

Preuve du sinistre – assurance contre les accidents du sport

la citadelle

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

Directives. Le membre 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». Le membre 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 La Citadelle tous les avis de paiement.

Nota – On a le choix de répondre aux questions au stylo (en majuscules) ou en ligne. Il faut cependant que le formulaire soit signé et daté par TOUTES les parties et que l'ORIGINAL dûment rempli soit retourné à **La Citadelle**

Compagnie d'Assurances générales à l'une des adresses suivantes:

2001, rue University, bureau 1850, Montréal (Québec) H3A 2L8

1075 Bay Street, Toronto (Ontario) M5S 2W5

355 – 4th Avenue S.W., bureau 700, Calgary (Alberta) T2P 0J1

Les copies, les fax et les courriels sont inacceptables.

Déclaration de l'assuré

Police n° **9221389**

2. Date de naissance J M A

1. Nom et prénoms du membre

3. S'il s'agit d'un mineur, nom et prénoms d'un des parents ou du tuteur

4. Profession du membre, outre ses activités sportives

5. Employeur

Adresse Rue Ville Province

Code postal

6. Nom de l'équipe

7. Sport

8. Date de l'accident J M A

9. Date du premier traitement J M A

10. Lieu de l'accident

11. L'accident s'est produit pendant une pratique, une partie ou un déplacement autorisés

12. Description de la blessure

13. Description détaillée de l'accident

14. Nom et prénoms du médecin traitant

Adresse Rue Ville Province

Code postal

15. Nom, prénoms et adresse des autres médecins traitants

16. Nom de l'hôpital

J M A

17. Date de l'hospitalisation

18. Autres assurances hospitalisation ou Régime/police n°
maladie Oui Non

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 () Téléphone Date

Adresse Rue Ville Province

Code postal

Déclaration du responsable du club

1. Nom de l'équipe

2. Police n° **9221389**

3. Nom de la ligue ou de l'association

4. Sport

5. Date à laquelle le joueur s'est joint à l'équipe

6. Jouait-il de façon régulière au moment de l'accident? Oui Non

7. La blessure s'est-elle produite pendant une activité autorisée? Oui Non

Si oui, il s'agit d'une pratique, d'une partie ou d'un déplacement autorisés

.....
Signataire autorisé Nom (en majuscules) Titre officiel
.....
Adresse Rue Ville Province
.....
Code postal
.....
Téléphone () Date
.....
Page 2

Déclaration du médecin traitant

Police n° 9221389

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
Si oui, date et précisions
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 confié le patient
9. Avez-vous dirigé le patient vers un spécialiste? Oui Non
Si oui, précisions
10. Avez-vous dirigé le patient vers un physiothérapeute? Oui Non Si oui, date
Durée et fréquence du traitement

Nom du médecin (en majuscules) Signature
Adresse Rue Ville Province
Code postal
Téléphone () Date

J'autorise la divulgation à l'assureur et au contractant de tout renseignement relatif à la présente demande.

Signature du patient Date

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

