



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, le « 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 faut 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
1075 Bay Street, Toronto (Ontario) M5S 2W5
645 – 7th Avenue S.W., suite 1400, Calgary (Alberta) T2P 4G8

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

Police n° 9219084

Déclaration de l'assuré

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 _____ Téléphone _____ Date J _____ M _____ A _____

Adresse _____

Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

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

Déclaration du responsable du club

1. Nom de l'équipe _____

2. Police n° 9219084

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 _____

Déclaration du médecin traitant

Page 2

Police n° 9219084

2. Âge _____

1. Nom du patient _____

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.



Autorisation de collecte, d'utilisation et de divulgation de renseignements personnels (sinistres «accidents et maladie»)

J'autorise AXA Assurances Inc. et ses mandataires à faire la collecte, à utiliser et à divulguer des renseignements personnels me concernant moi et mes enfants à charge. L'obtention ou la divulgation desdits renseignements s'effectue, comme l'autorise la loi, auprès des personnes physiques et morales suivantes :

- Tout médecin ou professionnel de la santé dûment qualifié et tout établissement de santé (hôpital, clinique, etc.) agréé;
- Toute compagnie d'assurance ou de réassurance ainsi que tout établissement financier;
- Quiconque dispose de renseignements utiles à l'étude de la demande de règlement;
- Tout prestataire de service (information, assurance) servant d'intermédiaire à AXA Assurances Inc. ou à qui celle-ci fait appel.

La présente Autorisation permet à AXA Assurances Inc. d'atteindre les objectifs suivants :

- Rester en communication avec moi;
- Faire preuve de prudence dans l'appréciation des risques collectifs;
- Étudier les demandes de règlement et effectuer le paiement des indemnités;
- Déceler et prévenir la fraude;
- Proposer des produits et services répondant à mes besoins;
- Réunir les données statistiques en matière de sinistre d'assurance;
- Respecter la loi.

Les renseignements personnels ainsi obtenus sont versés à un dossier relatif à l'assurance contre les accidents et la maladie se trouvant dans les bureaux de AXA Assurances Inc. L'accès au dossier est réservé aux employés responsables de l'atteinte des objectifs mentionnés ci-dessus. Je sais que je peux prendre connaissance des renseignements s'y trouvant et faire faire les corrections qui s'imposent si j'en fais la demande par écrit au :

Responsable de la protection des renseignements personnels
 AXA Assurances Inc.
 2020, rue University
 Bureau 700
 Montréal (Québec) H3A 2A5

L'Autorisation est valide tant et aussi longtemps que AXA Assurances Inc. n'a pas atteint les objectifs mentionnés ci-dessus. Je peux en tout temps remettre à AXA Assurances Inc. un avis par écrit de retrait de l'Autorisation, sachant qu'elle pourrait fort bien ne pas être en mesure de me fournir le produit ou le service demandé.

Toute copie de l'Autorisation est aussi valide que l'original.

Date du sinistre J M A Nature (accident, maladie, etc.) _____

Signature de l'assuré _____ Nom (en majuscules) _____ Police n° 9219084

Date J M A Téléphone () _____

Adresse Rue Ville Province Code postal

En cas de décès accidentel de l'assuré, le mandataire doit signer à la place du défunt la présente autorisation.

Signature du mandataire _____ Nom (en majuscules) _____ Date J M A

Lien par rapport à l'assuré _____

Il faut retourner l'Autorisation dûment remplie à AXA Assurances Inc. à l'une des adresses suivantes :
 2020, rue University, bureau 700 Montréal (Québec) H3A 2A5
 1075 Bay Street, Toronto (Ontario) M5S 2W5
 645 - 7th Avenue S.W., suite 140, Calgary (Alberta) T2P 4G8