



507 - 1367 West Broadway  
Vancouver, BC V6H 4A7  
Téléphone 604-737-3018  
Fax 604-737-3076  
Numéro sans frais 1-877-992-2288

## DEMANDE D'INDEMNITÉ – ACCIDENT DE SPORT

<b>SECTION I</b> (écrire en majuscules)		
Nom de famille du demandeur	Prénom	Date de naissance
Adresse postale		
Ville	Province Code postal	
Si le demandeur est mineur, nom du père ou de la mère		
Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)	
( )	( )	

<b>SECTION II</b>	<b>Ecole:</b>	<b>Sport:</b>
Date de l'accident	Heure :	
Lieu de l'accident		
L'accident est-il survenu lors d'un événement approuvé par l'ASINB? Si oui le quelle? match ou pratique Si c'était un match, qui était votre adversaire?		
Nature des blessures		
Date du premier traitement		
Hôpital où la victime a été transportée		
Date d'admission	Heure :	
Date de sortie	Médecin ou dentiste traitant	

<b>SECTION III</b>	Donnez toutes les circonstances de l'accident
-----	
-----	

<b>SECTION IV</b>	(Votre assurance des accidents de sport étant une assurance complémentaire, la preuve de l'épuisement des montants de garantie de toutes les autres assurances doit accompagner la demande.)
Quelle assurance des frais médicaux avez-vous auprès de votre employeur ou de celui de votre conjoint, père ou mère ?	
Nom de l'employeur	Assureur
Adresse de l'employeur	Adresse
Ville Province Code postal	Police n° Certificat

<b>SECTION V</b>
Je déclare que tous les renseignements ci-dessus sont exacts.
Signature du demandeur/tuteur Date

<b>ATTESTATION DE L'ASSOCIATION</b>
Cette section doit être remplie par l'entraîneur, le gérant ou le représentant de l'ASINB à l'école avant de soumettre votre formulaire de réclamation.
Nom de l'équipe Ligue ou association ASINB
Police collective n°CAS669698-05 Type de sport
Le joueur ci-dessus était-il un membre inscrit au moment de l'accident ? Oui/Non
A-t-il subi ses blessures en participant à une activité autorisée ? Oui/Non
Nom Poste au club ASINB-Directrice générale
Téléphone 506-457-4843 Signature
Date:

Envoyez le formulaire rempli accompagné des factures des frais que vous avez dû acquitter à :

NBIAA-ASINB  
Place Marysville - 1er étage, 20, rue McGloin,  
Fredericton, N.-B. E3A 5T8  
Courriel: nbiaa@gnb.ca

N'hésitez pas à appeler All Sport pour toute question concernant ce formulaire. Vous trouverez au verso des instructions sur la façon de le remplir. Si vous n'avez pas de frais à soumettre pour le moment, envoyez le formulaire seul en précisant que vous ferez une demande de remboursement plus tard.

Pour être approuvé et signé par l'ASINB

# INSTRUCTIONS

*Vous devez fournir tous les renseignements demandés. La demande ne pourra être traitée si le formulaire est incomplet.*

## POINTS À RETENIR POUR REMPLIR LE FORMULAIRE :

1. L'accident doit être déclaré à votre assureur dans les 30 jours et celui-ci doit recevoir la demande d'indemnité et les pièces justificatives dans les 90 jours.
2. **TOUTES** les demandes d'indemnité doivent être accompagnées de relevés détaillés et des factures acquittées (les originaux sont exigés si vous n'avez pas d'autres assurances) indiquant :
  - Le nom du patient
  - La nature de l'achat ou du service
  - La date de chaque achat ou service
  - Le coût de chaque achat ou service.
3. Une déclaration du médecin confirmant le diagnostic et les traitements recommandés est obligatoire pour tous les frais autres que dentaires ou d'ambulance.
4. Seuls les frais qui dépassent la franchise stipulée dans votre régime d'assurance pourront être admissibles à concurrence du maximum fixé.
5. Les dépenses remboursables par tout autre régime d'assurance maladie doivent être soumises au régime en question. Votre assurance contre les accidents de sport s'applique uniquement à la partie des frais qui n'est remboursable par aucun autre assureur.

• POUR LES INDEMNITÉS ÉNUMÉRÉES CI-APRÈS, VOTRE DEMANDE DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉE DES RENSEIGNEMENTS INDIQUÉS. (Vérifiez dans votre régime les conditions d'admissibilité aux indemnités. Les soins médicaux ou dentaires doivent avoir été nécessités et entrepris dans les 30 jours suivant l'accident.)

• POUR LES INDEMNITÉS NON INDIQUÉES CI-APRÈS, RENSEIGNEZ-VOUS SUR LA MARCHE À SUIVRE AUPRÈS DE L'ASSUREUR.

### A. MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

- Nom du médicament
- Date d'achat
- Montant facturé.

### B. SERVICES DE PHYSIOTHÉRAPEUTES, CHIROPRACTIENS OU OSTÉOPATHES

- Médecin ayant recommandé le service
- Nature du service
- Date de chaque séance
- Montant facturé pour chaque séance
- Dates des séances payées par l'assurance maladie de la province ; dans le cas des honoraires privés, vous devez confirmer que le montant de l'assurance est épuisé.

### C. HOSPITALISATION

- Frais non admissibles.

### D. AMBULANCE (transport d'urgence jusqu'à l'hôpital seulement)

- Date du transport
- Points de départ et d'arrivée de l'ambulance
- Montant facturé.

### E. SOINS DE LA VUE

- L'accident doit avoir nécessité des soins médicaux et entraîné la perte ou le bris de lunettes ou verres de contact ou vous obliger maintenant à en porter.
- Pour avoir droit à l'indemnité prévue, vous devez fournir des explications avec votre facture.

### F. INDEMNITÉ POUR FRACTURE FIGURANT AU TABLEAU

- Si l'accident a entraîné une fracture ou une luxation indiquée au barème de la police, vous pouvez avoir droit à une indemnité ; en cas de pluralité de fractures, une seule indemnité (la plus élevée) est payable.
- Déclaration du médecin ou chirurgien autorisé confirmant la fracture ou la luxation.

### G. APPAREILS ORTHOPÉDIQUES

- Une lettre du médecin ou chirurgien autorisé indiquant le diagnostic, la raison médicale précise pour laquelle l'appareil est prescrit et le type d'appareil doit accompagner la facture.
- Les appareils orthopédiques nécessités principalement pour les activités sportives ne sont pas couverts.

### H. SOINS DENTAIRES

- Date exacte de l'accident
- Ventilation des soins reçus
- Circonstances de l'accident
- Précisions sur les autres assurances dentaires, le cas échéant
- Confirmation que les soins découlent uniquement de l'accident
- Explications de l'autre assureur
- D'autres soins sont-ils prévus ?

### I. SOINS ET SERVICES COUVERTS PAR L'ASSURANCE MALADIE PROVINCIALE

- Sont exclus de votre assurance contre les accidents de sport les soins ou services pris en charge par le régime d'assurance maladie provincial, que vous soyez couvert ou non par le régime.

VOTRE ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DE SPORT PEUT COMPORTER UNE FRANCHISE ET/OU UN POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT (par exemple une franchise de 100 \$ ou une limite de 30 \$ par séance à concurrence de 300 \$ par accident). EN CAS DE DOUTE, VÉRIFIEZ LES DÉTAILS DU RÉGIME.

# ALLSPORT

INSURANCE MARKETING LTD.

507 - 1367 West Broadway  
 Vancouver, BC V6H 4A7  
 Téléphone 604-737-3018  
 Fax 604-737-3076  
 Numéro sans frais 1-877-992-2288

## PARTIE 1. DENTISTE

Nom du dentiste	Nom de famille du patient	Prénoms
Adresse	Adresse	Appt
Ville, province	Ville, province	
Code postal	Code postal	
Téléphone		

Date de la prestation	Code dent. int.	Code de l'acte	Faces dentaires	Frais de laboratoire	Honoraires du dentiste	Coût total
J M A						
Il s'agit là d'un relevé exact des prestations fournies et des honoraires exigés, s.e.o.					Total des honoraires	
Signature du dentiste				Date : Jour Mois Année		

**RÉSERVÉ AU DENTISTE**  
 Renseignements supplémentaires sur le diagnostic, les actes, les complications et aspects particuliers.

-----  
 -----  
 -----  
 -----

Je reconnais que les honoraires indiqués ci-dessus peuvent ne pas être couverts ou bien dépasser les indemnités prévues dans mon contrat et que je suis responsable envers mon dentiste de la totalité du coût des soins. J'autorise la communication des renseignements consignés dans le présent formulaire à mon assureur ou à ses agents.

Signature du patient (ou du père/de la mère/du tuteur)

Je cède au dentiste désigné ci-dessus les sommes qui me sont dues dans le cadre de la présente demande et j'accepte qu'elles lui soient versées directement.

Signature de l'adhérent

## RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME

**AVIS AU DENTISTE :**  
 Aux termes du contrat, votre rapport doit être envoyé à l'assureur dans les 90 jours suivant l'accident. Votre collaboration serait donc très appréciée.

-----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----

## DEMANDE ACCEPTÉE :

Jour Mois Année Vérificateur

## PARTIE 2. RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE DU DENTISTE

1. Description des dommages

-----  
 -----  
 -----

2. D'autres soins sont-ils recommandés ? NON  OUI  Si oui, précisez :

Code dentaire int.	Soins recommandés – Utilisez le code de l'acte si possible	Date est. des soins Jour Mois Année

3. Autres problèmes possibles et durée

Date : Jour Mois Année Signature du dentiste

**TOUS LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS DANS CE FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS.**

# DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Veillez remplir la déclaration et la remettre à votre patient.

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Diagnostic : Indiquez l'os ou les os fracturés ou luxés \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si le patient a été hospitalisé, nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

Date d'admission : \_\_\_\_\_ Date de sortie : \_\_\_\_\_

Nom du médecin qui a dirigé le patient vers vous, le cas échéant : \_\_\_\_\_

Interventions chirurgicales (ou autres actes effectués) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation pour le problème ci-dessus : \_\_\_\_\_

Date des premiers symptômes : \_\_\_\_\_ Date de l'accident : \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il déjà eu le même problème ou un problème similaire ? \_\_\_\_\_

Si « oui », donnez la date et la nature du problème : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'état du patient est-il aggravé par d'autres maladies ou infirmités ?

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ (M.D.)

Adresse : \_\_\_\_\_

Spécialiste diplômé : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_