



RAPPORT D'ACCIDENT DE HOCKEY CANADA



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

Voir au verso pour l'adresse postale

PARTICIPANT BLESSÉ : Joueur Dirigeant 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 Junior
- Senior Adult réc. Autre _____

CLASSE:

- AAA AA A B BB C CC
- D DD E Maison Majeur Mineur

PARTIE DU CORPS BLESSÉE : * consulter le site Web de Hockey Canada pour un questionnaire optionnel * www.hockeycanada.ca

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|--|---|
| 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"/> Gorge | <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Dents <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Crâne | <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Poitrine <input type="checkbox"/> Bas | <input type="checkbox"/> Côtes <input type="checkbox"/> Poitrine <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Coude | <input type="checkbox"/> Main/Doigt <input type="checkbox"/> Avant-bras/Poignet <input type="checkbox"/> Clavicule | <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Aine <input type="checkbox"/> Tibia | <input type="checkbox"/> Cuisse <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Orteil <input type="checkbox"/> Pied <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)

Pour l'évaluation de ma demande de règlement, j'autorise tout professionnel de la santé, tout établissement de santé ou autre organisme public ou privé détenant des renseignements personnels à mon sujet ou au sujet de ma famille à les révéler à Hockey Canada ou à son mandataire autorisé. Une photocopie de cette autorisation sera aussi valable que l'original.

Signature : _____ 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 : _____

Dirigeant de l'équipe (lettres moulées) : _____ Fonction du dirigeant de l'équipe : _____

Signature : _____ Date : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE-MALADIE :

CETTE PARTIE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE POUR ÉVITER UN DÉLAI

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 premier assureur)

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

Indemnités payables : Blessé Parent Équipe Autre : _____

APPROBATION DE LA BRANCHE

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 DENTISTECouverture maximale : 1 000 \$ par dent, 2 000 \$ 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 NOM PRÉNOM
 A _____
 T _____
 I ADRESSE APT. _____
 E _____
 N _____
 T 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.

Envoyer le formulaire complété à :
Hockey Québec**4545, av. Pierre De Coubertin, C.P. 1000, Succ. M, Montréal, QC H1V 3R2**
Tél.: 514-252-3079 Télécopieur: 514-252-3158