



400, 200 Wellington Street West
Toronto, ON M5V 3C7
Fax 416-601-1150
Email: claims@markelintl.ca

ALLSPORT DEMANDE D'INDEMNITÉ – ACCIDENT DE SPORT

SECTION I (veuillez imprimer)		
Nom de famille du demandeur	Prénom	Date de naissance
Adresse postale		
Ville	Province	Code postal
Si le demandeur est mineur, nom du père ou de la mère		
Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)	

SECTION II	
Date de l'accident	Heure: a.m. / p.m. (encerler une réponse)
Lieu de l'accident	
Nature des blessures	
Date du premier traitement	
Hôpital où la victime a été transportée	
Date d'admission	Heure: a.m. / p.m. (encerler une réponse)
Date de sortie	Médecin ou dentiste traitant

SECTION III Donnez toutes les circonstances de l'accident

SECTION IV (Votre assurance des accidents de sport étant une assurance complémentaire, la preuve de l'épuisement des montants de garantie de toutes les autres assurances doit accompagner la demande.) Quelle assurance des frais médicaux avez-vous auprès de votre employeur ou de celui de votre conjoint, père ou mère ?				
Nom de l'employeur		Assureur		
Adresse de l'employeur		Adresse		
Ville	Province	Code postal	Police n°	Certificate

SECTION V	
Je déclare que tous les renseignements ci-dessus sont exacts.	
Claimant's / Guardian's Signature	Date

Envoyez le formulaire rempli accompagné des factures des frais que vous avez dû acquitter à :
Markel Canada Limited
400, 200 Wellington St W, Toronto, ON M5V 3C7
Télécopieur:
416-601-1150
Courriel:
claims@markelintl.ca

N'hésitez pas à appeler All Sport pour toute question concernant ce formulaire. Vous trouverez au verso des instructions sur la façon de le remplir. Si vous n'avez pas de frais à soumettre pour le moment, envoyez le formulaire seul en précisant que vous ferez une demande de remboursement plus tard.

ATTESTATION DE L'ASSOCIATION OU DE LA DIRECTION DU CLUB	
Ne remplissez pas cette section vous-même ; demandez au président, à l'entraîneur ou au directeur du club ou de la ligue de le faire.	
Nom de l'équipe	Ligue ou association
Police collective n°	Type de sport
Le joueur ci-dessus était-il un membre inscrit au moment de l'accident ? Oui/Non	
Le joueur ci-dessus était-il un membre inscrit au moment de l'accident ? Oui/Non	
Nom	Poste au club
Téléphone	Signature

I NSTRUCTI ONS

Vous devez fournir tous les renseignements demandés. La demande ne pourra être traitée si le formulaire est incomplet.

POINTS À RETENIR POUR REMPLIR LE FORMULAIRE :

1. L'accident doit être déclaré à votre assureur dans les 30 jours et celui-ci doit recevoir la demande d'indemnité et les pièces justificatives dans les 90 jours.
2. TOUTES les demandes d'indemnité doivent être accompagnées de relevés détaillés et des factures acquittées (les originaux sont exigés si vous n'avez pas d'autres assurances) indiquant :
 - Le nom du patient
 - La nature de l'achat ou du service
 - La date de chaque achat ou service
 - Le coût de chaque achat ou service.
3. Une déclaration du médecin confirmant le diagnostic et les traitements recommandés est obligatoire pour tous les frais autres que dentaires ou d'ambulance.
4. Seuls les frais qui dépassent la franchise stipulée dans votre régime d'assurance pourront être admissibles à concurrence du maximum fixé.
5. Les dépenses remboursables par tout autre régime d'assurance maladie doivent être soumises au régime en question. Votre assurance contre les accidents de sport s'applique uniquement à la partie des frais qui n'est remboursable par aucun autre assureur.

• POUR LES INDEMNITÉS ÉNUMÉRÉES CI-APRÈS, VOTRE DEMANDE DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉE DES RENSEIGNEMENTS INDIQUÉS.

(Vérifiez dans votre régime les conditions d'admissibilité aux indemnités. Les soins médicaux ou dentaires doivent avoir été nécessités et entrepris dans les 30 jours suivant l'accident.)

• POUR LES INDEMNITÉS NON INDIQUÉES CI-APRÈS, RENSEIGNEZ-VOUS SUR LA MARCHÉ À SUIVRE AUPRÈS DE L'ASSUREUR.

A. MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

- Nom du médicament
- Date d'achat
- Montant facturé.

B. SERVICES DE PHYSIOTHÉRAPEUTES, CHIROPRACTIENS OU OSTÉOPATHES

- Médecin ayant recommandé le service
- Nature du service
- Date de chaque séance
- Montant facturé pour chaque séance
- Dates des séances payées par l'assurance maladie de la province ; dans le cas des honoraires privés, vous devez confirmer que le montant de l'assurance est épuisé.

C. HOSPITALISATION

- Frais non admissibles.

D. AMBULANCE (transport d'urgence jusqu'à l'hôpital seulement)

- Date du transport
- Points de départ et d'arrivée de l'ambulance
- Montant facturé.

E. SOINS DE LA VUE

- L'accident doit avoir nécessité des soins médicaux et entraîné la perte ou le bris de lunettes ou verres de contact ou vous obliger maintenant à en porter.
- Pour avoir droit à l'indemnité prévue, vous devez fournir des explications avec votre facture.

F. INDEMNITÉ POUR FRACTURE FIGURANT AU TABLEAU

- Si l'accident a entraîné une fracture ou une luxation indiquée au barème de la police, vous pouvez avoir droit à une indemnité ; en cas de pluralité de fractures, une seule indemnité (la plus élevée) est payable.
- Déclaration du médecin ou chirurgien autorisé confirmant la fracture ou la luxation.

G. APPAREILS ORTHOPÉDIQUES

- Une lettre du médecin ou chirurgien autorisé indiquant le diagnostic, la raison médicale précise pour laquelle l'appareil est prescrit et le type d'appareil doit accompagner la facture.
- Les appareils orthopédiques nécessités principalement pour les activités sportives ne sont pas couverts.

H. SOINS DENTAIRES

- Date exacte de l'accident
- Ventilation des soins reçus
- Circonstances de l'accident
- Précisions sur les autres assurances dentaires, le cas échéant
- Confirmation que les soins découlent uniquement de l'accident
- Explications de l'autre assureur
- D'autres soins sont-ils prévus ?

I. SOINS ET SERVICES COUVERTS PAR L'ASSURANCE MALADIE PROVINCIALE

- Sont exclus de votre assurance contre les accidents de sport les soins ou services pris en charge par le régime d'assurance maladie provincial, que vous soyez couvert ou non par le régime.

VOTRE ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DE SPORT PEUT COMPORTER UNE FRANCHISE ET/OU UN POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT (par exemple une franchise de 100 \$ ou une limite de 30 \$ par séance à concurrence de 300 \$ par accident). EN CAS DE DOUTE, VÉRIFIEZ LES DÉTAILS DU RÉGIME.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Veillez remplir la déclaration et la remettre à votre patient.

Nom du patient: _____ Âge: _____

Adresse: _____

Diagnostic : Indiquez l'os ou les os fracturés ou luxés:

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: _____

Interventions chirurgicales (ou autres actes effectués): _____

Date: _____

Date: _____

Date: _____

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

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

Le patient a-t-il déjà eu le même problème ou un problème similaire? _____

Si « oui », donnez la date et la nature du problème: _____

L'état du patient est-il aggravé par d'autres maladies ou infirmités?

Date: _____ Signature _____ (M.D.)

Adresse: _____

Spécialiste diplômé: _____

Téléphone: _____