

DEMANDE D'INDEMNISATION POUR ACCIDENT DE SPORT
Tous les accidents doivent être signalés dans les 90 jours.

OBTENEZ TOUS LES DOCUMENTS ORIGINAUX AVANT DE SOUMETTRE VOTRE RÉCLAMATION.

À remplir par le demandeur

Nom complet du demandeur assuré : _____ Date de naissance : _____ Âge : _____

Adresse : _____ Téléphone (T) : () _____
ADRESSE CIVIQUE VILLE J / M / A
 _____ Email: _____ Téléphone (D) : () _____
PROVINCE CODE POSTAL

Nom de l'équipe : _____

Nom de la ligue : _____

Profitez-vous d'une protection en vertu d'une autre police d'assurance?? Oui Non

(Si oui, nom du régime ou de la compagnie d'assurance) _____

*Si vous avez soumis vos frais à un autre assureur, veuillez fournir une copie de l'explication de l'indemnisation avec vos reçus.

Date de l'accident : _____ Heure de l'accident : _____ Jour Soir

Lieu de l'accident : _____

| | | |
|--|---------------------|-----------------------|
| Comment l'accident est-il survenu? _____ | Témoins : Nom _____ | N° de téléphone _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Décrivez la nature de la blessure : _____

Nom du médecin : _____ Nom de l'employeur : _____

| | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Adresse du médecin : _____ | Adresse de l'employeur : _____ |
| <small>ADRESSE CIVIQUE</small> | <small>ADRESSE CIVIQUE</small> |
| _____ | _____ |
| <small>VILLE PROVINCE</small> | <small>VILLE PROVINCE</small> |
| _____ tel: _____ | _____ tel: _____ |
| <small>CODE POSTAL</small> | <small>CODE POSTAL</small> |

S'il y a eu hospitalisation, nom et lieu de l'hôpital : _____

Signature du demandeur : _____ Date: _____

ATTESTATION DU DEMANDEUR : Les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets au meilleur de ma connaissance. Toute fausse déclaration ou tout renseignement trompeur dans cette demande pourrait entraîner l'annulation de l'indemnisation, le refus de paiement de l'indemnisation et le remboursement des paiements d'indemnisation précédents, sans remboursement des franchises payées. J'accepte de rembourser l'assureur tous les paiements qui n'auraient pas dû être versés en indemnisation.

IMPORTANT : Toutes les factures remboursables en vertu de la présente police doivent être jointes à la demande. Pour toute demande d'indemnisation de décès, veuillez joindre une copie du certificat de décès et du rapport du médecin légiste.

AUTORISATION DE RAPPORT MÉDICAL (À remplir par le demandeur)

En ce qui concerne les blessures subies par _____ (nom du demandeur) à la suite de l'accident subi le _____ 20 ____ à ou près de _____ (lieu).

La présente vous donne l'autorisation de remettre à Everest Insurance Company of Canada :

- 1) Un rapport comprenant le diagnostic, l'historique de traitement et le pronostic; et
- 2) De permettre l'examen de tous les dossiers médicaux concernant les blessures subies lors de l'accident.

Claimant's signature: _____ Date: _____

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

- 1) Gravité de la blessure :
- 2) Description du traitement :
- 3) Futur traitement (s'il y a lieu) :

Signature du médecin : _____ Date: _____

Tous les frais engagés pour faire remplir ce formulaire doivent être payés par le patient.

FORMULAIRE DE RAPPORT D'ACCIDENT

Remplissez ce formulaire pour chaque accident exigeant les soins d'un médecin et/ou d'un dentiste. L'information fournie nous aidera à analyser les causes de la blessure et le type de blessure subi par le joueur/l'arbitre dans notre catégorie de jeu.

COCHEZ L'ACTIVITÉ

Entraînement Match Tournoi sanctionné

COCHEZ LES CASES PERTINENTES

Frappé ou coupé par un patin Collision avec la bande Saut par-dessus un joueur
 Collision avec un joueur Patin coincé dans la glace Frappé par un coude ou une main ..
 Collision avec le gardien de but Trébuchement Frappé par un bâton
 Collision avec le filet Frappé de l'arrière Frappé par la rondelle
 Collision avec la bande après une collision avec un joueur .

Pénalité annoncée? Oui
 Non

Nature de l'infraction

Bagarre Rudesse
 Faire trébucher Cinglage
 Bâton élevé Assaut
 Charger au bâton Autre : _____

COCHEZ L'ÉQUIPEMENT PORTÉ

Casque sans visière Protège-rein Coudière
 Casque et demi-visière Épaulières Culotte de hockey
 Casque et visière complète Gants de hockey..... Coquille
 Protège-tibia Protège-dents intérieur Protège-dents extérieur

COCHEZ LE TYPE DE BLESSURE

Dentaire Étirement musculaire Ligament déchiré .. Commotion cérébrale ..
 Entorse (articulations) .. Dislocation Fracture Blessures internes
 Lacération Peau (blessure/perforation) .. Ecchymose Cartilage déchiré

COCHEZ LES PARTIES DU CORPS BLESSÉES

Genou Hanche Dents Main
 Cheville Dos Visage Doigts
 Pied Colonne vertébrale Cou Pouce
 Tendon d'Achille Poitrine Menton Poignet
 Bas de la jambe. Épaule Oeil Avant-bras
 Cuisse Clavicule Nez Coude
 Tendon du jarret Milieu du corps Tête Bras

COCHEZ L'ACTIVITÉ

Position de jeu :

Gardien de but Défenseur Ailier Centre Arbitre/autre (p. ex., instructeur).....

Contexte de l'accident :

Mise en jeu Autre: _____

Moment de l'accident :

1^{re} période 2^e période 3^e période

Période de la journée :

Avant-midi Après-midi Soirée

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS LA PERSONNE JOUE-T-ELLE AU HOCKEY?

_____ années comme joueur _____ années comme arbitre _____ années comme instructeur

REMBOURSEMENT DE FRAIS DENTAIRES

Important : Le remboursement sera émis au demandeur seulement.

Tous les coûts doivent être payés au bureau du dentiste et les reçus présentés aux fins de remboursement

| | |
|---|--|
| <p>Dentiste</p> <p>Nom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>_____</p> <p>Code Postal : _____</p> <p>Téléphone : () _____</p> | <p>Patient</p> <p>Nom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>_____</p> <p>Code Postal : _____</p> <p>Téléphone : () _____</p> |
|---|--|

| DATE DE SERVICE | | | CODE DE DENT | CODE DE TRAITEMENT | SURFACE DE LA DENT | HONORAIRES DU | FRAIS DE LABORATOIRE | TOTAL |
|-----------------|------|----|--------------|--------------------|--------------------|---------------|----------------------|-------|
| JOUR | MOIS | AN | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|------------------------|------|------|-------|
| Ceci est une déclaration exacte des services rendus et des coûts imputés, erreurs ou omissions. | SOMME TOTALE SOUMISE : | | | |
| | Date: | Jour | Mois | Année |
| Signature du dentiste : | | | | |

Réservé au dentiste. Renseignements supplémentaires concernant le diagnostic, le traitement ou les complications, et circonstances particulières.

Je reconnais que les coûts indiqués sur ce formulaire pourraient ne pas être inclus dans la protection ou dépasser la protection offerte. Je reconnais avoir la responsabilité de payer mon dentiste pour tous les frais de traitement. J'autorise la divulgation de l'information fournie sur ce formulaire à mon assureur ou ses agents.

Signature du Patient

DENTISTE

Le traitement comporte-il des éléments orthodontiques?

Oui Non

Le traitement est-il requis à cause d'une blessure?

Oui Non

J'atteste que les services indiqués ont été

exécutés mis au calendrier

Si d'autres traitements sont nécessaires, veuillez en préciser la date et le coût :

DEMANDEUR

Ces dents étaient-elles en bonne santé et intactes au moment de l'accident?

Oui Non

S'agissait-il de dents permanentes?

Oui Non

Profitez-vous d'une protection dentaire en vertu d'un autre régime d'assurance?

Oui Non

Numéro de la police _____

Nom de l'assureur _____

Décrivez les blessures subies aux dents

DEMANDEUR

Le demandeur atteste qu'il portait l'équipement de protection du visage suivant au moment de l'accident :

Protection complète du visage

Demi-visière

Protège-dents intérieur

Protège-dents extérieur

Ma signature ci-dessous confirme que l'information fournie dans ce formulaire est véridique

Nom du demandeur (lettres moulées)

Signature du demandeur

REPRÉSENTANT DE L'ÉQUIPE ET/OU DIRIGEANT DE LA LIGUE

Nom : _____

Adresse : _____

ADRESSE CIVIQUE

VILLE

PROV.

CODE POSTAL

Téléphone (T) : (_____) _____

Téléphone (D) : (_____) _____

Signature du représentant de l'équipe ou du dirigeant de la ligue

En signant ci-dessus, j'atteste que cette demande d'indemnisation est liée à un accident survenu sur la patinoire et que l'information fournie est véridique. Seuls les joueurs portant une protection du visage complète ou une demi-visière et un protège-dents intérieur ou extérieur peuvent présenter une demande d'indemnisation.

LES JOUEURS/ARBITRES MEMBRES NE PORTANT PAS L'ÉQUIPEMENT DE PROTECTION DU VISAGE MINIMUM EXIGÉ NE PROFITENT D'AUCUNE PROTECTION POUR LES BLESSURES AU VISAGE ET /OU AUX DENTS

AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : Je reconnais que l'information que j'ai fournie sur ce formulaire et tout autre renseignement associé à ma demande d'indemnisation est exigée par Everest Insurance Company of Canada et CARHA Hockey, ses assureurs et ses gestionnaires autorisés (« l'assureur ») afin d'évaluer mon droit à une indemnisation, notamment pour déterminer si ma protection s'applique, enquêter sur les exclusions et coordonner la protection avec les autres assureurs. À ces fins, l'assureur consultera mon dossier d'assurance, recueillera des renseignements supplémentaires à mon égard, et recueillera ou échangera de l'information avec des tiers.

ATTESTATION : Les déclarations que j'ai faites dans ce formulaire et autrement au sujet de ma demande d'indemnisation sont véridiques et complètes au meilleur de ma connaissance. Toute fausse déclaration ou tout renseignement trompeur dans cette demande pourrait entraîner l'annulation de l'indemnisation, le refus d'indemnisation et le remboursement des paiements d'indemnisation précédents. J'accepte de rembourser à l'assureur toute somme reçue qui n'aurait pas dû être versée en indemnisation.

AUTORISATION : J'autorise tout médecin, professionnel, fournisseur de services de santé, hôpital, établissement de soins de santé, association médicale, clinique et autre établissement médical ou relié aux soins de santé, compagnie d'assurance ou de réassurance, commission des accidents du travail ou organisation semblable, gestionnaire de régime d'assurance, ministère fédéral, provincial ou territorial et toute autre société ou organisation, institution ou association (y compris l'obtention d'information de l'assureur de groupe ou de mon employeur), à divulguer ou à échanger avec Everest Insurance Company of Canada et CARHA Hockey, ou son représentant, toute information sur ma santé, le paiement d'indemnisations, mon emploi ou ma situation financière, ou tout autre information ou dossier me concernant qu'il a en sa possession pendant le traitement de la demande et ce, pour une période d'au moins douze et au plus vingt-quatre mois.

J'accepte qu'une reproduction de cette autorisation soit aussi valide que l'original.

Signature de l'assuré ou du parent ou tuteur de l'assuré (s'il a moins de 18 ans)

Date

FAITES PARVENIR LE FORMULAIRE ET LES REÇUS ORIGINAUX À :

CARHA Hockey

1420 Blair Place, Bureau 601, Ottawa (Ontario) K1J 9L8

Téléphone : (613) 244-1989 / (800) 267-1854

Télécopieur : (613) 244-0451 / (866) 345-1975

RÉSERVÉ AU BUREAU DE CARHA HOCKEY

20 - _____ 10 - _____ 90 - _____ Saison _____

Date de réception _____

La cueillette d'information par Canadian Adult Recreational Hockey Association (CARHA) se limite à l'information nécessaire afin de communiquer avec vous, l'enregistrement des membres pour la participation aux tournois de hockey en tant qu'organisme officiel du hockey récréatif au Canada, déterminer si nos produits et services ou ceux de nos partenaires répondent à vos besoins, offrir et fournir nos produits et services, ou ceux de nos partenaires, pouvant être d'intérêt pour vous, percevoir les sommes dues à CARHA Hockey ou permettre à CARHA Hockey de se prévaloir des recours ou de limiter les dommages qu'elle peut subir, respecter les lois en vigueur ou à d'autres fins qui vous seront communiquées avant ou au moment de recueillir vos renseignements personnels. Nous demanderons votre consentement avant d'utiliser ou de divulguer vos renseignements personnels à des fins non indiquées précédemment, à moins que la loi ne nous y oblige.