

SECTION I (caractères imprimerie SVP) Nom de famille du réclamant		Prénom	Date de naissance
Adresse postale			
Ville		Province	Code postal
S'il s'agit d'un mineur, nom du parent			
Téléphone résidentiel ()		Téléphone travail ()	

SECTION II		
Date de l'accident	Heure	a.m /p.m.
Endroit de l'accident		
De quel genre de blessure s'agit-il ?		
Date du premier traitement		
Nom de l'hôpital où le patient fût emmené ?		
Date de l'admission	Heure	a.m /p.m.
Date de sortie	Médecin ou dentiste en charge	

SECTION III	Décrivez complètement comment l'accident est survenu

SECTION IV (Votre police accident de sport est une police d'avantages supplémentaires pour accident : la preuve d'utilisation de toutes vos autres assurances doit accompagner vos dépenses) Quelle couverture médicale possédez-vous auprès de votre Service de santé provincial /employeur de votre conjoint ou parent ?	
Nom de l'employeur	Nom de l'assureur
Adresse de l'employeur	Adresse
Ville Province Code postal	No. de police Certificat

SECTION V Nom du Club Provincial	Nom du Club de membres
Genre d'événement	Catégorie d'événement

SECTION VI Je soussigné, certifie par la présente que l'information fournie ci-dessus est exacte.	
Signature du réclamant /du gardien	Date

SECTION VII (à être complété par l'Association provinciale)* Ceci est pour certifier par la présente que _____ est membre de _____	
Officier de l'Association provinciale	Date

**Le personnel autorisé doit confirmer l'affiliation individuelle dans un programme et signer la confirmation qu'une perte a été subie alors qu'une personne participait à un programme d'entraînement SPNI, un tour ou une compétition*

Veillez faire parvenir le formulaire complété accompagné de tous les reçus pour les dépenses que vous avez payées vous-même à :

Claimspro :

E-Mail for new claims or questions: jbclaims@scm.ca

Claims contact : Carolyn Duncan (carolyn.duncan@scm.ca)

SCM Insurance Services, Suite 2401, 120 Adelaide St West

Toronto, ON M5H 1T1 Telephone : (888)204-4726 Ext : 308 FAX : (416)360-7335

DÉCLARATION DU MÉDECIN EN CHARGE

Veuillez SVP compléter ce formulaire et le renvoyer à votre patient

Nom du patient : _____ Âge : _____

Adresse : _____

Diagnostique : Veuillez SVP indiquer le(s) nom(s) de l'os fracturé ou disloqué :

Traitement(s) prescrit(s) :

Si hospitalisé, veuillez donner le nom de l'hôpital :

Date d'admission : _____ Date de sortie : _____

Si vous a été référé, veuillez SVP nommer le médecin qui vous a référé :

Opérations (ou autres procédures effectuées)	Date
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Date de la première consultation pour ci-dessus: _____

Date des premiers symptômes : _____ Date de l'accident : _____

Le patient a-t-il déjà souffert d'une même condition ou condition semblable ?

Si « oui », veuillez SVP spécifier quand et décrire : _____

Existe-t-il une autre maladie ou infirmité pouvant affecter la condition présente ?

Date _____ Signature : _____

(M.J.)

Adresse : _____

Spécialiste certifié :

Téléphone : _____

