

Preuve du sinistre – assurance contre les accidents du sport

Le blessé doit remplir la «Déclaration de l'assuré», le médecin traitant la «Déclaration du médecin traitant» et le gérant de l'équipe ou l'administrateur «l'Attestation du sinistre».

Nota
Si les dents sont endommagées, remplir la «Preuve du sinistre – soins dentaires par suite d'un accident».
Retourner à La Citadelle le formulaire dûment rempli accompagné des reçus originaux du médecin ou de l'hôpital.

Si le blessé est couvert par un autre régime d'assurance maladie, soumettre d'abord ses dépenses à ce dernier; si toutes les dépenses n'ont pas été remboursées, envoyer à La Citadelle l'Avis de paiement.

Prière d'inscrire les réponses **en majuscules** ou de les taper à la machine.

Déclaration de l'assuré (à remplir par le blessé)

- Prénoms et nom de famille de l'Assuré _____
- Date de naissance J _____ M _____ A _____
- S'il s'agit d'un mineur, prénoms et nom de famille d'un des parents ou du tuteur _____
- Profession _____
- Employeur _____
- Nom de l'équipe _____
- Sport _____
- Date de l'accident J _____ M _____ A _____
- Date du premier traitement J _____ M _____ A _____
- Lieu de l'accident _____
- Nom et prénoms du premier médecin traitant _____
- Adresse Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
- Description de la blessure _____
- Description détaillée de l'accident _____
- Nom et prénoms de tous les autres médecins traitants _____
- La blessure s'est-elle produite pendant une pratique, une partie ou un déplacement autorisés? Oui Non
- Autre régime d'assurance 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 () Téléphone J _____ M _____ A _____
Date
Adresse Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Attestation du sinistre (à remplir par le gérant de l'équipe ou l'administrateur)

- Nom de l'équipe _____
- Police n° **9207251**
- 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

Signataire autorisé _____ Nom en majuscules _____ Titre officiel _____
Adresse Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____
Téléphone () _____ Date J _____ M _____ A _____

Déclaration du médecin traitant

1. Nom du blessé 2. Âge

3. Diagnostic de l'état actuel

a) Principal

b) Secondaire

4. Date du premier examen 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 blessé a-t-il déjà souffert d'une affection de cette nature? Oui Non

6. Nom de l'hôpital, s'il y a lieu

Date d'admission J M A h

Date de sortie J M A h

7. Nature de l'opération, s'il y a lieu

8. Nom du médecin qui vous a confié le blessé

9. Avez vous adressé le blessé à une autre spécialiste? Oui Non

Si oui, date et précision

Nom du médecin (en majuscules) Signature

Adresse Rue Ville Province Code postal

Téléphone () Date J M A

J'autorise la divulgation à l'assureur et au contractant de tout renseignement relatif à la présente demande.

Signature du blessé Date J M A

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

