

## ASSURANCE ACCIDENTS DEMANDE DE RÈGLEMENT

Pour un traitement rapide de votre demande, veuillez nous faire parvenir ce formulaire dûment rempli.  
Si des renseignements sont manquants, il vous sera retourné.

**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. Dans tout les cas de décès, de mutilation ou de perte d'usage et d'invalidité, communiquer avec la compagnie au numéro indiqué 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)

N° de contrat : \_\_\_\_\_ Établissement d'enseignement : \_\_\_\_\_

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_

Adresse (rue, ville, province et code postal) : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### ÉTAPE 2 - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

### ÉTAPE 3 - DESCRIPTION DE L'ACCIDENT ET DES BLESSURES OCCASIONNÉES

Date de l'accident (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

Comment l'accident est-il survenu? (lieu, blessure, fait accidentel) (Au besoin, ajouter une feuille datée et signée) \_\_\_\_\_

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

### ÉTAPE 4 - SOINS DENTAIRES (À remplir par le dentiste)

Documents requis :  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 (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

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 naturelle). 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 et/ou les garanties sont couvertes par le contrat.

**Fracture** - Copie du rapport du radiologiste

**Physiothérapie chiropractie / autres spécialistes** (Voir police.) - Reçu originaux et formulaire fourni par la personne qui a prodigué les soins.

**Transport en ambulance** - Facture originale complète.

**Autres frais** - Facture originale

### ÉTAPE 6 - DÉCLARATION ET AUTORISATION

Êtes-vous couvert par un autre régime d'assurance (assurance employeur ou autre)?  Oui  Non

La demande de règlement doit d'abord être soumise à la compagnie qui offre cette autre 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 : \_\_\_\_\_

Les garanties qui font l'objet de la demande sont-elles couvertes par cette autre assurance?  Oui  Non

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 Croix Bleue Medavie, 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 : **X**