



# Preuve du sinistre – assurance contre les accidents du sport

**Bien répondre à toutes les questions, c'est nous aider à mieux vous servir.**

**Directives.** Le blessé doit remplir la « Déclaration de l'assuré », le gérant de l'équipe ou l'administrateur, la « Déclaration du responsable du club », et le médecin traitant, la « Déclaration du médecin traitant », qui se trouve à la page 2.

**Important.** S'il s'agit de soins dentaires, il faut remplir le formulaire « Soins dentaires en cas d'accident du sport ». L'assuré doit tout d'abord envoyer sa demande à l'assureur de tout autre régime d'assurance maladie; si les frais ne sont pas remboursés intégralement, il fait alors parvenir à AXA Assurances Inc. tous les Relevés de prestations. Conservez une copie des factures de soins médicaux, car nous ne vous retournerons pas l'original.

**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, en y joignant les factures ORIGINALES, 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**  
**220 - 12th Avenue S.W., suite 600, Calgary (Alberta) T2R 0E9**

Nous n'acceptons pas les copies, les télécopies et les courriels.

## Déclaration de l'assuré

Police n° **9221389**

- Nom et prénom de l'assuré \_\_\_\_\_
- Date de naissance J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
- S'il s'agit d'un mineur, nom et prénom d'un des parents ou du tuteur \_\_\_\_\_
- Profession de l'assuré, outre ses activités sportives \_\_\_\_\_
- Employeur \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_
- Nom de l'équipe \_\_\_\_\_
- Sport \_\_\_\_\_
- Date de l'accident J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
- Date du premier traitement J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
- Lieu de l'accident \_\_\_\_\_
- L'accident s'est produit pendant une  pratique, une  partie ou un  déplacement autorisés  
Date de départ (de la province de résidence) J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Date de retour (dans la province de résidence) J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
- Description de la blessure \_\_\_\_\_
- Description détaillée de l'accident \_\_\_\_\_
- Nom et prénom du médecin traitant \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_
- Nom, prénom et adresse des autres médecins traitants \_\_\_\_\_
- Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_
- Date de l'hospitalisation J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
- Autres assurances hospitalisation ou maladie  Oui  Non Nom du régime/police n° \_\_\_\_\_

**J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements précédents sont exacts et complets.**

Signature du blessé ou, s'il est mineur, d'un des parents ou du tuteur \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

**Veillez joindre au présent formulaire dûment rempli l'« Autorisation de collecte, d'utilisation et de divulgation de renseignement personnels ».**

## Déclaration du responsable du club

- Nom de l'équipe \_\_\_\_\_
- Police n° **9221389**
- Nom de la ligue ou de l'association \_\_\_\_\_
- Sport \_\_\_\_\_
- Date à laquelle le joueur s'est joint à l'équipe J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_
- Jouait-il de façon régulière au moment de l'accident?  Oui  Non
- 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 \_\_\_\_\_

1. Nom du patient \_\_\_\_\_ 2. Âge \_\_\_\_\_
3. Diagnostic de l'affection actuelle \_\_\_\_\_  
a) Principal \_\_\_\_\_  
b) Secondaire (le cas échéant) \_\_\_\_\_
4. Date des examens J M A J M A J M A J M A
5. À votre connaissance :  
a) Quelle est la date de l'accident ou de l'apparition des symptômes? J M A \_\_\_\_\_  
b) Le patient a-t-il déjà présenté une affection de cette nature?  Oui  Non  
Dans l'affirmative, donnez la date et précisez. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Nom de l'hôpital, s'il y a lieu \_\_\_\_\_  
Date d'admission J M A Heure \_\_\_\_\_  
Date de sortie J M A Heure \_\_\_\_\_
7. Nature de l'opération, s'il y a lieu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Nom du médecin qui vous a adressé le patient \_\_\_\_\_
9. Envoi du patient chez un spécialiste  Oui  Non  
Dans l'affirmative, précisez. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Envoi du patient chez un physiothérapeute  Oui  Non Dans l'affirmative, donnez la date. J M A \_\_\_\_\_  
Durée et fréquence du traitement \_\_\_\_\_

Nom du médecin (en majuscules) \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone ( ) \_\_\_\_\_ Date J M A \_\_\_\_\_

*Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire, les frais étant à sa charge.*