

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, au bureau de AXA Assurances Inc. :

2020, rue University, bureau 700, Montréal (Québec) H3A 2A5
Nous n'acceptons pas les copies, les télécopies et les courriels.

Déclaration de l'assuré

Police n° **9207251**

1. Nom et prénom de l'assuré 2. Date de naissance J M A
3. S'il s'agit d'un mineur, nom et prénom d'un des parents ou du tuteur
4. Profession de l'assuré, 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
Date de départ (de la province de résidence) J M A Date de retour (dans la province de résidence) J M A
12. Description de la blessure
13. Description détaillée de l'accident
14. Nom et prénom du médecin traitant
Adresse
Rue Ville Province Code postal
15. Nom, prénom et adresse des autres médecins traitants
16. Nom de l'hôpital 17. Date de l'hospitalisation J M A
18. 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° **9207251**

1. Nom de l'équipe 2. Police n° **9207251**
3. Nom de la ligue ou de l'association
4. Sport 5. Date à laquelle le joueur s'est joint à l'équipe J M A
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
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.