



Retourner à:
C/o BFL CANADA INC.
 2001 avenue McGill College, # 2200
 Montréal, QC, H3A 1G1
 Tel: 514-843-3632 F: 514-843-3842 1-800-465-2842
claims@BFLcanada.ca | www.BFLCANADA.CA



AIG Insurance Company Of Canada
 145 Wellington Street West
 Toronto, ON M5J 1H8
ahclaimscan@aig.com

Formulaire de demande de règlement en cas d'accident

IMPORTANT : La présente demande de règlement doit être **validée** par votre association (section au verso). Une fois que le formulaire est dûment rempli, il faut y joindre les factures originales détaillées et poster le tout à **BFL CANADA** dans les 30 jours suivant l'accident.

Nom de famille de l'assuré(e) _____ Prénom de l'assuré(e) : _____
 Adresse : _____ Numéro de téléphone (de jour) : _____
 Adresse électronique : _____
 Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Date de naissance (J/M/A) : _____ Sexe: Homme Femme

1. Date de l'accident (J/M/A) : _____ Date des premiers soins médicaux (J/M/A) : _____
2. Lieu et détails complets de l'accident et nature de la blessure subie : _____

3. Nom de la compagnie qui souscrit votre assurance collective en cas d'hospitalisation ou de maladie : _____

4. Nom et adresse du médecin de famille : _____

5. Nom et coordonnées des témoins de l'accident : _____

6. Nom et adresse des chirurgiens ou des spécialistes qui ont prodigué des soins à la suite de cet accident : _____

AVIS RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : Je comprends que les renseignements que je fournis dans le présent formulaire et autrement dans le cadre de ma demande de règlement sont requis par Compagnie d'Assurance AIG du Canada, ses réassureurs et administrateurs autorisés (« l'Assureur ») afin d'évaluer mon admissibilité aux prestations, y compris mais non de façon limitative, afin de déterminer si la couverture est en vigueur, d'étudier si des exclusions s'appliquent et de coordonner la couverture avec celle tout autre assureur. À ces fins, l'Assureur consultera également ses dossiers d'assurance actuels à mon sujet, recueillera des renseignements supplémentaires à mon sujet et de ma part et, au besoin, obtiendra des renseignements d'autres parties et en échangera avec d'autres parties.

ATTESTATION : Les renseignements que je fournis dans le présent formulaire et autrement relativement à ma demande de règlement sont, à ma connaissance, exacts et complets. En cas d'une déclaration fautive ou susceptible d'induire en erreur faite en rapport avec cette demande de règlement, la couverture peut être résiliée, le versement des prestations peut être refusé et les prestations versées précédemment peuvent être recouvrées. Je conviens de rembourser à l'Assureur le montant de tout versement qui n'aurait pas dû avoir été effectué relativement à ma demande.

AUTORISATION : J'autorise, pour une période d'au moins douze mois et d'au plus vingt-quatre mois à partir de la date de la signature du présent formulaire, tout médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, établissement de santé, organisme médical, toute clinique et tout autre établissement médical paramédical, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute commission des accidents du travail ou tout régime ou organisme semblable, l'administrateur de tout régime de prestations, tout service du gouvernement fédéral, territorial ou provincial ou toute autre corporation, organisation, institution ou association (y compris l'obtention de renseignements de la part du titulaire de la police collective ou de mon employeur) à divulguer à la Compagnie d'Assurance AIG du Canada ou à ses représentants et à échanger avec ces parties, tous les renseignements personnels sur la santé, le versement de prestations ou des renseignements financiers ou liés à l'emploi à mon sujet ou autres renseignements ou dossiers à mon sujet en leur possession qui pourraient être demandés en rapport avec l'administration de la présente demande de règlement. Je conviens qu'une copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Nom du parent/tuteur de l'assuré(e) [si l'assuré(e) a moins de 18 ans – en lettres moulées] _____
 Signature de l'assuré(e) ou de son parent/tuteur [si l'assuré(e) a moins de 18 ans] : _____
 Date (J/M/A) : _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN

Nom du patient : _____

Description complète de la blessure subie : _____

Date des premiers soins (J/M/A) : _____ Date du sinistre effectif (J/M/A) : _____

Est-ce que la perte est permanente et irrémédiable ? Veuillez en indiquer le degré. _____

L'état du patient résulte-t-il directement d'un accident ? Oui Non

Est-ce qu'une maladie ou une blessure antérieure a contribué à la perte ? Oui Non Si oui, veuillez préciser : _____

Le patient a-t-il été hospitalisé ? Oui Non Si oui, veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'hôpital : _____

Noms et adresses de tous autres médecins ou chirurgiens qui ont traité le patient, le cas échéant : _____

Existe-t-il des liens de parenté ou d'affaires entre vous et le patient ? Oui Non

Ces déclarations sont, à ma connaissance, véridiques et complètes.

Nom du médecin traitant (en lettres moulées) : _____

Adresse : _____

Signature du médecin traitant : _____ Date (J/M/A) : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro de télécopieur : _____

DÉCLARATION DE L'ASSOCIATION

Nom de la personne : _____ Nom du Club : _____

La personne est un: Membre Bénévole

La personne était-elle membre ou bénévole à la date de l'accident? Oui Non

La blessure s'est-elle produite durant la participation à une activité reconnue par l'association? Oui Non

Veuillez joindre une copie de votre rapport d'incident lié à cet événement (s'il est disponible).

Signature : _____ Date (J/M/A) : _____

Titre : _____ Numéro de téléphone : _____ Adresse de courriel : _____

Le fait de fournir ces formulaires ne constitue pas une admission de responsabilité de la part de la Compagnie.