



C.P. 557, 100 rue King Ouest
Hamilton (Ontario) L8N 3K9
Téléphone sans frais: 800-463-5437
Télécopieur: 866-551-1704

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION
ASSURERNOSENFANTS®

Note: Si l'étudiant assuré est d'âge mineur, ce formulaire doit être rempli et signé par un parent ou tuteur.

Partie I	
Nom du conseil scolaire	N° de police assurernosenfants®
Nom de l'école	Année
Nom de l'étudiant l'assuré (nom de famille, prénom)	Date de naissance (MM / JJ / AA)
Adresse (rue, ville, province, code postal)	
Nom du (des) parent(s) /tuteur(s)	N° de téléphone
Employeur du(des) parent(s)/tuteur(s)	
Partie II	
Est-ce que l'accident est survenu à l'école ou pendant une activité scolaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date de l'accident (MM / JJ / AA)	Heure de l'accident
Endroit de l'accident	
Nature de la blessure	
Si l'hospitalisé, nom et adresse de l'hôpital	
Date et heure d'admission	Date et heure de sortie
Nom du médecin ou dentiste traitant	
Adresse	Date du premier traitement médical (MM / JJ / AA)
Part III	
Décrivez complètement les circonstances de l'accident	
Nom du témoin 1	Adresse du témoin 1
Nom du témoin 2	Adresse du témoin 2
Partie IV	
Quelle(s) indemnité(s) réclamez-vous?	Montant réclamé \$
Avez-vous une protection auprès d'un autre programme d'assurance ou d'indemnisation (ex. Assurance collective de votre employeur)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :	
Nom de la compagnie d'assurance / Institution A	N° de police
Adresse de la compagnie A	N° de certificat
Nom de la compagnie d'assurance / Institution B	N° de police
Adresse de la compagnie B	N° de certificat
PAR LA PRÉSENTE, j'autorise tout médecin, hôpital, clinique ou autre installation médicale, toute compagnie d'assurance, bureau ou institution gouvernementale ou toute personne ou personnes, de droit ou de fait, à fournir à LA RELIABLE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE tous les détails de l'assurance et des antécédents médicaux de l'étudiant assuré. Une copie de cette autorisation sera aussi valide que l'originale.	
Date (MM / JJ / AA) _____ Signature _____	

PROCÉDURE DE RÉCLAMATIONS

- (A) Remplir COMPLÈTEMENT la première page de ce formulaire. SVP ne pas soumettre les dépenses couvertes selon un régime gouvernemental ou autre programme d'assurance maladie.
- (B) Pour les réclamations nécessitant le rapport d'un médecin, veuillez faire remplir par un médecin la Déclaration du médecin traitant à la deuxième page de ce formulaire.
- (C) Pour les réclamations nécessitant le rapport d'un dentiste, veuillez faire remplir par un dentiste le Formulaire de réclamation dentaire à la troisième page de ce formulaire.
- (D) **Vous devez signaler la perte à la compagnie dans les 60 jours de l'accident et présenter les preuves, y compris un rapport du médecin ou du dentiste traitant, dans les 90 jours de l'accident.**
- (E) Ce formulaire et tous les comptes assurés que vous devez payer doivent être acheminés sans délai à l'adresse indiquée plus haut.

Veillez remplir ce formulaire de réclamation et le retourner à votre patient. Les frais de faire remplir ce formulaire sont la responsabilité du patient.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT - À ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN

Nom du patient (<i>nom de famille, prénom</i>)		Âge
Adresse (<i>rue, ville</i>)	Adresse (<i>province, code postal</i>)	
Diagnostic: Veuillez indiquer le nom des os fracturés/dислоqués:		
Si hospitalisé, nom de l'hôpital		
Date d'admission (<i>MM / JJ / AA</i>)	Date de sortie (<i>MM / JJ / AA</i>)	
Si le patient a été confié à vous par un autre médecin, indiquez le nom du médecin orienteur :		
Si le patient a été référé par vous à un autre médecin, physiothérapeute, chiropraticien ou autre praticien, veuillez indiquer le nom et le type de praticien.		
OPÉRATIONS (ou autres procédures exécutées)		
1		Date (<i>MM / JJ / AA</i>)
2		Date (<i>MM / JJ / AA</i>)
3		Date (<i>MM / JJ / AA</i>)
Date de la première consultation plus haut (<i>MM / JJ / AA</i>)		
Date des premiers symptômes (<i>MM / JJ / AA</i>)		
Date de l'accident (<i>MM / JJ / AA</i>)		
Est-ce que le patient a déjà eu une condition similaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez indiquer quand et décrivez les circonstances:		
Y a-t-il une autre maladie ou déficience affectant la présente condition? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez la décrire		
Nom (<i>lettres moulées s.v.p.</i>)	Signature	
Date (<i>MM / JJ / AA</i>)	Spécialité d'accréditation	
Adresse (<i>rue, ville, province, code postal</i>)		
N° de téléphone	N° de télécopieur	

