



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

# INSTRUCTIONS

*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 MARCHE 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: \_\_\_\_\_