



**Assurance ACE INA**  
**Assurance-Vie ACE INA**  
 The Exchange Tower  
 130, rue King Ouest, 12<sup>ème</sup> étage  
 Toronto, Ontario M5X 1A6  
 Téléphone : (416) 368-2911 1-877-337-9494

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE  
 RÉGLEMENT POUR SOINS  
 MÉDICAUX À LA SUITE D'UN  
 ACCIDENT**

**VEUILLEZ INDIQUER TOUTES LES DATES EN FORMAT JOUR / MOIS / ANNÉE**

N° de la police \_\_\_\_\_

Nom		
Date de naissance	N° de téléphone (    )	
Adresse		
Ville	Province	Code postal

Nom de l'employeur	N° de téléphone de l'employeur (    )
Avez-vous déjà soumis une demande à ACE INA? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de l'accident
Circonstances de l'accident?	
Blessures résultant de l'accident?	
Date de la première consultation chez le médecin?	
Nom et adresse du médecin?	

Les déclarations ci-dessus sont justes et vraies à ma connaissance et à ma conviction. J'autorise, pour une période ne pouvant pas être inférieure à 12 mois, mais ne pouvant pas excéder 24 mois à compter de ce jour, tout médecin, praticien, fournisseur de soins, hôpital, établissement de soins de santé, organisation médicale, clinique, et tout autre établissement médical ou médicalement connexe, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, ou régime ou organisation similaire, administrateur du régime, ministères fédéraux, territoriaux ou provinciaux ou toute autre société ou organisation, institution ou association, à diffuser et à échanger avec Assurance ACE INA/Assurance-Vie ACE INA, ou leurs représentants, toute information sur ma santé ou le paiement de prestations ou toute autre information ou dossier me concernant, qui serait en leur possession et dont l'assureur aurait besoin pour le traitement de ma demande de règlement. Je consens qu'une photocopie de cette autorisation ait le même degré de validité que l'original.

Signature du demandeur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**ÊTES-VOUS COUVERT PAR UNE AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE POUR LES ACCIDENTS?  
 (SI OUI, VEUILLEZ DONNER LE NOM DE LA COMPAGNIE ET VOS NUMÉROS DE POLICE ET DE CERTIFICAT)**

Date du service rendu	Nature de la maladie	Nom du médicament de service et n° RX	Nom du pharmacien	Montant facturé	Nom du médecin prescripteur

**IMPORTANT : TOUTES LES FACTURES ET LES REÇUS ORIGINAUX POUR LES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE DOIVENT ÊTRE ANNEXÉS À CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT**



**Assurance ACE INA**  
**Assurance-Vie ACE INA**  
The Exchange Tower  
130, rue King Ouest, 12ème étage  
Toronto, Ontario M5X 1A6  
Téléphone : (416) 368-2911 1-877-337-9494

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE  
RÈGLEMENT POUR SOINS  
MÉDICAUX À LA SUITE D'UN  
ACCIDENT**

Page - 2

**Déclaration d'autorité**

Nom de l'assuré
N° de la police
Nous certifions que le demandeur ci-dessus est assuré pour la période débutant le _____ et se terminant le _____

Signature de la personne autorisée par le détenteur de la police \_\_\_\_\_

**Déclaration de l'assuré**

Par la présente, je certifie que l'information mentionnée ci-dessus est juste et vraie et que tous les frais indiqués n'ont été engagés que par le patient indiqué. Je comprends que Assurance ACE INA ou Assurance-Vie ACE INA pourrait communiquer avec mon médecin, pharmacien ou toute autre personne. Par la présente, j'autorise la diffusion de toute information supplémentaire qui pourrait être requise et je consens qu'une photocopie de ce formulaire ait le même degré de validité que l'original.

Date \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré \_\_\_\_\_

**CE FORMULAIRE ET TOUTES LES PIÈCES JOINTES, DONT VOUS DEVEZ ASSUMER LES COÛTS,  
DOIVENT ÊTRE RACHÈMÉS DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS**