

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR ACCIDENT DE SPORT — 2025

TOUS LES INCIDENTS DOIVENT ÊTRE DÉCLARÉS DÈS QUE POSSIBLE.

- **Signaler l'incident** — BFL doit être informée de votre accident dans les 30 jours suivant la date à laquelle il s'est produit et recevoir votre formulaire de réclamation dans les 90 jours suivant l'accident.
- **Fournir la documentation nécessaire** — Remplissez le formulaire de réclamation pour accident de sport et le rapport de votre médecin en pièce jointe. Si votre réclamation concerne une blessure dentaire :
 - Veuillez demander à votre dentiste de remplir et d'envoyer un formulaire de prédétermination.
- **Soumettre les formulaires** — Comme indiqué dans les formulaires en pièce jointe, veuillez transférer le **FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR ACCIDENT DE SPORT** dûment rempli, accompagné d'une copie des justificatifs de frais, à Markle.
 - **Veuillez fournir une copie à BFL.**
 - Courriel — josianne.moniz@bflicanada.ca
 - Courrier — **BFL CANADA services de risques et assurances inc.**
À l'attention de : Josianne Moniz
2001, avenue McGill College, bureau 2200
Montréal (Québec) H3A 1G1

Voir la page d'INSTRUCTIONS** en pièce jointe**

INSTRUCTIONS POUR LA DÉCLARATION DES SINISTRES

Pour toute nouvelle réclamation présentée en dehors des heures d'ouverture et nécessitant une assistance immédiate, veuillez appeler le
1 800 465-2842.

Pour toute réclamation pour accident de sport, veuillez communiquer avec :

- Josianne Moniz
- Lorne Vaincourt

Courriel :

- josianne.moniz@bflicanada.ca
- lvaincourt@bflicanada.ca



2001 McGill College Avenue, Suite 2200, Montreal, Quebec H3A 1G1
T. 514-843-3632 | 1-800-465-2842 F. 514-843-3842

ALLSPORT DEMANDE D'INDEMNITÉ ACCIDENT DE SPORT

SECTION 1 (veuillez imprimer)

Nom de famille du demandeur:	Prénom:	
Date de naissance:	Email:	
Adresse postale:		
Ville:	Province:	Code Postal:
Si le demandeur est mineur, nom du père ou de la mère:		
Téléphone (domicile):	Téléphone (travail):	

SECTION 2

Date de l'accident:	Heure:	<input type="checkbox"/> A.M.	<input type="checkbox"/> P.M.
Lieu de l'accident:			
Nature des blessures:			
Date du premier traitement:	Hôpital où la victim a été transportée :		
Date d'admission:	Heure:	<input type="checkbox"/> A.M.	<input type="checkbox"/> P.M.
Date de sortie:	Médecin ou dentiste traitant:		

SECTION 3

Donnez toutes les circonstances de l'accident :

SECTION 4

(Votre assurance des accidents de sport étant une assurance complémentaire, la prevue de l'épuisement des montants de graantie de toutes les autres assurance doit accompagner la demande.)

Quelle assurance des frais médicaux avez-vous auprès de votre employeur ou de celui de votre conjoint, père ou mère ?

Nom de l'employeur:	Assureur:	
Adresse de l'employeur:		
Adresse:		
Ville:	Province:	Code Postal:
Police no.:	Certificate Number:	

SECTION 5

Je declare que tous les renseignements ci-dessus sont exacts.

Claimant's / Guardian's Signature:	Date:
------------------------------------	-------



2001 McGill College Avenue, Suite 2200, Montreal, Quebec H3A 1G1
T. 514-843-3632 | 1-800-465-2842 F. 514-843-3842

ATTESTATION DE L'ASSOCIATION OU DE LA DIRECTION DU CLUB

**Ne remplissez pas cette section vous-même ; demandez au président,
à l'entraîneur ou au directeur du club ou de la ligue de le faire.**

Nom de l'équipe:	Ligue ou association:
Police collective no.:	Type de Sport:
Le joueur ci-dessus était-il un membre inscrit au moment de l'accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Le joueur ci-dessus était-il un membre inscrit au moment de l'accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom:	Poste au club:
Téléphone:	Signature:

N'hésitez pas à appeler All Sport pour toute question concernant ce formulaire. Vous trouverez au verso des instructions sur la façon de le remplir. Si vous n'avez pas de frais à soumettre pour le moment, envoyez le formulaire seul en précisant que vous ferez une demande de remboursement plus tard.

INSTRUCTIONS

Vous devez fournir tous les renseignements demandés. La demande ne pourra être traitée si le formulaire est incomplet.

POINTS À RETENIR POUR REMPLIR LE FORMULAIRE :

1. L'accident doit être déclaré à votre assureur dans les 30 jours et celui-ci doit recevoir la demande d'indemnité et les pièces justificatives dans les 90 jours.
2. TOUTES les demandes d'indemnité doivent être accompagnées de relevés détaillés et des factures acquittées (les originaux sont exigés si vous n'avez pas d'autres assurances) indiquant :
 - Type of purchase or service
 - La nature de l'achat ou du service
 - La date de chaque achat ou service
 - Le coût de chaque achat ou service.
3. Une déclaration du médecin confirmant le diagnostic et les traitements recommandés est obligatoire pour tous les frais autres que dentaires ou d'ambulance.
4. Seuls les frais qui dépassent la franchise stipulée dans votre régime d'assurance pourront être admissibles à concurrence du maximum fixé.
5. Les dépenses remboursables par tout autre régime d'assurance maladie doivent être soumises au régime en question. Votre assurance contre les accidents de sport s'applique uniquement à la partie des frais qui n'est remboursable par aucun autre assureur.
 - POUR LES INDEMNITÉS ÉNUMÉRÉES CI-APRÈS, VOTRE DEMANDE DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉE DES RENSEIGNEMENTS INDIQUÉS.
(Vérifiez dans votre régime les conditions d'admissibilité aux indemnités. Les soins médicaux ou dentaires doivent avoir été nécessités et entrepris dans les 30 jours suivant l'accident.)
 - A. POUR LES INDEMNITÉS NON INDIQUÉES CI-APRÈS, RENSEIGNEZ-VOUS SUR LA MARCHE À SUIVRE AUPRÈS DE L'ASSUREUR. MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE
 - Nom du médicament
 - Date d'achat
 - Montant facturé.
 - B. SERVICES DE PHYSIOTHÉRAPEUTES, CHIROPRACTICIENS OU OSTÉOPATHES
 - Médecin ayant recommandé le service
 - Nature du service
 - Date de chaque séance
 - Montant facturé pour chaque séance
 - Dates des séances payées par l'assurance maladie de la province ; dans le cas des honoraires privés, vous devez confirmer que le montant de l'assurance est épuisé

C. HOSPITALISATION

- Frais non admissibles.

D. AMBULANCE (transport d'urgence jusqu'à l'hôpital seulement)

- Date du transport
- Points de départ et d'arrivée de l'ambulance
- Montant facturé.

E. SOINS DE LA VUE

- L'accident doit avoir nécessité des soins médicaux et entraîné la perte ou le bris de lunettes ou verres de contact ou vous obliger maintenant à en porter.
- Pour avoir droit à l'indemnité prévue, vous devez fournir des explications avec votre facture.

F. INDEMNITÉ POUR FRACTURE FIGURANT AU TABLEAU

- Si l'accident a entraîné une fracture ou une luxation indiquée au barème de la police, vous pouvez avoir droit à une indemnité ; en cas de pluralité de fractures, une seule indemnité (la plus élevée) est payable.statement completed by the licensed physician or surgeon confirming the fracture/dislocation
- Déclaration du médecin ou chirurgien autorisé confirmant la fracture ou la luxation.

G. APPAREILS ORTHOPÉDIQUES

- Une lettre du médecin ou chirurgien autorisé indiquant le diagnostic, la raison médicale précise pour laquelle l'appareil est prescrit et le type d'appareil doit accompagner la facture.
- Les appareils orthopédiques nécessités principalement pour les activités sportives ne sont pas couverts.

H. SOINS DENTAIRES

- Date exacte de l'accident
- Ventilation des soins reçus
- Circonstances de l'accident
- Précisions sur les autres assurances dentaires, le cas échéant
- Confirmation que les soins découlent uniquement de l'accident
- Explications de l'autre assureur
- D'autres soins sont-ils prévus ?

I. SOINS ET SERVICES COUVERTS PAR L'ASSURANCE MALADIE PROVINCIALE

- Sont exclus de votre assurance contre les accidents de sport les soins ou services pris en charge par le régime d'assurance maladie provincial, que vous soyez couvert ou non par le régime.

VOTRE ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DE SPORT PEUT COMPORTER UNE FRANCHISE ET/OU UN POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT (par exemple une franchise de 100 \$ ou une limite de 30 \$ par séance à concurrence de 300 \$ par accident). EN CAS DE DOUTE, VÉRIFIEZ LES DÉTAILS DU RÉGIME.



2001 McGill College Avenue, Suite 2200, Montreal, Quebec H3A 1G1
T. 514-843-3632 | 1-800-465-2842 F. 514-843-3842

PART 1 DENTISTE

Nom du dentist:		
Adresse:		
Ville:	Province:	Code Postal:
Téléphone:		
Nom de famille du patient:	Prénoms:	
Adresse:	Apt:	
Ville:	Province:	Code Postal:

Je reconnais que les honoraires indiqués ci-dessus peuvent ne pas être couverts ou bien dépasser les indemnités prévues dans mon contrat et que je suis responsable envers mon dentiste de la totalité du coût des soins. J'autorise la communication des renseignements consignés dans le présent formulaire à mon assureur ou à ses agents.	Je cède au dentiste désigné ci dessus les sommes qui me sont dues dans le cadre de la présente demande et j'accepte qu'elles lui soient versées directement.	DEMANDE ACCEPTEE:
Signature du patient (ou du père/de la mère/du tuteur)	Signature de l'adhérent	Jour Mois Année Vérificateur

PART 2 RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE DU DENTISTE

1. Description des dommages:			
2. D'autres soins sont-ils recommandés?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez:
Code dentaire int.	Soins recommandés – Utilisez le code de l'acte si possible		
	Date est. des soins		
	Jour	Mois	Année
3. Autres problèmes possibles et durée			
Date:	Signature du dentist:		

TOUS LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS DANS CE FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS.**DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

Veuillez remplir la déclaration et la remettre à votre patient.

Nom du patient:			Âge:
Adresse:			
Diagnostic : Indiquez l'os ou les os fracturés ou luxés:			
Si le patient a été hospitalisé, nom de l'hôpital:			
Date d'admission:			Date de sortie:
Nom du médecin qui a dirigé le patient vers vous, le cas échéant:			
Interventions chirurgicales (ou autres actes effectués):			
		Date:	
		Date:	
		Date:	
Date de la première consultation pour le problème ci-dessus:			
Date des premiers symptômes:			
Date de l'accident:			
Le patient a-t-il déjà eu le même problème ou un problème similaire?			
Si oui, donnez la date et la nature du problème:			
L'état du patient est-il aggravé par d'autres maladies ou infirmités?			
Date:	Signature:	(M.D.)	
Adresse:			
Spécialiste diplômé:			
Téléphone:			