	J

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

Signature du participant **X** _____ Date

A	A	A	A	M	M	J	J

Pour de l'information plus détaillée, consultez votre livret d'assurance collective.

INFORMATION GÉNÉRALE	
Formulaires de iA Groupe financier	<ul style="list-style-type: none"> D'autres formulaires de réclamations, y compris les formulaires CGS, des questionnaires et des renseignements supplémentaires sont disponibles sur notre site Internet, au ia.ca et dans l'Espace client.
Coordination des prestations	<ul style="list-style-type: none"> Cette démarche permet d'établir l'ordre dans lequel deux ou plusieurs sociétés d'assurance verseront des prestations pour la même réclamation (maximum de 100 %). Pour des instructions détaillées et des exemples de cas de coordination des prestations, consultez le guide <i>Coordination des prestations</i> qui se trouve sur notre site Internet.
Réclamations liées à un accident de travail ou de véhicule motorisé	<ul style="list-style-type: none"> Si votre réclamation est liée à un accident de travail, veuillez soumettre la demande initiale à votre commission provinciale des accidents du travail, s'il y a lieu. Si votre réclamation est liée à un accident de véhicule motorisé, veuillez soumettre la demande initiale à votre assurance automobile, s'il y a lieu.
Frais engagés à l'extérieur de votre province de résidence	<ul style="list-style-type: none"> Les frais engagés à l'extérieur de votre province de résidence sont pris en charge par CanAssistance. Pour toute requête ou question, veuillez communiquer avec CanAssistance au 1 800 203-9024. Les formulaires de réclamation d'assurance voyage de CanAssistance, spécifiques à votre province de résidence, sont accessibles sur notre site Internet, au ia.ca.

EXIGENCES QUANT AUX RÉCLAMATIONS	
Les factures originales détaillées doivent comprendre les renseignements suivants et doivent être présentées pour chaque réclamation :	<ul style="list-style-type: none"> Le nom complet du demandeur La date, le coût et le type de traitement Le nom et les titres professionnels du fournisseur
Services de fournisseurs paramédicaux (ex. : massothérapeute, physiothérapeute, chiropraticien, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> Une recommandation médicale pourrait être requise selon votre police d'assurance collective
Orthèses du pied	<p>La recommandation médicale et la facture doivent inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le diagnostic décrivant les symptômes et la nécessité sur le plan médical Le nom et les compétences du professionnel de la santé autorisé Québec : Médecin et podiatre Autres provinces : Médecin, orthésiste dûment autorisé, podiatre, podo-orthésiste dûment autorisé et podologue (uniquement en Ontario) La technique de moulage Le nom et les compétences du spécialiste en orthèses du pied ou du laboratoire dûment autorisé Québec : Podiatre (seulement pour les orthèses du pied) ou laboratoire détenant un permis où travaille un orthésiste Autres provinces : Orthésiste dûment autorisé, podiatre, podo-orthésiste dûment autorisé et podologue (uniquement en Ontario)
Chaussures orthopédiques	<p>La recommandation médicale et la facture doivent inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le diagnostic décrivant les symptômes et la nécessité sur le plan médical Le nom et les compétences du professionnel de la santé autorisé (voir la liste par provinces sous « Orthèses du pied » pour plus d'information) Le nom du spécialiste ou du laboratoire spécialisé en orthopédie qui a fabriqué sur mesure ou modifié de façon permanente les chaussures orthopédiques (voir la liste par provinces sous « Orthèses du pied » pour plus d'information) La liste détaillée des modifications permanentes apportées aux chaussures Une description de la façon dont les chaussures ont été faites sur mesure
Lits d'hôpital et fauteuils roulants	<ul style="list-style-type: none"> Une recommandation médicale, comprenant le diagnostic décrivant les symptômes et la nécessité sur le plan médical La durée requise escomptée La date d'achat des appareils précédents, s'il y a lieu
Appareils orthopédiques (ex. : attelle de genou, corset lombaire)	<ul style="list-style-type: none"> Une recommandation médicale, comprenant le diagnostic, la nécessité sur le plan médical et les symptômes La durée requise escomptée
Services d'infirmiers ou d'infirmières	<ul style="list-style-type: none"> Les prestations pour services d'infirmiers ou d'infirmières doivent être préapprouvées par iA Groupe financier. Veuillez télécharger et remplir le questionnaire approprié, puis nous le soumettre. Vous trouverez le questionnaire en question sur notre site Internet.

Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à communiquer avec le Service à la clientèle au 1 877 422-6487.