



RÉGIME D'ASSURANCE DE HOCKEY CANADA

PAGE 1/2

LES DEMANDES DE RÈGLEMENT DOIVENT ÊTRE PRÉSENTÉES DANS LES 90 JOURS SUIVANT LA BLESSURE. DATE DE LA BLESSURE : ___/___/___

PARTICIPANT BLESSÉ : Joueur Officiel de l'équipe Officiel du match Spectateur

Nom : _____ Date de naissance : ___/___/___ Sexe: (M) (F)

Adresse : _____ Ville / Village _____

Province : _____ Code postal : _____ Téléphone: (____) _____

Parent / Tuteur : _____

Le formulaire doit être rempli au complet, faute de quoi il sera retourné. Ce formulaire doit être rempli chaque fois qu'un joueur, un spectateur ou toute autre personne assistant à une activité de hockey sanctionnée subit une blessure.

DIVISION:

- Initiation Novice Atome Pee wee
 Bantam Midget Juvénile

CATÉGORIE:

- AAA AA A B BB C CC
 D DD E Maison Junior majeur Junior mineur
 Senior Adult réc. Autre _____

PARTIE DU CORPS BLESSÉE :

- | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|--|---|
| Tête | Dos | Tronc | Bras | <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit | Pelvis | Jambe | <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite |
| <input type="checkbox"/> Région des yeux <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Dents | <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Côtes <input type="checkbox"/> Poitrine | <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Bras | <input type="checkbox"/> Main/Doigt <input type="checkbox"/> Avant-bras/Poignet | <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Aine | <input type="checkbox"/> Cuisse <input type="checkbox"/> Genou | <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> Orteil |
| <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Crâne | <input type="checkbox"/> Bas | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Clavicule | | | <input type="checkbox"/> Tibia | <input type="checkbox"/> Autre |

NATURE DE LA BLESSURE :

- Commotion Déchirure Fracture Foulure Entorse
 Contusion Dislocation Séparation Blessure aux organes internes

SOINS SUR PLACE : Soins sur place seulement

- A refusé des soins
 Transporté à l'hôpital : Ambulance Automobile

CONDITIONS DANS LESQUELLES LA BLESSURE EST SURVENUE : Nom de l'aréna/endroit : _____

- Hors-concours/Saison régulière Éliminatoires/Tournoi Séance d'entraînement Essais Autre
 Échauffement 1^e période 2^e période 3^e période Prolongation _____
 Entraînement sur terrain sec Symptômes progressifs Autre sport Autre : _____

Le joueur blessé jouait-il dans la ligue ou au niveau approprié à son âge ? Oui Non

S'agissait-il d'une activité de hockey sanctionnée par Hockey Canada? Oui Non

RAISON DE LA BLESSURE :

- Frappé par une rondelle Collision dans un espace libre Mise en échec par derrière
 Collision avec la bande Coup de bâton
 Bataille Collision avec le filet Chute sur la glace
 Collision avec un adversaire par derrière Coup aveugle

ENDROIT :

- Zone défensive Zone offensive Zone neutre
 Derrière le filet 3 pi de la bande Endroit réservé aux spectateurs
 Stationnement Vestaire
 Banc Autre: _____

ÉQUIPEMENT PORTÉ AU MOMENT DE LA BLESSURE :

- Protecteur facial complet Protecteur buccal
 Demi-visière Protège-cou
 Casque, sans visière Aucun casque, aucun protecteur facial
 Gants courts Gants longs

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

- Le joueur a-t-il déjà subi une telle blessure ? Oui Non
 Si oui, il y a combien de temps de cela ? _____
 Une punition a-t-elle été imposée en raison de l'incident ? Oui Non
 Absence prévue du hockey? 1 semaine 1-3 semaines 3+ semaines

DÉCRIRE COMMENT L'ACCIDENT EST SURVENU :

(Annexer une page si nécessaire)

J'autorise, par la présente, tout endroit préférant des soins médicaux, médecin, dentiste ou toute autre personne ayant soigné ou examiné mon enfant, à fournir à Hockey Canada les renseignements relatifs à toute maladie ou blessure, tout antécédent médical, consultation, ordonnance ou traitement ainsi que des copies des tout rapport du dentiste, de l'hôpital ou du médecin. Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation sera réputée aussi valable que l'original.

Signé : _____ Date : _____

(Parent/tuteur si moins de 18 ans)

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉQUIPE : (doit être rempli par un officiel de l'équipe)

Association : _____ Nom de l'équipe : _____

Officiel de l'équipe (lettres moulées) : _____ Poste de l'officiel de l'équipe : _____

Signature : _____ Date : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE-MALADIE :

CECI DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ POUR ÉVITER UN DÉLAIS

Occupation: Employé à temps complet Employé à temps partiel Sans emploi Étudiant à temps complet
Employeur (si mineur, indiquer l'employeur du parent) : _____

1. Êtes-vous couvert par un régime d'assurance-maladie provincial ? Oui Non Province: _____

2. Avez-vous d'autres assurances ? Oui Non (si oui, veuillez soumettre votre demande de règlement à votre assureur premier)

3. Une demande de règlement a-t-elle été présentée ? Oui Non (si oui, veuillez transmettre le sommaire des garanties de votre assureur premier)

Indemnités payables : Blessé Parent Équipe Autre : _____

APPROBATION DE LA BRANCHE



RÉGIME D'ASSURANCE DE HOCKEY CANADA

PAGE 2/2

DÉCLARATION DU MÉDECIN

Médecin : _____ Adresse : _____ Tél.: (____) _____

Nom de l'hôpital / la clinique : _____ Adresse: _____

Nature de la blessure : _____ Date de la première consultation : ____/____/____

Le bénéficiaire souffrira d'incapacité totale
du _____ au _____

La blessure est-elle permanente et inguérissable ? Non Oui

Donner les détails de la blessure (degré) : _____

Pronostic de rétablissement : _____

Est-ce qu'une maladie ou blessure préexistante a contribué à la blessure actuelle? Non Oui (décrire) : _____

Le bénéficiaire a-t-il été hospitalisé ? Non Oui (nom et adresse de l'hôpital, date d'admission) : _____

Nom et adresse d'autres médecins ou chirurgiens traitants, le cas échéant : _____

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts, au meilleur de ma connaissance,

Signé : _____ Date : _____

DÉCLARATION DU DENTISTE

Couverture maximale : 1 250 \$ par dent, 2 500 \$ par accident
Le traitement doit être complété dans les 52 semaines suivant l'accident

		NO UNIQUE SPÉC. NO OFFICIEL DU DOSSIER DU PATIENT	JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE, LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT.
P A T I E N T	NOM PRÉNOM ADRESSE APT. VILLE PROV. CODE POSTAL	D E N T I S T E NO DE TÉL.	SIGNATURE DU PARTICIPANT

RÉSERVÉ À L'USAGE DU DENTISTE – POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC OU LES ACTES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

JE RECONNAIS QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT POURRAIENT NE PAS ÊTRE COUVERTS PAR LE RÉGIME AUQUEL JE PARTICIPE OU QU'ILS POURRAIENT N'ÊTRE COUVERTS QU'EN PARTIE. IL M'INCOMBRE DONC DE VOIR À CE QUE LE DENTISTE SOIT RÉMUNÉRÉ POUR TOUS LES SOINS RENDUS.

JE RECONNAIS QUE LE TOTAL DES HONORAIRES S'ÉLÈVE À _____ \$, QUE CE MONTANT EST EXACT ET QU'IL M'A ÉTÉ FACTURÉ POUR LES SOINS REÇUS.

JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE DE RÈGLEMENT SOIENT DIVULGUÉS À L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME.

DUPLICATA

SIGNATURE DU (PATIENT/TUTEUR)

VÉRIFICATION PAR LE CABINET

DATE DU TRAITEMENT JR / MO. / AN	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DE LA DENT	SURFACE DE LA DENT	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABO.	TOTAL DES FRAIS

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS S.E.O.

TOTAL DES HONORAIRES PRÉSENTÉS

REMARQUE: Toute indemnité est assujettie au paiement de la prime, aux dispositions du contrat et aux événements sanctionnés par Hockey Canada.