



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. L'assuré 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. L'assuré 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, il faut alors parvenir à AXA Assurances Inc. tous les Relevés de prestations.

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 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 du demandeur

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 du demandeur, 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. Lieu de l'activité _____

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 du régime _____ Assureur _____ Police 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 _____ ()

Téléphone _____ Date J M A _____

Adresse _____
 Rue Ville Province Code postal

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

Déclaration du responsable du club

Police n° 9219084

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
 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 _____



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