



Preuve du sinistre – assurance contre les accidents du sport

Bien répondre à toutes les questions, c'est nous aider à mieux vous servir.

Directives. Le blessé doit remplir la « Déclaration de l'assuré », le gérant de l'équipe ou l'administrateur, la « Déclaration du responsable du club », et le médecin traitant, la « Déclaration du médecin traitant », qui se trouve à la page 2.

Important. S'il s'agit de soins dentaires, il faut remplir le formulaire « Soins dentaires en cas d'accident du sport ». L'assuré doit tout d'abord envoyer sa demande à l'assureur de tout autre régime d'assurance maladie; si les frais ne sont pas remboursés intégralement, il fait alors parvenir à AXA Assurances Inc. tous les Relevés de prestations. Conservez une copie des factures de soins médicaux, car nous ne vous retournerons pas l'original.

Nota – Vous pouvez remplir le formulaire au stylo (en majuscules). Il faut cependant que TOUTES les parties signent et datent l'ORIGINAL avant que vous ne l'envoyiez, en y joignant les factures ORIGINALES, à l'un des bureaux suivants de AXA Assurances Inc. :

2020, rue University, bureau 700, Montréal (Québec) H3A 2A5
Exchange Tower 130 King Street West 23rd floor, Suite 2350,
PO BOX 160, Toronto Ontario, M5X 1C7

220 - 12th Avenue S.W., suite 600, Calgary (Alberta) T2R 0E9

Nous n'acceptons pas les copies, les télécopies et les courriels.

Déclaration de l'assuré

Police n° _____

- Nom et prénom de l'assuré _____
- Date de naissance J _____ M _____ A _____
- S'il s'agit d'un mineur, nom et prénom d'un des parents ou du tuteur _____
- Profession de l'assuré, outre ses activités sportives _____
- Employeur _____
Adresse _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
- Nom de l'équipe _____
- Sport _____
- Date de l'accident J _____ M _____ A _____
- Date du premier traitement J _____ M _____ A _____
- Lieu de l'accident _____
- L'accident s'est produit pendant une pratique, une partie ou un déplacement autorisés
Date de départ (de la province de résidence) J _____ M _____ A _____ Date de retour (dans la province de résidence) J _____ M _____ A _____
- Description de la blessure _____
- Description détaillée de l'accident _____

- Nom et prénom du médecin traitant _____
Adresse _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
- Nom, prénom et adresse des autres médecins traitants _____

- Nom de l'hôpital _____
- Date de l'hospitalisation J _____ M _____ A _____
- Autres assurances hospitalisation ou maladie Oui Non Nom du régime/police n° _____

J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements précédents sont exacts et complets.

Signature du blessé ou, s'il est mineur, d'un des parents ou du tuteur _____ () _____ J _____ M _____ A _____
Téléphone _____ Date _____

Adresse _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Veillez joindre au présent formulaire dûment rempli l'« Autorisation de collecte, d'utilisation et de divulgation de renseignement personnels ».

Déclaration du responsable du club

2. Police n° _____

- Nom de l'équipe _____
- Nom de la ligue ou de l'association _____
- Sport _____
- Date à laquelle le joueur s'est joint à l'équipe J _____ M _____ A _____
- Jouait-il de façon régulière au moment de l'accident? Oui Non
- La blessure s'est-elle produite pendant une activité autorisée? Oui Non
Dans l'affirmative, il s'agit d'une pratique, d'une partie ou d'un déplacement autorisés

Signataire autorisé _____ Nom (en majuscules) _____ Titre ou poste officiel _____

Adresse _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone () _____ Date J _____ M _____ A _____

1. Nom du patient
2. Âge
3. Diagnostic de l'affection actuelle
- a) Principal
- b) Secondaire (le cas échéant)
4. Date des examens J M A J M A J M A J M A
5. À votre connaissance :
- a) Quelle est la date de l'accident ou de l'apparition des symptômes? J M A
- b) Le patient a-t-il déjà présenté une affection de cette nature? Oui Non
- Dans l'affirmative, donnez la date et précisez.
6. Nom de l'hôpital, s'il y a lieu
- Date d'admission J M A Heure
- Date de sortie J M A Heure
7. Nature de l'opération, s'il y a lieu
8. Nom du médecin qui vous a adressé le patient
9. Envoi du patient chez un spécialiste Oui Non
- Dans l'affirmative, précisez.
10. Envoi du patient chez un physiothérapeute Oui Non Dans l'affirmative, donnez la date. J M A
- Durée et fréquence du traitement

Nom du médecin (en majuscules) Signature

Adresse

Rue Ville Province Code postal

Téléphone () Date J M A

Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire, les frais étant à sa charge.