



C.P. 557, 100 rue King ouest
Hamilton, Ontario L8N 3K9
Téléphone: (905) 523-5587
Sans frais: (800) 465-0661
Télécopieur: (905) 528-8338

ASSURANCE-VIE ET ACCIDENT ÉTUDIANT
DÉCLARATION DU SINISTRE DENTAIRE
PAR LES PARENTS

Avis: SVP ne pas déclarer les dépenses médicales couvertes sous un régime d'assurance-santé gouvernementale ou autre.

Nom du conseil scolaire _____		No. de brochure de police _____	
Nom de l'école _____		Année _____	
(si on a changé d'école au courant du semestre, à indiquer le nom de la première école)			
Nom de l'étudiant _____		Date de naissance _____	
		Mois Jour Année	
Adresse _____		Code Postal _____	
Rue Ville Province			
Nom du parent _____		No. de téléphone _____	
Nom de(s) employeur(s) des parents _____			
Est-ce que l'accident est survenu à l'École ou durant une activité scolaire?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Date de l'accident _____		Heure _____	
Lieu de l'accident _____			
Nature des blessures _____			
Si transporté à l'hôpital, nom de l'hôpital _____			
Date d'admission _____		Heure _____	
Date de sortie _____		Heure _____	
Nom du dentiste ou du médecin traitant _____			
Adresse _____		Date du premier traitement _____	
Décrivez les circonstances de l'accident _____			
Les noms et adresses des témoins _____			
Montant réclamé _____ \$			
Y a-t-il de couverture d'une autre source, par exemple, un régime ou assurance collective de l'employeur?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Nom de la (des) personne(s) assure(s) _____			
Nom de la (des) compagnie(s)/société(s) d'assurance _____			
Adresses _____			
No.(s) de police _____		No.(s) du (des) certificat (s) _____	
PAR LA PRÉSENTE, J'AUTORISE la divulgation totale par le médecin, l'hôpital, la clinique et tout autre établissement médical, toute compagnie d'assurance, tout bureau gouvernemental ou institut et toute personne réelle ou légale, des détails de l'assurance et des antécédents médicaux de moi-même ou de mon enfant à la Reliable, Compagnie d'Assurance-Vie. Une copie de cette autorisation est aussi valable que l'originale.			
Date _____		SIGNÉ(E) _____	

ETAPES DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT

- (A) Remplir la première page de ce formulaire **AU COMPLET** (Pour des sinistres nécessitant un rapport de médecin, contactez La Reliable;
- (B) Le verso du formulaire est réservé aux soins dentaires;
- (C) **On doit aviser la Compagnie dans les 60 jours suivant la date de l'accident, et en soumettre la preuve de perte, y compris le rapport du dentiste ou du médecin traitant, dans les 90 jours de la date de l'accident;**
- (D) Ce formulaire ainsi que tous les comptes assurés dont vous êtes responsable doivent être acheminés sans tarder à l'adresse en haut.

