



RAPPORT DE BLESSURE DE HOCKEY CANADA



Se reporter au verso pour l'adresse postale.

Ce formulaire doit être rempli au complet sans quoi il sera retourné. Ce formulaire doit être rempli chaque fois qu'un joueur, un spectateur ou toute autre personne assistant à une activité de hockey sanctionnée subit une blessure.

LA DEMANDE DE RÈGLEMENT DOIT ÊTRE PRÉSENTÉE DANS LES 90 JOURS SUIVANT LA DATE DE L'ACCIDENT. DATE DE L'ACCIDENT : ___/___/___
Jour Mois An

PARTICIPANT BLESSÉ : Joueur Officiel d'équipe Officiel du match Spectateur

Nom : _____ Date de naissance : ___/___/___ Genre : H F
Jour Mois An

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____ Tél. : (_____) _____

Parent/Tuteur : _____ Adresse courriel : _____

DIVISION D'ÂGE

M7 M9 M11 M13 Récr. adulte
M15 M18 M21 Junior Senior

CLASSE

AAA A BB CC DD Maison Junior mineur
AA B C D E Junior majeur Autre _____

PARTIE DU CORPS BLESSÉE

Bras :		Jambe :		Tête :	Tronc :	Dos :
Gauche	Droit	Gauche	Droite	Région des yeux	Abdomen	Cou
Épaule	Épaule	Tibia	Tibia	Visage	Poitrine	Bas
Haut du bras	Haut du bras	Genou	Genou	Gorge	Côtes	Haut
Clavicule	Clavicule	Orteil	Orteil	Crâne	Bassin :	
Coude	Coude	Cuisse	Cuisse	Dents	Hanche	Aîne
Main/Doigt	Main/Doigt	Pied	Pied	Autre :		
Avant-bras/Poignet	Avant-bras/Poignet					

NATURE DE LA BLESSURE

Commotion Lacération Fracture
Entorse Foulure Contusion
Dislocation Séparation Blessure à un organe interne

SOINS SUR PLACE

Soins sur place seulement A refusé les soins

Transport à l'hôpital en : Ambulance Automobile

CIRCONSTANCES ENTOURANT LA BLESSURE

Nom de l'aréna/endroit : _____

Hors-concours/ Saison régulière
Éliminatoires/Tournoi
Entraînement
Essai
Autre
Échauffement
1^{re} période

2^e période
3^e période
Prolongation : _____
Entraînement hors glace
Apparition graduelle
Autre sport
Autre : _____

RAISON DE LA BLESSURE

Frappé par une rondelle
Collision contre la bande
Blessure sans contact
Frappé par un bâton
Collision au centre de la glace
Collision avec un adversaire
Chute sur la glace
Mise en échec par-derrière
Collision avec le filet
Bataille
Coup sournois

Le joueur blessé évoluait-il dans une ligue et une catégorie appropriées à son groupe d'âge? Oui Non
L'activité était-elle sanctionnée par Hockey Canada? Oui Non

ENDROIT

Zone défensive Zone offensive Zone neutre
Derrière le filet 1 m de la bande Aire des spectateurs
Stationnement Vestiaire Banc

Autre : _____

ÉQUIPEMENT PORTÉ LORS DE LA BLESSURE

Protecteur facial complet
Casque sans protecteur facial
Aucun casque ni protecteur facial
Protecteur buccal
Demi-protecteur facial/visière
Protège-cou
Gants courts
Gants longs

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Le joueur a-t-il déjà subi cette blessure? Oui Non

Si « OUI », il y a combien de temps? _____

Est-ce qu'une punition a été imposée à la suite de l'incident? Oui Non

Absence prévue du hockey?
1 semaine 1-3 semaines
Plus de 3 semaines

DÉCRIRE LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

(annexer une feuille au besoin)

J'autorise, par la présente, tout endroit préférant des soins médicaux, médecin, dentiste ou toute autre personne m'ayant soigné ou examiné ou ayant soigné ou examiné mon enfant, à fournir à Hockey Canada tous les renseignements relatifs à toute maladie ou blessure, tout antécédent médical, toute consultation, ordonnance ou tout traitement ainsi que des copies de tout rapport du dentiste, de l'hôpital ou du médecin. Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation sera réputée aussi valable que l'original.

Signé : _____
(Parent ou tuteur si moins de 18 ans)
Date : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉQUIPE

(doit être rempli par un officiel de l'équipe)

Association : _____

Nom de l'équipe : _____

Officiel de l'équipe (en caractères d'imprimerie) : _____

Poste de l'officiel de l'équipe : _____

Signature : _____

Date : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE-MALADIE

À REMPLIR AU COMPLET SANS QUOI LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE SERA RETARDÉ

Occupation : Employé à temps plein Employé à temps partiel
Sans emploi Étudiant à temps plein

Employeur (s'il s'agit d'un mineur, indiquez l'employeur d'un parent) : _____

1. Êtes-vous couvert par un régime provincial d'assurance-maladie? Oui Non Province : _____

2. Êtes-vous couvert par une autre assurance? Oui Non
(Si « OUI », PRÉSENTEZ VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT À VOTRE ASSUREUR DE PREMIÈRE LIGNE.)

3. Une demande de règlement a-t-elle été présentée? Oui Non
(Si « OUI », VEUILLEZ NOUS FAIRE PARVENIR LE SOMMAIRE DES PRESTATIONS DE VOTRE ASSUREUR DE PREMIÈRE LIGNE.)

Indemnité payable à : Personne blessée Parent Équipe Autre : _____

APPROBATION DU MEMBRE



RAPPORT DE BLESSURE DE HOCKEY CANADA



Nom du participant blessé : _____

DÉCLARATION DU MÉDECIN

Médecin : _____ Adresse : _____ Tél. : (____) _____

Nom de l'hôpital/de la clinique : _____ Adresse : _____

Nature de la blessure : _____ Date de la première consultation : _____

Le demandeur souffrira d'une incapacité totale :
du : _____ au : _____

La blessure est-elle permanente et incurable? Non Oui

Pronostic de rétablissement :

Donnez les détails de la blessure (gravité) :

Est-ce qu'une maladie ou blessure préexistante a contribué à la blessure actuelle?
Non Oui (décrire) :

Le demandeur a-t-il été hospitalisé? Non Oui
(indiquer le nom et l'adresse de l'hôpital ainsi que la date de l'admission) :

Nom et adresse d'autres médecins ou chirurgiens traitants, le cas échéant :

Je certifie que les renseignements ci-dessous sont, à ma connaissance, exacts.

Signé : _____ Date : _____

DÉCLARATION DU DENTISTE

Couverture maximale : 1 250 \$ par dent, 3 000 \$ par accident.
Le traitement doit être complété dans les 52 semaines suivant l'accident.
(À compter du 1^{er} septembre 2018)

N° UNIQUE SPEC. N° DE DOSSIER DU PATIENT

Patient		
Nom	Prénom	
Adresse		
Ville	Province	Code postal

Dentiste
N° DE TÉL.

Je cède au dentiste nommé dans la présente les indemnités payables en vertu de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.

Signature du souscripteur

Réservé au dentiste - pour renseignements complémentaires, le diagnostic, les procédures ou autres considérations particulières

DUPLICATA

Je reconnais que les frais indiqués sur cette demande de règlement pourraient ne pas être couverts par le régime auquel je participe ou qu'ils pourraient n'être couverts qu'en partie. Il m'incombe donc de voir à ce que le 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 de règlement soient divulgués à l'assureur ou à l'administrateur du régime.

SIGNATURE DU (PATIENT/TUTEUR) _____ VÉRIFICATION DU CABINET _____

DATE DU TRAITEMENT JOUR/MOIS/AN	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DE LA DENT	SURFACES DE LA DENT	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABO	TOTAL DES FRAIS

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés S.E.O.
Remarque : toute indemnité est assujettie au paiement de la prime, aux dispositions du contrat et aux événements sanctionnés par Hockey Canada.
TOTAL DES HONORAIRES PRÉSENTÉS

Veuillez retourner le formulaire rempli à : **HOCKEY CANADA**
CENTRE RA
2451, PROMENADE RIVERSIDE
OTTAWA ON K1H 7X7
TÉL. : 613-696-0211
TÉLÉC. : 613-696-0787
HOCKEYCANADA.CA