

# 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

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 \_\_\_\_\_

<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 (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.  Signature du patient, d'un parent ou du tuteur ..... <input type="checkbox"/> Vérification .....

							<b>Réservé à l'assureur</b>			
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
							Chèque n°		Date (J-M-A)	
							Franchise	Païement du patient	Païement de l'assureur	
La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs ou omissions.						<b>Total des honoraires demandés</b>	Demande d'indemnisation n°			
						\$				

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

- Quelle est la nature des dommages? \_\_\_\_\_
- 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)
- Quelles complications pourraient encore survenir et à quel moment? \_\_\_\_\_
- 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