



# 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	<b>Bassin :</b>	
Coude	Coude	Cuisse	Cuisse	Dents	Hanche	Aîne
Main/Doigt	Main/Doigt	Pied	Pied	<b>Autre :</b>		
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<sup>re</sup> période

2<sup>e</sup> période  
3<sup>e</sup> 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<sup>er</sup> septembre 2018)

N<sup>o</sup> UNIQUE SPEC. N<sup>o</sup> DE DOSSIER DU PATIENT

<b>Patient</b>		
Nom	Prénom	
Adresse		
Ville	Province	Code postal

<b>Dentiste</b>
N <sup>o</sup> 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 : **ASSOCIATION DE HOCKEY FÉMININ DE L'ONTARIO**  
225 WATLINE AVENUE TÉL. : (905) 282-9980  
MISSISSAUGA ON TÉLÉC. : (905) 282-9982  
L4Z 1P3 [INSURANCE@OWHA.ON.CA](mailto:INSURANCE@OWHA.ON.CA)  
[OWHA.ON.CA](http://OWHA.ON.CA)