

DEMANDES DE RÈGLEMENT EN CAS DE BLESSURE

- Le formulaire de demande de règlement accident de sport standard doit être rempli au complet pour que votre demande puisse être traitée. Veuillez vous assurer d'inclure la **Section A - Déclaration du médecin traitant** à la page 2. Celle-ci doit être remplie par le médecin traitant qui a vu en premier l'assuré dans un délai de 30 jours suivant la blessure. Les chiropraticiens, les physiothérapeutes, les infirmières diplômées ou tout autre fournisseur de services ne peuvent pas remplir le formulaire.
- Advenant que l'assuré consulte tout d'abord dans un hôpital, une copie du rapport de sortie de l'hôpital (la fiche médicale n'est pas nécessaire) peut être présentée au lieu de la déclaration du médecin traitant.
- Les demandes de règlement pour les frais de **physiothérapie/de massages thérapeutiques/d'attelles** doivent être accompagnées des reçus originaux et de la recommandation écrite du médecin traitant qui a prescrit le traitement.

DEMANDES DE RÈGLEMENT POUR DOMMAGES DENTAIRES

- Le formulaire de demande de règlement accident de sport doit être rempli en entier pour que votre demande puisse être traitée. Si vous effectuez une demande de règlement pour dommages dentaires, veuillez vous assurer que la page 1 et la **Section B - Déclaration du dentiste traitant** de la page 2 de la demande de règlement sont remplies par le dentiste traitant qui a vu en premier l'assuré dans un délai de 30 jours suivant la blessure.
- Si vous êtes assuré par plus d'un assureur, veuillez noter que nous demandons à votre assureur d'origine une explication détaillée des prestations en plus du formulaire rempli indiquant les traitements et les codes dentaires spécifiques.

IMPORTANT

- La partie située au bas du formulaire de demande de règlement doit aussi être signée et autorisée par l'un des responsables suivants : **le gérant/l'entraîneur/ou les responsables de l'équipe sportive UNIQUEMENT**. Les physiothérapeutes, les entraîneurs de sport/ les thérapeutes ou tout autre fournisseur de services ne peuvent pas remplir le formulaire. La demande de règlement ne peut être traitée sans cette autorisation.
- Le formulaire de demande de règlement accident de sport doit être envoyé à BFL CANADA dans un délai de 60 jours suivant la date de la blessure, peu importe si des frais ont été engagés. Veuillez joindre uniquement les reçus originaux pour tous les frais que vous voulez vous faire rembourser.
- Veuillez noter qu'il est de la responsabilité du demandeur d'obtenir et d'envoyer le formulaire de demande de règlement rempli comme indiqué. Tous les frais engagés pour le faire remplir relèvent aussi de la responsabilité du demandeur.
- Si vous êtes assuré par plus d'un assureur, il y a coordination des prestations. Veuillez présenter vos frais médicaux à votre autre compagnie d'assurance en premier. Lorsque vous aurez reçu une copie de l'explication des prestations, veuillez la faire parvenir à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. accompagnée des copies des documents relatifs aux frais.

QU'ARRIVE-T-IL APRÈS LA RÉCEPTION DE VOTRE DEMANDE...

- Veuillez noter que toutes les demandes de règlement sont soumises à un processus décisionnel standard. Vous devriez obtenir une réponse dans un délai d'une à trois semaines selon le volume de demandes de règlement. Vous recevrez l'une des réponses suivantes :
 - (A) Paiement ou avis de paiement à un fournisseur.
 - (B) Demande d'information supplémentaire si nécessaire.
 - (C) Acceptation ou refus de la demande de règlement accompagné des raisons.

Retourner le formulaire de demande de règlement rempli à :
a/s BFL CANADA risques et assurances inc.
Services des règlements
2001 McGill College, 22ième étage
Montréal, Québec
H3A 1G1

En fournissant ce formulaire de demande de règlement au demandeur pour des raisons pratiques, la compagnie n'accepte aucune responsabilité ou ne renonce à aucune condition générale de la police. Le fait de fournir ce formulaire de demande de règlement ne signifie pas qu'une personne est couverte. Seules les demandes admissibles seront remboursées.

Procédure de réclamation

La réclamation doit être présentée dans les 30 jours suivant la date de l'accident. Veuillez répondre à toutes les questions et soumettre le formulaire dûment rempli et signé avec les reçus originaux détaillés à l'adresse ci-dessus.

NOTE : VEUILLEZ FAIRE COMPLETER LE VERSO DU FORMULAIRE PAR LE DENTISTE ET/OU MEDECIN

Doit être complété par la personne blessée et par le directeur ou entraîneur de l'équipe

Nom de l'équipe <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <hr/> Nom de la ligue ou association dont fait partie l'équipe <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <hr/> Nom complet de la personne blessée <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <hr/> Adresse résidentielle : Rue <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Ville Province Code postal </div> <hr/> Adresse postale courante : Rue (si différente de celle ci-dessus) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Ville Province Code postal </div> <hr/> Âge <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <hr/> Date de naissance <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <small>(J J / M M / A A A A)</small>	N° de police <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <hr/> Type de sport et catégorie (ex. Senior) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Initiale N° de téléphone </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Province Code postal </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Province Code postal </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Heure de l'accident A.M. <input type="checkbox"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> P.M. <input type="checkbox"/> </div>
---	---

Expliquez **en détails** comment l'accident est survenu :

Quelles blessures ont été subies?

A-t-il(elle) été blessé(e) lors d'une partie de la ligue ou lors d'une pratique officielle supervisée?

Quelle autre assurance hospitalisation, médicale ou dentaire détient la personne blessée?

Autorisation et Déclaration

Je certifie que les renseignements consignés dans la présente demande de règlement sont, à ma connaissance, exacts et complets. En mon nom personnel et/ou au nom de tout mineur assuré, Je DIVULGUE les renseignements consignés dans la présente demande à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la société ») et RECONNAIS que ces renseignements seront utilisés pour évaluer, traiter et administrer cette demande et la couverture de la police.

J'AUTORISE tout fournisseur de soins de santé, compagnie d'assurance, école, conseil ou commission scolaire, employeur, autre personne ou organisme à divulguer à la société tout renseignement médical, renseignement concernant les frais et autre renseignement qui peut être nécessaire à la société pour évaluer cette demande.

J'AUTORISE la société à échanger avec les parties désignées au paragraphe précédent les renseignements consignés dans la présente demande et d'autres renseignements figurant dans les fichiers relatifs à cette demande ou couverture, aux fins indiquées ci-dessus ou conformément à mon autorisation ou aux exigences légales.

Date : _____ Signature du Demandeur : _____
(JJ/MMM/AAAA)

Titre officiel (Directeur, Entraîneur, etc.) : _____
 (Lettres moulées)

Date de la signature Signature : _____
(J J / M M / A A A A)

Il incombe au demandeur de faire remplir le présent formulaire à ses propres frais.

