

**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

Veuillez 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 forme 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](mailto: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.