



Gallagher

Assurance | Gestion des risques | Conseil



FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

– ACCIDENT SPORTIF – INSTRUCTIONS

- Arthur J. Gallagher Canada Limited doit être avisée de votre accident dans les 30 jours suivant l'événement et doit recevoir votre formulaire de réclamation dans un délai de 90 jours suivant l'accident.
- Remplissez le formulaire de réclamation pour accident sportif ci-joint ainsi que l'attestation du médecin. Si votre réclamation concerne une blessure dentaire, demandez à votre dentiste de remplir et de soumettre un formulaire de prédétermination.
- Envoyez les formulaires originaux par la poste à Arthur J. Gallagher Canada Limited, au 435 McNeilly Road, Suite 103, Stoney Creek Ontario L8E 5E3, accompagnés d'une copie des reçus des dépenses. Une copie doit également être transmise à l'Association canadienne de cyclisme.
- Si vous prévoyez de soumettre une réclamation mais que vous n'avez pas encore engagé de frais personnels, remplissez et soumettez le formulaire de réclamation en indiquant que les reçus suivront.
- Pour toute question concernant la soumission des formulaires, veuillez communiquer avec Melissa LaRocca par courriel à Melissa_LaRocca@ajg.com



ASSOCIATION CANADIENNE DE CYCLISME

– RÉCLAMATION POUR ACCIDENT SPORTIF

Renseignements sur le membre

Nom complet de la personne assurée (membre)

Numéro de membre #

 Nom du club affilié:

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

 Homme Femme

Adresse postale, incluant la ville et le code postal :

Personne-ressource si la réclamation concerne un mineur (parent ou tuteur):

Téléphone résidentiel:

Téléphone cellulaire :

Courriel:

Date de l'accident :

Heure de l'accident

matin après-midi

Lieu de l'accident:

Nom de l'événement ou de l'activité approuvée :

Décrivez en détail comment l'accident s'est produit:

Type de blessure:

Nom du médecin/dentiste:

Adresse du médecin/dentiste :

Bénéficiez-vous d'autres prestations fournies par un autre régime d'assurance?

Oui Non

(si « Oui », veuillez fournir le nom de l'assureur et le numéro [certificat] de police) :

Je certifie par la présente que tous les renseignements fournis dans ce formulaire de réclamation sont exacts.

Signature du demandeur/tuteur:

Date:

Renseignements affiliés

Nom de l'équipe/ligue/association:

Le joueur était-il membre au moment de l'accident?

La blessure s'est-elle produite lors d'un événement ou d'une activité approuvée?

SIGNATURE En signant ce formulaire, vous consentez aux énoncés ci-dessus

Nom (en caractères d'imprimerie)

Titre:

Signature:

Date:

ASSOCIATION CANADIENNE DE CYCLISME

ATTESTATION DU MÉDECIN

Veuillez remplir ce formulaire et le retourner au patient. La réclamation pour accident du patient ne peut être traitée sans l'attestation du médecin dûment remplie.

Nom du patient:

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

 Homme femme

Adresse postale:

Rue:

 Ville:

Code postal:

Date de la première visite:

Description complète de
la blessure et de votre
diagnostic :

Si une hospitalisation a été
requise, indiquez le nom de
l'établissement :

Date d'admission:

Date de congé:

Mention de confidentialité et signature

Nom du médecin:

Adresse du médecin:

Téléphone du médecin:

Signature du médecin:

Numéro d'identification au CRMCC:

Date:



Gallagher

Assurance | Gestion des risques | Conseil