



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 réclamation résulte d'un accident, préciser :  Accident au travail  Accident d'automobile  Autre  
et remplir le formulaire *Réclamation 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 réclamation est véridique et complète.

Si cette réclamation 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, Assurance et services financiers inc. (la « Société »), 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 réclamation; 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 la Société, 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 réclamation.

(3) **JE COMPRENDS ET J'ACCEPTÉ** que, en cas de doute raisonnable ou d'élément probant de fraude ou d'abus en lien avec la réclamation, la Société 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 la 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 COMPRENDS** que l'information personnelle peut être divulguée aux personnes autorisées en vertu de la loi qui s'applique au Canada ou à l'étranger.

**J'ACCEPTÉ** 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 

A	M	J

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal 

--	--	--	--	--

Tél. (domicile) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Tél. (travail) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Poste \_\_\_\_\_