

Retourner le formulaire à :

CARHA

1420 Place Blair, bureau 610
Ottawa (Ontario) K1J 9L8
Téléphone : (613) 244-1989 / (800) 267-1854
Télécopieur : (613) 244-0451 / (866) 345-1975
Angelina Fonzo: afonzo@carhahockey.ca

Reset

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION EN CAS D'ACCIDENT

IMPORTANT: Le présent formulaire doit être validé par votre association (voir la section Déclaration de l'association à la dernière page de ce formulaire).

1. a) Nom complet de l'assuré :
b) Adresse :
c) Numéro de téléphone : d) Date de naissance (MM/JJ/AA) :
e) Courriel :
f) Si le réclamant est un enfant d'âge mineur, nom du parent/tuteur :
REMARQUE : Si le réclamant est un enfant d'âge mineur, le parent/tuteur doit signer ce formulaire
2. Nom de l'association :
3. a) Date de l'accident (MM/JJ/AA): b) Endroit où s'est produit l'accident :
c) Circonstances :
d) Blessure :
e) Date des premiers soins médicaux (MM/JJ/AA) :
4. a) Disposez-vous d'une assurance collective (par l'entremise de votre travail ou autre) qui couvre les frais paramédicaux (services ambulanciers, physiothérapie, etc.)? OUI NON
b) Dans l'affirmative, nom de la compagnie d'assurance :
REMARQUE : Vous devez d'abord présenter vos dépenses à votre assurance collective, puis nous fournir une copie de l'explication des prestations accordées et une copie de vos reçus.
5. Nom et adresse du médecin qui vous a traité pour cette condition :
6. a) La blessure a-t-elle nécessité votre hospitalisation? OUI NON
b) Dans l'affirmative, dates du (MM/JJ/AA) : au (MM/JJ/AA) :
c) Nom de l'hôpital :

AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : Je comprends que les renseignements que j'ai fournis dans le présent formulaire de réclamation et autrement à l'égard de ma réclamation sont requis par la Compagnie d'assurance AIG du Canada, ses réassureurs et ses administrateurs autorisés (l'« assureur ») pour évaluer mon admissibilité aux prestations, y compris, mais sans s'y limiter, pour déterminer si la couverture s'applique, enquêter sur l'applicabilité de toute exclusion et coordonner la couverture avec d'autres assureurs. À ces fins, l'assureur consultera également ses dossiers d'assurance existants à mon sujet, recueillera des renseignements supplémentaires à mon sujet et, le cas échéant, recueillera des renseignements auprès de tiers et échangera des renseignements avec eux.

ATTENTION : Les déclarations que j'ai fournies en remplissant le présent formulaire de réclamation et autrement à l'égard de toute réclamation sont véridiques et exactes au meilleur de mes connaissances. Je comprends qu'advenant toute déclaration fautive ou trompeuse en lien à ma réclamation, la couverture accordée pourra être résiliée, le versement de prestations refusé, et que les prestations versées antérieurement pourront être recouvrées. Je conviens de rembourser à l'assureur toute prestation versée advenant qu'il soit déterminé qu'une telle somme n'aurait pas dû être versée en lien à ma réclamation.

AUTORISATION : J'autorise, pour une période minimum de douze mois et maximum de 24 mois à compter de la date des présentes, tout(e) médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, établissement de soins de santé, organisation médicale, clinique ou autre établissement clinique ou médical, tout(e) compagnie d'assurance ou de réassurance, commission des accidents du travail ou régime ou organisation similaire, administrateur de régime d'avantages sociaux, ministère fédéral, territorial ou provincial, ou toute autre société, organisation, institution ou association (y compris l'obtention de renseignements auprès du titulaire de police d'assurance collective ou mon employeur) à communiquer et à échanger avec la Compagnie d'assurance AIG du Canada. La Compagnie d'assurance AIG du Canada, ou ses représentants, tous les renseignements personnels sur la santé, le paiement des prestations, les renseignements sur mon emploi ou financiers à mon sujet ou tout autre renseignement ou dossier à mon sujet en sa possession qui est demandé dans le cadre de l'administration de ma réclamation. J'accepte qu'une reproduction de cette autorisation soit aussi valide que l'original.

Nom du parent/tuteur de l'assuré (si âgé de moins de 18 ans – veuillez écrire en caractères d'imprimerie) :

Signature de l'assuré ou du parent/tuteur de l'assuré (si âgé de moins de 18 ans) :

Date (MM/JJ/AA) :

DÉCLARATION DU MÉDECIN

1. Nom du patient :

2. Diagnostic/blessure :

3. a) Est-ce que la condition est le résultat direct d'un accident? OUI NON

b) Dans l'affirmative, date de l'accident (MM/JJ/AA) :

c) Circonstances :

d) Date de la première consultation (MM/JJ/AA) :

4. Traitements recommandés :

5. a) Est-ce que le patient a été hospitalisé? OUI NON

b) Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom de l'hôpital et les dates :

Ces déclarations sont, à ma connaissance, authentiques, complètes et exactes.

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie) :

Adresse :

Signature du médecin traitant :

Numéro de téléphone :

Date (MM/JJ/AA) :

Numéro de télécopieur :

DÉCLARATION DE L'ASSOCIATION

1. Nom de la personne blessée :
2. a) Nom de l'association :
b) Nom du club/de l'équipe :
3. La personne blessée est : membre bénévole
4. Est-ce que la personne était membre ou bénévole au moment de l'accident? OUI NON
5. Est-ce que la blessure est survenue alors que la personne participait à une activité approuvée par l'association?
 OUI NON

Veillez joindre une copie du rapport d'incident en lien à cet événement (si disponible).

Signature :

Date (MM/JJ/AA) :

Titre :

Numéro de téléphone :

Courriel :

La remise du formulaire n'engage pas pour autant la responsabilité de la Compagnie.

Formulaire de rapport d'accident/d'incident

Veillez remplir ce formulaire chaque fois qu'un accident de hockey survient qui requiert des soins médicaux et/ou dentaires. Les renseignements fournis nous permettront d'analyser les causes et les types de blessures subies au moment de jouer/d'arbitrer au hockey.

VEUILLEZ COCHER L'ACTIVITÉ

Pratique

Partie

Tournoi sanctionné...

VEUILLEZ COCHER LES CASSES PERTINENTES

Coup ou coupure par un patin.....

Collision avec un joueur.....

Collision avec le gardien.....

Collision avec le filet.....

Collision avec la bande

Patin coincé dans la glace

Trébuchement.....

Plaquage par l'arrière

Collision avec la bande après

une collision avec un joueur

Saut par-dessus un joueur ...

Coup par une épaule ou une

main ..

Coup par un bâton

Coup par une rondelle

Pénalité imposée?..... Oui

.....Non

Quelle infraction?

Bataille

Trébuchement

Bâton trop élevé

Mise en échec

Rudesse.....

Coup de bâton.....

Assaut

Autre :

Contre vous?..... Oui

.....Non

VEUILLEZ COCHER L'ÉQUIPEMENT PORTÉ

Casque/sans protec. visage

Casque/demi-visière

Casque/protec. complète visage

Protège-tibia

Protège-reins

Épaulettes

Gants de hockey

Protecteur buccal (interne) ..

Protège-coudes

Culotte de hockey

Coquille

Protecteur buccal (externe) ..

VEUILLEZ COCHER LE TYPE DE BLESSURE

Dentaire

Entorse (articulations)...

Lacération.....

Étirement musculaire. . . .

Luxation.....

Peau (plaie/perforation)

Ligament déchiré

Fracture.....

Ecchymose.....

Commotion....

Lésion interne .

Cartilage déchiré

VEUILLEZ COCHER LA PARTIE DU CORPS BLESSÉE

Genou

Cheville

Pied

Tendon d'Achille ..

Partie inf. jambe

Cuisse

Région postérieure de la cuisse.....

Hanche

Dos

Colonne vertébrale.

Poitrine

Épaule

Clavicule

Haut du corps

Dent.....

Visage

Cou.....

Menton

Oeil

Nez

Tête.....

Main

Doigt

Pouce

Poignet.....

Avant-bras

Coude

Haut du bras.....

Arbitre/Autre

VEUILLEZ COCHER L'ACTIVITÉ EN LIEN AU HOCKEY

Position :

Gardien

Défenseur

Ailier

Centre

(p. ex. entraîneur)

Accident survenu :

Mise au jeu

Autre :

Moment de l'accident:

1re période

Matinée

2e période....

Après-midi

3e période

Soirée.....

Partie jouée :

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS CETTE PERSONNE EST-ELLE IMPLIQUÉE DANS LE HOCKEY?

En tant que joueur _

années

En tant qu'arbitre

année

En tant qu'entraîneur _

années

AIG Insurance Company of Canada

120 Bremner Boulevard, Suite 2200

Toronto, ON M5J 0A8

416-596-4005 | 1-877-317-8060

ahclaimscan@aig.com | www.aig.com**AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS****Titulaire de la police:****Numéro de Police:**

Date de l'accident (M/J/A):

Lieu de l'accident:

Tous les détails de l'accident:

Date du premier traitement par votre médecin (M/J/A):

AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNES : Je comprends que les renseignements que j'ai fournis dans le présent formulaire de réclamation et autrement à l'égard de ma réclamation sont requis par la Compagnie d'assurance AIG du Canada, ses réassureurs et ses administrateurs autorisés (l'« assureur ») pour évaluer mon admissibilité aux prestations, y compris, mais sans s'y limiter, pour déterminer si la couverture s'applique, enquêter sur l'applicabilité de toute exclusion et coordonner la couverture avec d'autres assureurs. À ces fins, l'assureur consultera également ses dossiers d'assurance existants à mon sujet, recueillera des renseignements supplémentaires à mon sujet et, le cas échéant, recueillera des renseignements auprès de tiers et échangera des renseignements avec eux.

ATTESTATION : Les déclarations que j'ai fournies en remplissant le présent formulaire de réclamation et autrement à l'égard de toute réclamation sont véridiques et exactes au meilleur de mes connaissances. Je comprends qu'advenant toute déclaration fautive ou trompeuse en lien à ma réclamation, la couverture accordée pourra être résiliée, le versement de prestations refusé, et que les prestations versées antérieurement pourront être recouvrées. Je conviens de rembourser à l'assureur toute prestation versée advenant qu'il soit déterminé qu'une telle somme n'aurait pas dû être versée en lien à ma réclamation.

AUTORISATION : J'autorise, pour une période minimum de douze mois et maximum de 24 mois à compter de la date des présentes, tout(e) médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, établissement de soins de santé, organisation médicale, clinique ou autre établissement clinique ou médical, tout(e) compagnie d'assurance ou de réassurance, commission des accidents du travail ou régime ou organisation similaire, administrateur de régime d'avantages sociaux, ministère fédéral, territorial ou provincial, ou toute autre société, organisation, institution ou association (y compris l'obtention de renseignements auprès du titulaire de police d'assurance collective ou mon employeur) à communiquer et à échanger avec la Compagnie d'assurance AIG du Canada.

La Compagnie d'assurance AIG du Canada, ou ses représentants, tous les renseignements personnels sur la santé, le paiement des prestations, les renseignements sur mon emploi ou financiers à mon sujet ou tout autre renseignement ou dossier à mon sujet en sa possession qui est demandé dans le cadre de l'administration de ma réclamation. J'accepte qu'une reproduction de cette autorisation soit aussi valide que l'original.

Signature:

Date (MM/DD/YY):

Numéro de téléphone:

Adresse:

E-mail:

Témoïn:

Reset