



## **Blessure corporelle accidentelle Canadian Ball Hockey Association**

### **COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE D'INDEMNITÉ**

- 1. Remplir toutes les sections du présent formulaire de demande d'indemnité.**
- 2. Les documents suivants doivent accompagner le formulaire de demande d'indemnité, s'il y a lieu :**
  - **Formulaire rempli de Déclaration du médecin traitant (requis pour toutes les demandes d'indemnité)**
  - **Copies de la partie, rapport de la partie ou tout autre document de référence**
  - **Copie de tous les rapports de police (s'il y a lieu)**
  - **Copie de tous documents supplémentaires appuyant votre demande**
- 3. Faire parvenir la demande d'indemnité remplie et signée ainsi que tous les documents requis à :**

**CANADIAN BALL HOCKEY ASSOCIATION  
56 PENNSYLVANIA AVE., UNIT 5  
CONCORD, ONTARIO L4K 3V9**

- 4. Conserver une copie pour vos dossiers.**

**SI DES INFORMATIONS OU DES DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES SONT  
REQUIS, UN EXPERT EN SINISTRE COMMUNIQUERA AVEC VOUS.**

**POUR TOUTE QUESTION RELATIVE À VOTRE DEMANDE, VEUILLEZ  
COMMUNIQUER AVEC CHUBB AU 1-800-CLAIMS-0 (1-800-252-4670)**



N° de police 9906 00 76



Blessure corporelle accidentelle
Canadian Ball Hockey Association
Déclaration du demandeur

(Écrire en caractères d'imprimerie - Si nécessaire, joindre des feuilles supplémentaires)

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ

Nom de l'assuré / Date de naissance / État matrimonial

Adresse de l'assuré / Tél. (rés.)

Tél. (bur.)

Nom de l'équipe de l'assuré / Nom de la ligue

L'assuré a-t-il une autre assurance, incluant un plan de santé? Si oui veuillez préciser tous les assureurs, le type d'assurance, les numéros de contrats et les montants d'assurance:

RENSEIGNEMENTS SUR LE SINISTRE

Date de l'accident / Heure et lieu de l'accident

Veuillez décrire en détail les circonstances de l'accident (joindre des feuilles additionnelles si nécessaire):

L'accident s'est-il passé durant une partie? Si oui, de quelle façon?

Veuillez décrire la nature des blessures de l'assuré:

Veuillez fournir une liste de tous les médecins traitant et des hôpitaux (nom et adresse):

Une enquête a-t-elle été faite par la police ou toute autre autorité? Si oui, veuillez fournir une liste de tous les policiers ou des organismes charges de l'enquête (nom, adresse et numéro de téléphone):

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT

Nom de l'officiel qui a vérifié l'accident # Signature de l'officiel

Nom du directeur de la ligue qui a vérifié l'accident Signature du directeur

AUTORISATION

J'autorise tout tiers, incluant toute compagnie d'assurance, médecin, hôpital ou tout autre fournisseur de soins de santé, ainsi que tout autre personne, organisme public ou privé ou entreprise pouvant détenir des dossiers, des documents ou des renseignements ayant trait à l'assuré, à fournir les renseignements demandés concernant la présente demande d'indemnité et le sinistre déclaré.

Je reconnais être dûment avisé(e) que lorsque, sciemment et dans le but de frauder une compagnie d'assurance, une personne soumet une demande d'indemnité contenant de faux renseignements ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des renseignements concernant des faits importants à cet effet, elle commet alors un acte frauduleux en matière d'assurance, ce qui constitue un délit

Signé (demandeur ou personne autorisée) DATE

SECTION POUR CBHA SEULEMENT

Date de la réclamation reçue / Date du début des procédures

Approuvé par Signature du représentant de la CBHA Date