

**DEMANDE D'INDEMNITÉ – ACCIDENT DE SPORT
POUR LES SPORTS DE ROULEAU LES MEMBRES DU CANADA et**

Nom de L'assuré (membre): _____

Date de naissance: _____ Mâle/Femelle: _____

Adresse postale, Ville, Province Code postal: _____

Si le demandeur est mineur, nom du père ou de la mère: _____

Téléphone (domicile): _____ Téléphone (travail): _____

Courrier Électronique: _____

Date de l'accident: _____ Heure: _____

Lieu de l'accident: _____

Donnez toutes les circonstances de l'accident: _____

Nature des blessures: _____

Médecin ou dentiste traitant: _____

Adresse du médecin ou le dentiste: _____

Avez-vous d'autres avantages offerts par un autre régime d'assurance? Oui Non

Si oui, s'il vous plaît fournir le nom de l'assureur et le numéro de police: _____

Je declare que tous les renseignements ci-dessus sont exacts.

Signature du demandeur/tuteur: _____ Date: _____

ATTESTATION DE L'ASSOCIATION OU DE LA DIRECTION DU CLUB:

Demandez au président, à l'entraîneur ou au directeur du club ou de la ligue de le faire.

Nom de l'équipe/ligue/association: _____ Police collective n°: **ACCI00419**

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 _____

Signature _____ Téléphone _____

Date _____

Voir l'instruction page pour plus de détails sur la présentation des demandes.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Veillez remplir la déclaration et la remettre à votre patient.

Nom du patient: _____

Date de naissance: _____ Mâle/Femelle: _____

Adresse postale, Ville, Province Code postal: _____

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

Description complète de la blessure et le diagnostic:

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:

Nom: _____

Signature: _____

Adresse: _____

Date: _____

INSTRUCTIONS

- ⇒ L'accident doit être déclaré à Pearson Dunn Insurance dans les 30 jours et celui-ci doit recevoir la demande d'indemnité et les pièces justificatives dans les 90 jours.
- ⇒ Remplissez le formulaire du médecin attaché et le formulaire des accidents de sport. Si votre demande est pour blessures dentaires avoir votre dentiste de remplir et de soumettre un formulaire de prédétermination.
- ⇒ Les formulaires peuvent être soumis à notre bureau par voie électronique ou par télécopieur. Si vous présentez les formulaires par la poste, s'il vous plaît faire parvenir des copies seulement et conserver les originaux pour vos dossiers.
 - Pearson Dunn Insurance Inc.
435 McNeilly Road, Suite 103
Stoney Creek, ON L8E 5E3
Attention: Sports Administrator
Téléphone: 1-800-461-5087 Fax: 905-643-8321
Courrier Électronique: sportsadministrator@pearsondunn.com
- ⇒ Si vous avez l'intention de faire une demande mais n'ont pas eu de débours à ce jour, remplir et soumettre le formulaire en indiquant que les recettes vont suivre.
- ⇒ Si vous avez des questions relatives à la soumission de formulaires s'il vous plaît contacter Pearson Dunn Insurance's Sports & Recreation Department.