



# 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 – 7<sup>th</sup> 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 \_\_\_\_\_

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

**1<sup>re</sup> partie – Dentiste**

Police n° **9219084**

N° unique \_\_\_\_\_ Spéc. \_\_\_\_\_ Dossier du patient n° \_\_\_\_\_

Nom du patient \_\_\_\_\_ Nom du dentiste \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone ( ) \_\_\_\_\_ Téléphone ( ) \_\_\_\_\_

Signature du participant \_\_\_\_\_

Réservé au dentiste  Duplicate  
 (renseignements complémentaires sur le diagnostic ou les actes ou autres considérations particulières)

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.

Signature du patient, d'un parent ou du tuteur \_\_\_\_\_

Vérification \_\_\_\_\_

Réservé au dentiste							Réservé à l'assureur			
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 ou 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

- Quelle est la nature des dommages? \_\_\_\_\_
  - D'autres traitements seront-ils nécessaires?  Oui  Non Dans l'affirmative, précisez ce qui suit :  

Code int. des dents	Traitements nécessaires et, si possible, le code de l'acte	Date approximative des traitements (J-M-A)
  - Quelles complications pourraient encore survenir et à quel moment? \_\_\_\_\_
  - |  |   |
|--|---|
| A) Nombre de dents endommagées _____                                   | B) Étaient-elles toutes saines et entières? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_



## 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 et 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 - 7<sup>th</sup> Avenue S.W., suite 140, Calgary (Alberta) T2P 4G8