INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

www.inalco.com

ASSURANCE COLLECTIVE

DEMANDE DE RÈGLEMENT
SOINS DENTAIRES

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

Québec
C. P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Ontario, provinces de l'Atlantique et de l'Ouest
C. P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

PARTIE 1 – DÉCLARATION DU DENTISTE

Patient (nom et prénom) _____

Réservé à l'usage du dentiste pour l'ajout de renseignements touchant le diagnostic ou les procédés ou l'ajout de considérations particulières :

Duplicata ❑ Prédétermination ❑

Dentiste (nom et prénom / adresse / nº de téléphone)
_____
_____
_____

Par les présentes, je cède les prestations payables en vertu de cette demande de règlement au dentiste ci-contre spécifié et autorise que le paiement des prestations soit fait directement à ce dernier.

_____
Signature du souscripteur

Je comprends que je suis responsable des frais engagés indépendamment de cette demande de règlement et de la protection que je possède. Je reconnais également que le total des frais, au montant de _____ $, est exact et que ces frais m'ont été facturés pour services rendus.

Signature du participant _____

Vérification (dentiste) _____

Traitements et services donnés au patient

Date A	Date M	Date J	Code du procédé	Code interne de la ou des dents	Surface de la ou des dents	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais

Sauf erreurs ou omissions possibles, ce relevé de frais et d'honoraires est exact et le total des frais soumis est dû et payable.

Total des frais soumis _____

PARTIE 2 – DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Nº de police _____ Nom du titulaire de la police _____

Nom du participant _____ Prénom _____

Nº de certificat _____ Date de naissance A M J Sexe : ❑ M ❑ F Langue : ❑ Fr. ❑ Angl.

COORDINATION DES PRESTATIONS

NOTE IMPORTANTE

En vertu de la section de votre régime portant sur la coordination des prestations, si votre conjoint participe à un régime qui couvre les soins dentaires, les frais engagés par votre conjoint doivent d'abord être soumis à son assureur. Vous pourrez par la suite, s'il y a lieu, présenter une demande pour le solde impayé.

Les frais engagés par les enfants à charge assurés doivent être soumis au régime du parent dont la date de naissance vient en premier au cours d'une année civile.

Votre conjoint, s'il y a lieu, est-il couvert par un autre régime d'assurance collective? ❑ Non ❑ Oui, préciser :

Nom de la compagnie d'assurance _____ Nº de police _____ Protection : ❑ Individuelle ❑ Familiale

Nom du conjoint _____ Date de naissance A M J

VEUILLEZ S.V.P. REMPLIR ET SIGNER LE VERSO DE CE FORMULAIRE.

1. Si les frais engagés le sont pour une personne à charge, donner les renseignements suivants :

Nom de la personne à charge _____ Prénom _____

Lien avec le participant _____ Date de naissance A M J

Enfant de 18 ans et plus : ❑ Handicapé ❑ Étudiant à temps plein Nom de l'établissement d'enseignement _____

2. Si la demande de règlement résulte d'un accident, préciser : ❑ Accident au travail ❑ Accident d'automobile ❑ Autre
et remplir le formulaire *Demande de règlement soins dentaires en cas d'accident* (F54-267).

3. Est-ce que des traitements à des fins orthodontiques sont prévus? ❑ Oui ❑ Non

4. Dans le cas d'une prothèse, d'une couronne ou d'un pont, s'agit-il d'une première pose? ❑ Oui ❑ Non

SI OUI, bien vouloir fournir les radiographies d'avant le traitement.

SI NON, préciser la date de la pose précédente A M J et la nécessité du remplacement _____

_____

_____

5. Dans le cas d'un pont fixe, avez-vous déjà eu ou avez-vous actuellement une prothèse partielle? ❑ Oui ❑ Non

SI OUI, préciser la date de la dernière pose A M J et la nécessité du remplacement _____

_____

CONFIRMATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

JE CONFIRME, par les présentes, qu'à ma connaissance l'information fournie dans cette demande de règlement est véridique et complète.

Si cette demande de règlement est soumise au nom de mon conjoint ou d'un enfant à charge, **JE CONFIRME** que je suis autorisé à divulguer l'information concernant ces derniers aux fins de traitement de cette demande.

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 de règlement soit divulguée à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services à des fins de tarification, d'administration et de traitement de la demande de règlement; et

(2) J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé ou tout professionnel de la santé, toute organisation médicale, compagnie d'assurance ou compagnie de réassurance, commission d'indemnisation des accidents du travail, le titulaire de la police, mon employeur, ainsi que toute autre personne, organisation ou institution publique ou privée à communiquer à l'Industrielle Alliance, à ses employés, à ses représentants et à ses fournisseurs de services tout renseignement relatif aux frais de traitements engagés qui pourrait leur être nécessaire dans l'évaluation de la demande de règlement.

J'ACCEPTE que l'on utilise mon numéro d'assurance sociale comme numéro de certificat, lorsque nécessaire, pour l'administration de mon régime d'assurance collective.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente confirmation et autorisation a la même validité que l'original.

Signature du participant **X** _____ Date _____

Adresse _____ Code postal _____

Tél. (domicile) _____ Tél. (travail) _____

AVIS DE DIVULGATION

À l'Industrielle Alliance, les renseignements personnels que nous recueillons vous concernant ou concernant vos personnes à charge sont conservés de façon confidentielle et sont utilisés uniquement aux fins pour lesquelles ils ont été fournis.

Votre dossier personnel est conservé aux bureaux de l'Industrielle Alliance.

Vous avez le droit de consulter votre dossier personnel et, si nécessaire, de corriger toute information erronée. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., responsable du droit d'accès à l'information, 1080, Grande Allée Ouest, C. P. 1907, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 7M3.

L'accès à votre dossier personnel n'est donné qu'aux employés de l'Industrielle Alliance, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs dans le cadre de leurs fonctions ainsi qu'aux personnes que vous autorisez et à celles autorisées par la loi.

À des fins de vérification et pour des rapports administratifs, l'Industrielle Alliance peut fournir à votre employeur ou au titulaire de la police des statistiques financières ne contenant aucune information nominative.

L'Industrielle Alliance peut établir une liste de ses clients et partager l'information découlant de cette liste au sein du Groupe Industrielle Alliance. Cette liste a pour but de permettre à l'Industrielle Alliance de mieux servir ses clients en leur offrant des produits et des services appropriés. Toutefois, vous pouvez demander que votre nom soit retiré de cette liste en écrivant au responsable du droit d'accès à l'information, à l'adresse mentionnée ci-dessus.