2001, avenue McGill College, bureau 2200, Montréal (Quebec) H3A 1G1
T. 514 843-3632 | 1 800 465-2842 F. 514 843-3842

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 — cyclismecanadareclamations@bflcanada.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 RÉCLAMATIONS :	
Pour toute nouvelle réclamation survenant à l'extérieur des heures normales d'ouverture et nécessitant une assistance immédiate, veuillez composer le 1 800 465-2842	
Pour toute réclamation pour accident de sport, veuillez communiquer avec : • Josianne Moniz • Lorne Vaincourt	**Courriel :** • cyclismecanadareclamations@bflcanada.ca

2001, avenue McGill College, bureau 2200, Montréal (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 :			
Adresse postale :			
Ville :		Province :	Code postal :
Si le demandeur est mineur, nom du père ou de la mère :			
Téléphone (domicile) :		Téléphone (travail) :	
Courriel :			

SECTION 2

Date de l'accident :		Heure :		☐ A.M.	☐ P.M.
Lieu de l'accident :					
Nature des blessures :					
Date du premier traitement :		Hôpital où la victime a été transportée :			
Date d'admission :		Heure :		☐ A.M.	☐ 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 preuve de l'épuisement des montants de garantie de toutes les autres assurances 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.		Certificat no.	

SECTION 5

2001, avenue McGill College, bureau 2200, Montréal (Quebec) H3A 1G1
T. 514 843-3632 | 1 800 465-2842 F. 514 843-3842

Je déclare que tous les renseignements ci-dessus sont exacts.			
Signature du demandeur/tuteur:		Date :	

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? ☐ Oui ☐ Non	
Le joueur ci-dessus était-il un membre inscrit au moment de l'accident? ☐ Oui ☐ Non	
Nom :	Poste au club :
Téléphone :	Signature :

IMPORTANT : Cette réclamation doit être **validée** par votre association.

Cette section doit être complétée par l'association participante.

CONFIRMATION DE L'ASSOCIATION PARTICIPANTE

Catégorie de couverture des membres en cas d'accident	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
Police d'assurance accident no.	

Signature : _____

Une fois le formulaire de réclamation rempli, veuillez l'envoyer avec les factures détaillées jointes à BFL CANADA dans les 30 jours suivant l'accident.

Veuillez communiquer avec BFL CANADA si vous avez des questions concernant ce formulaire. Vous trouverez les instructions complètes ci-dessous. Si vous ne disposez pas encore des factures, veuillez envoyer le formulaire uniquement pour confirmer votre intention de faire une réclamation.

2001, avenue McGill College, bureau 2200, Montréal (Quebec) H3A 1G1
T. 514 843-3632 | 1 800 465-2842 F. 514 843-3842

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 d'achat ou de 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.)
- POUR LES INDEMNITÉS NON INDIQUÉES CI-APRÈS, RENSEIGNEZ-VOUS SUR LA MARCHE À SUIVRE AUPRÈS DE L'ASSUREUR.
  - **A.** MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE
    - Nom du médicament
    - Date d'achat
    - Montant facturé
  - **B.** SERVICES DE PHYSIOTHÉRAPEUTES, CHIROPRATICIENS 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

2001, avenue McGill College, bureau 2200, Montréal (Quebec) H3A 1G1
T. 514 843-3632 | 1 800 465-2842 F. 514 843-3842

- 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.
- 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, avenue McGill College, bureau 2200, Montréal (Quebec) H3A 1G1
T. 514 843-3632 | 1 800 465-2842 F. 514 843-3842

PART 1 DENTISTE

Nom du dentiste :					
Adresse :					
Ville :		Province :		Code postal :	
Téléphone :					
Nom de famille du patient :		Prénoms :			
Adresse :		Apt:			
Ville :		Province :		Code postal :	

Date de la prestation J	M	A	Code dent. Int	Code de l'acte	Faces dentaires	Frais de laboratoire	Honoraires du dentiste	Coût total	**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME**
									AVIS AU DENTISTE :
									Aux termes du contrat, votre rapport doit être envoyé à l'assureur dans les 90 jours suivant l'accident. Votre collaboration serait donc très appréciée.

Il s'agit là d'un relevé exact des prestations fournies et des honoraires exigés, s.e.o.	**Total des honoraires**	
Signature du dentiste	**Date :**	
RÉSERVÉ AU DENTISTE		
Renseignements supplémentaires sur le diagnostic, les actes, les complications et aspects particuliers.		

2001, avenue McGill College, bureau 2200, Montréal (Quebec) H3A 1G1
T. 514 843-3632 | 1 800 465-2842 F. 514 843-3842

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 ACCEPTÉE :
Signature du patient (ou du père/de la mère/du tuteur)	**Signature de l'adhérent**	Jour Mois Année Vérificateur

PARTIE 2 RAPPORT SUPPLÉMENTAIRE DU DENTISTE

1. Description des dommages :	
2. D'autres soins sont-ils recommandés?	☐ Oui ☐ 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 dentiste :	

2001, avenue McGill College, bureau 2200, Montréal (Quebec) H3A 1G1
T. 514 843-3632 | 1 800 465-2842 F. 514 843-3842

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 vous a envoyé le patient, 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 :			