

**Preuve du sinistre – soins dentaires en cas d'accident du sport**

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

**Directives.** Le membre doit remplir la «Déclaration du demandeur», le gérant de l'équipe ou l'administrateur, la «Déclaration du responsable du club» et le dentiste traitant, la partie lui étant réservée à la page 2.

**Important.** Le membre doit tout d'abord envoyer sa demande à l'assureur de tout autre régime d'assurance maladie complémentaire ou d'assurance soins dentaires; si les frais ne sont pas remboursés intégralement, on 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 générale** à l'une des adresses suivantes:

**2001, rue University, bureau 1850, Montréal (Québec) H3A 2L8**  
**1075 Bay Street, Toronto (Ontario) M5S 2W5**  
**355 – 4<sup>th</sup> Avenue S.W., bureau 700, Calgary (Alberta) T2P 0J1**

Les copies, les fax et les courriels sont inacceptables.

**Déclaration du demandeur**

**Police n°** .....

1. Nom et prénoms du membre ..... 2. Date de naissance (J-M-A) .....

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. Lieu de l'accident .....

10. Description précise de l'accident .....

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

12. Nom du stade .....

13. Date des premiers soins dentaires (J-M-A) .....

14. Dentiste traitant .....

Adresse .....

Rue ..... Ville ..... Province .....

Code postal .....

15. Nom de tous les autres dentistes traitants .....

16. Nom de l'hôpital, s'il y a lieu ..... 17. Date de l'hospitalisation (J-M-A) .....

18. Autres assurances soins dentaires, peu importe le régime  Oui  Non

Nom de régime ..... Assureur ..... Contrat n° .....

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

Signature du demandeur ou, s'il est mineur, d'un des parents ou du tuteur ..... ( ) ..... Date (J-M-A) .....

Téléphone .....

Adresse .....

Rue ..... Ville ..... Province .....

Code postal .....

*L'envoi du présent formulaire ou sa réception par la Compagnie n'engage en rien La Citadelle ni ne peut entraîner la dérogation à l'une des conditions contractuelles.*

**Déclaration du responsable du club**

**Police n°** .....

1. Nom de l'équipe ..... 2. Nom de la ligue ou de l'association .....

3. Sport ..... 4. Date à laquelle le joueur s'est joint à l'équipe (J-M-A) .....

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

6. 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 (J-M-A) .....

**Preuve du sinistre – soins dentaires en cas d'accident du sport**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>1<sup>re</sup> partie – Dentiste</b>   | <b>Police n°</b> .....   |  |
| N° unique .....   | Spéc. ....   | Dossier du patient n° .....  |
| <b>Nom du patient</b> .....   | <b>Nom du dentiste</b> .....   | Je cède au dentiste nommé dans la présente les indemnités payables en vertu de cette demande et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement. |
| Adresse .....   | Adresse .....  |  |
| Téléphone ( ) .....   | Téléphone ( ) .....  |  |
| <b>Réservé au dentiste</b> <input type="checkbox"/><br>Duplicata<br>(renseignements complémentaires sur le diagnostic ou les actes ou autres considérations particulières)<br>..... | Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas couverts par le régime auquel je participe ou qu'ils ne soient couverts qu'en partie. Il m'incombe donc de voir à ce que mon dentiste soit rémunéré pour tous les soins rendus. Je reconnais que le total des honoraires s'élève à \$, que ce montant est exact et qu'il m'a été facturé pour les soins reçus. Je consens à ce que tous les renseignements contenus dans la présente demande soient divulgués à l'assureur ou à l'administrateur du régime.<br><br>Signature du patient, d'un parent ou du tuteur<br><input type="checkbox"/> Vérification |  |

|  |                |                     |                   |                        |                      |   | <b>Réservé à l'assureur</b>      |                           |                              |                                |  |
|--|----------------|---------------------|-------------------|------------------------|----------------------|---|----------------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------------|--|
| Date du traitement (J-M-A)   | Code de l'acte | Code int. des dents | Surface des dents | Honoraires du dentiste | Frais de laboratoire | Total des frais                         | Montant admis                    | Fréq.                     | %                            | Montant payable par le patient |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |   |                                  |                           |                              |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |   |                                  |                           |                              |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |   |                                  |                           |                              |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |   |                                  |                           |                              |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |   |                                  |                           |                              |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |   |                                  |                           |                              |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |   |                                  |                           |                              |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |   |                                  |                           |                              |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |   |                                  |                           |                              |                                |  |
| La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs et omissions. |                |                     |                   |                        |                      | <b>Total des honoraires demandés</b> \$ | Demande d'indemnisation n° ..... |                           |                              |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |   | Chèque n° .....                  | Date (J-M-A) .....        |                              |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |   | Franchise .....                  | Paiement du patient ..... | Paiement de l'assureur ..... |                                |  |

**2<sup>e</sup> partie – Déclaration complémentaire du dentiste**

1. Quelle est la nature des dommages? .....

2. D'autres traitements seront-ils nécessaires  Oui  Non Si oui, précisez ce qui suit :

| Code Int. des | Traitements nécessaires et, si possible, le code | Date approximative des traitements (J-M-A) |
|---------------|--|--|
|               |  |  |
|               |  |  |
|               |  |  |
|               |  |  |

3. Quelles complications pourraient encore survenir et à quel moment? .....

4. A) Nombre de dents endommagées ..... B) Étaient-elles toutes saines et entières?  Oui  Non  
 C) Nombre d'obturations parmi ces dents ..... D) Nombre de couronnes parmi ces dents .....

E) Nombre de traitements radiculaires parmi ces dents .....

F) Si les dents ne sont pas toutes saines et entières, précisez .....

Signature du  
dentiste .....

Date (J-M-A) .....