

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.

