



ALBERTA SCHOOL BOARDS' INSURANCE EXCHANGE INSURANCE PROGRAM

Student Accident | Incident Reporting Instructions

Special Market Solutions (IAP) Student Accident Forms can be downloaded from <http://www.solutionsinsurance.com/forms> each time it is required.

Claim forms are updated at any time by the insurer to reflect new reporting requirements and additional information, therefore we kindly ask clients to not retain the claim forms in their files.

For serious claims such as death, dismemberment, paralysis, etc, please contact Special Market Solutions directly to request the necessary forms, as they do not post them publicly.



Special Markets Solutions
Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc.
Suite 2050, 777 – 8 Ave. S.W.
Calgary AB T2P 3R5
www.solutionsinsurance.com

Important Reminder: Keep a detailed incident report on all injury accident.

- Date and time of the accident
- Location
- Activity or explanation of how the injury occurred
- Note weather conditions and ground conditions if injury occurred outside
- Supervisor
- Witnesses
- Take pictures of the accident scene if possible immediately following the accident
- Report all serious injuries to Lloyd Sadd as soon as possible

Please return to: Lloyd Sadd Insurance Brokers
Urania Fuentes-Cordova
Email: urania@lloydsadd.com
Direct Line: 780.930.3850
Toll Free: 800.665.5243
Fax Number: 780.484.5727

This document addresses frequently asked questions about Blanket Student Accident Insurance claims.

MEDICAL INJURY CLAIMS

- The Blanket Student Accident Insurance Standard Claim Form must be completed in full in order to process your claim. Please be sure to include the **Attending Physician's Statement** section which must be completed by the attending physician (MD) who first saw the insured within 30 days of the injury. Chiropractors, Physiotherapists, Registered Nurses, or any other service providers are **not eligible** to complete the form.
- In the event that the insured was initially seen in a hospital, a copy of the Hospital Admission or Emergency Room Report may be submitted instead of the Attending Physician's Statement. If you are claiming for the expense of an ambulance only, we **do not** require the attending Physician's Statement (nor the Hospital Admissions Report). Submit the original Ambulance invoice together with the top parts of the Student Accident claim form.
- If your policy provides **Physiotherapy coverage**, claims for these items must be accompanied by the original receipts and the written referral from the attending physician recommending physiotherapy treatment.
- If your policy provides coverage for **Brace expenses**, claims for these items must be accompanied by the original receipts and the written referral from the attending physician indicating that the brace is required for therapeutic or curative purposes only.

DENTAL INJURY CLAIMS

- The Blanket Student Accident Insurance Standard Claim Form must be completed in full in order to process your claim. If claiming for dental injury, please be sure that both the **Part 1 & Part 2 Dentist** sections on Page 2 of the claim form are completed by the attending dentist who saw the insured within 60 days of the injury.
- If you have more than one insurance carrier, please note that we require a detailed Explanation of Benefits from your primary carrier along with the completed claim form including the specific dental procedure and tooth codes.

IMPORTANT

- The Blanket Student Accident Insurance Standard Claim Form must be filed with Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc. (the "Company"), within 90 days of the date of the injury, regardless of whether expenses have been incurred. Attach only original receipts for all eligible expenses being claimed.
- Please note that it is the responsibility of the Parent/Legal Guardian to obtain and forward the completed claim form as indicated. Any charge incurred for its completion is also the responsibility of the Parent/Legal Guardian.
- If you have more than one insurance carrier, benefits are coordinated. Please submit your expenses to your other insurance company first. Once you have received a copy of the Explanation of Benefits, please forward to the Company with copies of expenses.
- Please note: In providing this claim form for the convenience of the claimant, the Company does not admit any liability or waive any of the terms and conditions of the policy. Provision of this claim form does not indicate coverage. Only eligible claims will be paid.
- If you have any questions regarding coverage, your claim or require additional information, please contact our office at 1-800-266-5667 for instructions and information.

Return completed claim form to:
INDUSTRIAL ALLIANCE INSURANCE AND FINANCIAL SERVICES INC.
Claims Department, 2165 Broadway W, PO Box 5900, Vancouver, BC, V6B 5H6
Tel: 1-800-266-5667
www.inalco.com

Blanket Student Accident Insurance Standard Claim Form

It is the responsibility of the parent to obtain and forward the completed claim form as indicated, and for any charge made for its completion.

Please print in ink

Please Tell Us About Yourself					
Name of Parent or Legal Guardian (please print)			Insured's Information (Print)		
Last Name	First Name	Initials	Last Name	First Name	Initials
Address			Date Of Birth	Sex	
City			Province	Postal Code	
Telephone (home)			Telephone (work)		
			Date Of Birth		Sex
			<input type="checkbox"/> Male		<input type="checkbox"/> Female
			Name Of School		Grade/Year
			Name Of School Board		Policy #

Please Tell Us About the Accident	
Date of Accident	Time Of Accident
Where did the accident occur?	<input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
How did the accident happen? (Please provide a detailed explanation)	On what date was the Physician or Dentist first consulted for this injury?
What injuries were caused by the accident?	Name & Address of Dentist or Physician:
	Are any other hospital and medical or dental insurance benefits available?
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	If Yes: Name of other insuring company

- I hereby CERTIFY that the information contained in this Claim Form is true and complete to the best of my knowledge.
- On behalf of myself and/or any minor insured, I RELEASE the information contained in this Claim Form to Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc. (the "Company") and ACKNOWLEDGE that this information will be used to assess, process and administer this claim and policy coverage. I AUTHORIZE any health care provider, insurance company, school or school board, employer, or other person or other organization to disclose to the Company any medical information, information regarding charges, or other information which the Company may need in their assessment of this claim.
- I AUTHORIZE the Company to exchange the information detailed in this Claim Form and other information contained in files related to this claim or coverage with any of the parties identified in the previous paragraph for the purposes listed above, or as authorized by me, or as legally required.

Dated this _____ of _____ Year _____ Claimant: _____
DAY MONTH YEAR (4 DIGITS) Signature of Parent or Legal Guardian or Insured

Attending Physician's Statement – (Must be Completed in Full and Signed by the Attending Physician)	
Describe condition: _____	due to: Accident <input type="checkbox"/> or Illness <input type="checkbox"/>
Fracture <input type="checkbox"/> Location & Type _____ and/or	
Other Injury <input type="checkbox"/> Location & Type _____	
Referred for: Physiotherapy <input type="checkbox"/> Massage Therapy <input type="checkbox"/> ?	
Date of onset of symptoms or injury: _____	Did any disease or previous injury contribute to loss? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
If Yes, describe: _____	First date treated for this condition _____ <small>(DD/MMM/YYYY)</small>
Date of surgery _____ Under general anaesthetic <input type="checkbox"/> or under local anaesthetic <input type="checkbox"/> ?	Was Claimant hospitalized? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <small>(DD/MMM/YYYY)</small>
Name of Hospital _____	Date Admitted _____ <small>(DD/MMM/YYYY)</small>
Hospital Address _____	Date Discharged _____ <small>(DD/MMM/YYYY)</small>
Date: _____ <small>DD / MMM / YYYY</small>	NAME OF PHYSICIAN (please print) _____ Signature of Attending Physician (M.D.) _____

Please Return To: Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc., Claims Department, 2165 Broadway W, PO Box 5900, Vancouver, BC V6B 5H6 1-800-266-5667

Important: Completed claim form must be filed with Industrial Alliance Insurance and Financial Services Inc. (the "Company"), within 90 days after the date of the injury, and in no event later than 1 year, regardless of whether expenses have been incurred. Please attach original receipts for all eligible expenses being claimed. It is the entire responsibility of the parent to obtain and forward the completed claim form as indicated, and for any charge made for its completion.

Medical Injury Claims: The physician must complete the Attending Physician's (M.D.) Statement in order to process the claim. If claim involves physiotherapy or massage therapy expenses a copy of the Physician's referral for the therapy must accompany the completed claim form with receipts.

Dental Injury Claims: The reverse side of this form must be completed and signed by the dentist in order to process the claim.

Assurance accidents pour étudiants Feuille de renseignements pour les demandes de règlement

Ce document répond aux questions fréquentes à propos des demandes de règlement de l'Assurance accidents pour étudiants.

DEMANDES DE RÈGLEMENT – BLESSURE CORPORELLE

- Le Formulaire de demande de base – Assurance accidents pour étudiants doit être rempli au complet pour que l'on puisse traiter votre demande de règlement. N'oubliez pas d'inclure la section **Déclaration du médecin traitant**, qui doit être remplie par le médecin traitant (m.d.) qui a vu l'assuré en premier dans les 30 jours de la blessure. Les chiropraticiens, les physiothérapeutes, les infirmières et les autres fournisseurs de services **ne sont pas autorisés** à remplir le formulaire.
- Au cas où l'assuré a été initialement vu à l'hôpital, une photocopie du Rapport de Sortie de l'Hôpital ou des Urgences peut être envoyée en lieu de la Déclaration du Médecin Traitant. Si la réclamation concerne seulement les frais d'ambulance, la Déclaration du Médecin Traitant (ou le rapport de sortie de l'hôpital) **n'est pas requise**. Veuillez soumettre l'original de la facture d'ambulance accompagné des deux parties supérieures complétées du formulaire de demande de règlements - Assurance Accidents pour Étudiants (page 1).
- Si votre police offre la **garantie de physiothérapie**, les demandes de règlement liées à cette garantie doivent être accompagnées des reçus originaux et des recommandations écrites du médecin traitant préconisant le traitement de physiothérapie.
- Si votre police offre la **garantie d'appareils orthopédiques**, les demandes de règlement liées à cette garantie doivent être accompagnées des reçus originaux et des recommandations écrites du médecin traitant indiquant que l'appareil orthopédique est nécessaire à des fins thérapeutiques ou curatives.

DEMANDES DE RÈGLEMENT – BLESSURE AUX DENTS

- Le Formulaire de demande de base de l'Assurance accidents pour étudiants doit être rempli au complet pour que l'on puisse traiter votre demande de règlement. S'il s'agit d'une demande pour blessure aux dents, assurez-vous que les sections **Partie 1 & Partie 2 – Dentiste** de la page 2 du formulaire sont toutes deux remplies par le dentiste traitant qui a vu l'assuré dans les 60 jours de la blessure.
- Si vous avez plus d'un assureur, veuillez noter que vous devez nous envoyer une *Explication des indemnités* détaillée de votre assureur principal avec le formulaire de demande de règlement rempli indiquant le code de la procédure et le code de la dent.

IMPORTANT

- Le Formulaire de demande de base de l'Assurance accidents pour étudiants doit être soumis à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») dans les 90 jours de la date de la blessure, que des frais aient été engagés ou non. Veuillez annexer les reçus originaux, seulement, de tous les frais admissibles dont vous demandez le règlement.
- À noter que c'est le parent qui doit obtenir et nous envoyer le formulaire de demande de règlement dûment rempli, et que les frais pouvant être engagés pour le faire remplir sont à la charge du parent.
- Si vous avez plus d'un assureur, les indemnités sont coordonnées. Veuillez soumettre vos frais à votre autre assureur en premier. Dès que vous aurez reçu une copie de l'explication des indemnités, veuillez la faire parvenir à la société avec une copie de vos factures de frais.
- À noter : en fournissant le formulaire de demande de règlement pour la commodité du demandeur, la Société n'admet aucune responsabilité et ne renonce à aucune des modalités et conditions de la police. Le fait de fournir ce formulaire n'indique pas qu'il y a couverture. Seules les demandes de règlement admissibles seront réglées.
- Pour obtenir un complément d'information ou des précisions au sujet de la protection ou de votre demande de règlement, veuillez vous adresser à notre bureau au 1-800-266-5667.

Veuillez retourner le formulaire de demande de règlement rempli à :
Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Service des Règlements, 2165, Broadway Ouest, C.P. 5900, Vancouver (C.-B.) V6B 5H6
Tél. : 1-800-266-5667
www.inalco.com

Veillez nous donner des renseignements à votre sujet

Nom du parent ou du tuteur (en caractères d'imprimerie)			Nom de l'étudiant/l'assuré		
Nom	Prénom	Initiale	Nom	Prénom	Initiale
Adresse: Rue			Date de naissance		
Ville			<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fém.		
N° de téléphone (résidence)			Nom de l'école		
N° de téléphone (travail)			Année scolaire		
			Nom du conseil ou de la commission scolaire		
			N° de police		

Veillez nous donner des renseignements au sujet de l'accident

Date de l'accident	Heure de l'accident	Quand avez-vous consulté un dentiste ou médecin la première fois pour cette blessure?
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm	<input type="text"/>
Lieu de l'accident		Nom et adresse du dentiste ou du médecin :
Comment l'accident s'est-il produit? (Veillez donner les détails.)		Bénéficiez-vous d'autres prestations d'assurance hospitalisation et maladie ou dentaire?
Quelles ont été les blessures causées par l'accident?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Si « Oui », nom de l'autre compagnie d'assurance

- Je CERTIFIE que les renseignements consignés dans la présente demande sont, à ma connaissance, exacts et complets.
- En mon nom personnel et/ou au nom de tout mineur assuré, Je COMMUNIQUE les renseignements consignés dans la présente demande à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») et RECONNAIS que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter et administrer cette demande et la couverture de la police. J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé, compagnie d'assurance, école, conseil ou commission scolaire, employeur ou autre personne ou organisme à divulguer à la société tout renseignement médical, renseignement concernant les frais et autre renseignement qui peut être nécessaire à la société pour évaluer cette demande.
- J'AUTORISE la société à échanger avec les parties désignées au paragraphe précédent les renseignements consignés dans la présente demande et d'autres renseignements figurant dans les fichiers relatifs à cette demande ou couverture, aux fins indiquées ci-dessus ou conformément à mon autorisation ou aux exigences légales.

Signé le _____ de _____ Année _____
JOUR MOIS (4 CHIFFRES) Signature du parent ou du tuteur ou de l'assuré

Déclaration du médecin traitant – (Doit être remplie au complet et signée par le médecin traitant)

Décrivez la condition: _____ Raison : Accident ou Maladie

Fracture Endroit & genre _____
 and/or

Autre blessure Endroit & genre _____

Recommandation pour : Physiothérapie Massothérapie ?

Date du début des symptômes ou de la blessure : _____ Est-ce qu'une maladie ou une blessure antérieure a contribué à la condition? Non Oui

Si « Oui », décrivez : _____ Première date de traitement pour cet état _____
(JJ/MMM/AAA)

Date de la chirurgie _____ Est-ce qu'une anesthésie générale ou locale a été nécessaire? Le demandeur a-t-il été hospitalisé? Non Oui
(JJ/MMM/AAA)

Nom de l'hôpital _____ Date d'admission _____
(JJ/MMM/AAA)

Adresse de l'hôpital _____ Date du congé _____
(JJ/MMM/AAA)

Date : _____
JJ/MMM/AAAA

_____ NOM DU MÉDECIN (en caractères d'imprimerie) _____ Signature du médecin traitant

Veillez retourner ce formulaire à : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. Service des règlements, 2165, Broadway W., C.P. 5900, Vancouver C.-B. V6B 5H6, Tél: 1-800-266-5667

Important : Le formulaire de demande dûment rempli doit parvenir à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. dans les 90 jours suivant la date de l'accident, et en aucun cas plus de un an après cette date, que des frais aient été engagés ou non. Veuillez joindre les reçus originaux de tous les frais admissibles dont vous demandez le remboursement. Il incombe au parent d'obtenir et de nous envoyer le formulaire de demande rempli de la manière indiquée et d'assumer les frais pouvant être exigés pour le faire remplir.

Demandes pour blessure corporelle : Le médecin doit remplir la Déclaration du médecin traitant afin que l'on puisse traiter la demande. Si la demande comporte des frais de physiothérapie ou de massothérapie, une copie de l'orientation du médecin vers le thérapeute doit accompagner le formulaire de demande rempli et les reçus.

Demandes pour blessure dentaire : Le verso du formulaire doit être rempli et signé par le dentiste afin que l'on puisse traiter la demande.

