

# Preuve du sinistre – soins dentaires en cas d'accident du sport



**Bien répondre à toutes les questions, c'est nous aider à mieux vous servir.**

**Directives.** L'assuré doit remplir la « Déclaration du demandeur », le gérant de l'équipe ou l'administrateur, la « Déclaration du responsable du club » et le dentiste traitant, la partie lui étant réservée à la page 2.

**Important.** L'assuré doit tout d'abord envoyer sa demande à l'assureur de tout autre régime d'assurance maladie complémentaire ou d'assurance soins dentaires; si les frais ne sont pas remboursés intégralement, il fait alors parvenir à AXA Assurances Inc. tous les Relevés de prestations.

**Nota –** Vous pouvez remplir le formulaire au stylo (en majuscules). Il faut cependant que TOUTES les parties signent et datent l'ORIGINAL avant que vous ne l'envoyiez à l'un des bureaux suivants de **AXA Assurances Inc. :**

**2020, rue University, bureau 700, Montréal (Québec) H3A 2A5**

**1075 Bay Street, Toronto (Ontario) M5S 2W5**

**645 – 7<sup>th</sup> Avenue S.W., suite 1400, Calgary (Alberta) T2P 4G8**

Nous n'acceptons pas les copies, les télécopies et les courriels.

## Déclaration du demandeur

Police n° **9221389**

1. Nom et prénom de l'assuré \_\_\_\_\_ 2. Date de naissance J M A \_\_\_\_\_

3. S'il s'agit d'un mineur, nom et prénom d'un des parents ou du tuteur \_\_\_\_\_

4. Profession du demandeur, outre ses activités sportives \_\_\_\_\_

5. Employeur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

6. Nom de l'équipe \_\_\_\_\_ 7. Sport \_\_\_\_\_

8. Date de l'accident J M A \_\_\_\_\_ 9. Lieu de l'accident \_\_\_\_\_

10. Description précise de l'accident \_\_\_\_\_

11. L'accident s'est produit pendant une  pratique, une  partie ou un  déplacement autorisés 12. Lieu de l'activité \_\_\_\_\_

13. Date des premiers soins dentaires J M A \_\_\_\_\_

14. Dentiste traitant \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

15. Nom de tous les autres dentistes traitants \_\_\_\_\_

16. Nom de l'hôpital, s'il y a lieu \_\_\_\_\_ 17. Date de l'hospitalisation J M A \_\_\_\_\_

18. Autres assurances soins dentaires, peu importe le régime  Oui  Non

Nom du régime \_\_\_\_\_ Assureur \_\_\_\_\_ Police n° \_\_\_\_\_

**J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements précédents sont exacts et complets.**

Signature du demandeur ou, s'il est mineur, d'un des parents ou du tuteur \_\_\_\_\_ ( ) J M A \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

*L'envoi du présent formulaire ou sa réception par la Compagnie n'engage en rien AXA Assurances Inc. ni ne peut entraîner la dérogation à l'une des conditions contractuelles.*

## Déclaration du responsable du club

Police n° **9221389**

1. Nom de l'équipe \_\_\_\_\_ 2. Nom de la ligue ou de l'association \_\_\_\_\_

3. Sport \_\_\_\_\_ 4. Date à laquelle le joueur s'est joint à l'équipe J M A \_\_\_\_\_

5. Jouait-il de façon régulière au moment de l'accident?  Oui  Non

6. La blessure s'est-elle produite pendant une activité autorisée?  Oui  Non

Dans l'affirmative, il s'agit d'une  pratique, d'une  partie ou d'un  déplacement autorisés

Signataire autorisé \_\_\_\_\_ Nom (en majuscules) \_\_\_\_\_ Titre ou poste officiel \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone ( ) \_\_\_\_\_ Date J M A \_\_\_\_\_

# Preuve du sinistre – soins dentaires en cas d'accident du sport

|   |                        |   |
|---|------------------------|---|
| <b>1<sup>re</sup> partie – Dentiste</b>   |                        | Police n° <b>9221389</b>  |
| N° unique   | Spéc.                  | Dossier du patient n°   |
| <b>Nom du patient</b>   | <b>Nom du dentiste</b> | Je cède au dentiste nommé dans la présente les indemnités payables en vertu de cette demande et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.  |
| Adresse   | Adresse                |   |
| Téléphone ( )   | Téléphone ( )          |   |
| <b>Réservé au dentiste</b> <input type="checkbox"/> Duplicata<br>(renseignements complémentaires sur le diagnostic ou les actes ou autres considérations particulières) |                        | Il se peut que les frais indiqués sur cette demande ne soient pas couverts par le régime auquel je participe ou qu'ils ne soient couverts qu'en partie. Il m'incombe donc de voir à ce que mon 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 soient divulgués à l'assureur ou à l'administrateur du régime.<br><br>Signature du patient, d'un parent ou du tuteur .....<br><input type="checkbox"/> Vérification ..... |

|  |                |                     |                   |                        |                      |                 | Réservé à l'assureur                       |                            |   |                                |  |
|--|----------------|---------------------|-------------------|------------------------|----------------------|-----------------|--|----------------------------|---|--------------------------------|--|
| Date du traitement (J-M-A)   | Code de l'acte | Code int. des dents | Surface des dents | Honoraires du dentiste | Frais de laboratoire | Total des frais | Montant admis                              | Fréq.                      | % | Montant payable par le patient |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |                 |  |                            |   |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |                 |  |                            |   |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |                 |  |                            |   |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |                 |  |                            |   |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |                 |  |                            |   |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |                 |  |                            |   |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |                 |  |                            |   |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |                 |  |                            |   |                                |  |
|  |                |                     |                   |                        |                      |                 |  |                            |   |                                |  |
| La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions. |                |                     |                   |                        |                      |                 | <b>Total des honoraires demandés</b><br>\$ | Demande d'indemnisation n° |   |                                |  |

**2<sup>e</sup> partie – Déclaration complémentaire du dentiste**

1. Quelle est la nature des dommages? \_\_\_\_\_

2. D'autres traitements seront-ils nécessaires?  Oui  Non Dans l'**affirmative**, précisez ce qui suit :

| Code int. des dents | Traitements nécessaires et, si possible, le code de l'acte | Date approximative des traitements (J-M-A) |
|---------------------|--|--|
|                     |  |  |
|                     |  |  |
|                     |  |  |

3. Quelles complications pourraient encore survenir et à quel moment? \_\_\_\_\_

4. A) Nombre de dents endommagées \_\_\_\_\_ B) Étaient-elles toutes saines et entières?  Oui  Non  
 C) Nombre d'obturations parmi ces dents \_\_\_\_\_ D) Nombre de couronnes parmi ces dents \_\_\_\_\_  
 E) Nombre de traitements radiculaires parmi ces dents \_\_\_\_\_  
 F) Si les dents ne sont pas toutes saines et entières, précisez. \_\_\_\_\_

Signature du dentiste \_\_\_\_\_ Date J M A \_\_\_\_\_