



# RAPPORT D'ACCIDENT DE HOCKEY CANADA



**LES DEMANDES DE RÈGLEMENT DOIVENT ÊTRE PRÉSENTÉES DANS LES 90 JOURS SUIVANT LA BLESSURE. DATE DE LA BLESSURE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

**Voir au verso pour l'adresse postale**

**PARTICIPANT BLESSÉ :**  Joueur  Dirigeant de l'équipe  Officiel du match  Spectateur

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexe: (M) (F)

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville / Village \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Parent / Tuteur : \_\_\_\_\_

*Le formulaire doit être rempli au complet, faute de 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.*

### DIVISION:

- Initiation  Novice  Atome  Pee wee  
 Bantam  Midget  Juvénile  Junior  
 Senior  Adult réc.  Autre \_\_\_\_\_

### CLASSE:

- AAA  AA  A  B  BB  C  CC  
 D  DD  E  Maison  Majeur  Mineur

**PARTIE DU CORPS BLESSÉE : \* consulter le site Web de Hockey Canada pour un questionnaire optionnel \* [www.hockeycanada.ca](http://www.hockeycanada.ca)**

- | <u>Tête</u>                              | <u>Dos</u>                      | <u>Tronc</u>                      | <u>Bras</u>                      | <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit | <u>Pelvis</u>                       | <u>Jambe</u>                    | <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Région des yeux | <input type="checkbox"/> Visage | <input type="checkbox"/> Cou      | <input type="checkbox"/> Côtés   | <input type="checkbox"/> Épaule                                | <input type="checkbox"/> Main/Doigt | <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> Cuisse                                 |
| <input type="checkbox"/> Dents           | <input type="checkbox"/> Haut   | <input type="checkbox"/> Poitrine | <input type="checkbox"/> Bras    | <input type="checkbox"/> Avant-bras/Poignet                    | <input type="checkbox"/> Aine       | <input type="checkbox"/> Genou  | <input type="checkbox"/> Orteil                                 |
| <input type="checkbox"/> Gorge           | <input type="checkbox"/> Crâne  | <input type="checkbox"/> Bas      | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Coude                                 | <input type="checkbox"/> Clavicule  | <input type="checkbox"/> Tibia  | <input type="checkbox"/> Autre                                  |

### NATURE DE LA BLESSURE :

- Commotion  Déchirure  Fracture  Foulure  Entorse  
 Contusion  Dislocation  Séparation  Blessure aux organes internes

### SOINS SUR PLACE :

- Soins sur place seulement  
 A refusé des soins  
 Transporté à l'hôpital :  Ambulance  Automobile

**CONDITIONS DANS LESQUELLES LA BLESSURE EST SURVENUE : Nom de l'aréna/endroit : \_\_\_\_\_**

- Hors-concours/Saison régulière  Éliminatoires/Tournoi  Séance d'entraînement  Essais  Autre  
 Échauffement  1<sup>e</sup> période  2<sup>e</sup> période  3<sup>e</sup> période  Prolongation \_\_\_\_\_  
 Entraînement sur terrain sec  Symptômes progressifs  Autre sport  Autre : \_\_\_\_\_

**Le joueur blessé jouait-il dans la ligue ou au niveau approprié à son âge ?  Oui  Non**

**S'agissait-il d'une activité de hockey sanctionnée par Hockey Canada?  Oui  Non**

### RAISON DE LA BLESSURE :

- Frappé par une rondelle  Collision dans un espace libre  Mise en échec par derrière  
 Collision avec la bande  Coup de bâton  
 Bataille  Collision avec le filet  Chute sur la glace  
 Collision avec un adversaire par derrière  Coup aveugle

### ENDROIT :

- Zone défensive  Zone offensive  Zone neutre  
 Derrière le filet  3 pi de la bande  Endroit réservé aux spectateurs  
 Stationnement  Vestaire  
 Banc  Autre: \_\_\_\_\_

### ÉQUIPEMENT PORTÉ AU MOMENT DE LA BLESSURE :

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

### RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

- Le joueur a-t-il déjà subi une telle blessure ?  Oui  Non  
 Si oui, il y a combien de temps de cela ? \_\_\_\_\_  
 Une punition a-t-elle été imposée en raison de l'incident ?  Oui  Non  
 Absence prévue du hockey?  1 semaine  1-3 semaines  3+ semaines

### DÉCRIRE COMMENT L'ACCIDENT EST SURVENU :

**(Annexer une page si nécessaire)**

Pour l'évaluation de ma demande de règlement, j'autorise tout professionnel de la santé, tout établissement de santé ou autre organisme public ou privé détenant des renseignements personnels à mon sujet ou au sujet de ma famille à les révéler à Hockey Canada ou à son mandataire autorisé. Une photocopie de cette autorisation sera aussi valable que l'original.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(Parent/tuteur si moins de 18 ans)

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉQUIPE : (doit être rempli par un officiel de l'équipe)

Association : \_\_\_\_\_ Nom de l'équipe : \_\_\_\_\_

Dirigeant de l'équipe (lettres moulées) : \_\_\_\_\_ Fonction du dirigeant de l'équipe : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE-MALADIE :

#### CETTE PARTIE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE POUR ÉVITER UN DÉLAI

Occupation:  Employé à temps complet  Employé à temps partiel  Sans emploi  Étudiant à temps complet  
Employeur (si mineur, indiquer l'employeur du parent) : \_\_\_\_\_

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

2. Avez-vous d'autres assurances ?  Oui  Non (si oui, veuillez soumettre votre demande de règlement à votre premier assureur)

3. Une demande de règlement a-t-elle été présentée ?  Oui  Non (si oui, veuillez transmettre le sommaire des garanties de votre premier assureur)

Indemnités payables :  Blessé  Parent  Équipe  Autre : \_\_\_\_\_

**APPROBATION DE LA BRANCHE**

**DÉCLARATION DU MÉDECIN**

Médecin : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_ Tél.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital / la clinique : \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Nature de la blessure : \_\_\_\_\_ Date de la première consultation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Le bénéficiaire souffrira d'incapacité totale  
 \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

La blessure est-elle permanente et inguérissable ?  Non  Oui

Donner les détails de la blessure (degré) : \_\_\_\_\_

Pronostic de rétablissement : \_\_\_\_\_

Est-ce qu'une maladie ou blessure préexistante a contribué à la blessure actuelle?  Non  Oui (décrire) : \_\_\_\_\_Le bénéficiaire a-t-il été hospitalisé ?  Non  Oui (nom et adresse de l'hôpital, date d'admission) : \_\_\_\_\_

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

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts, au meilleur de ma connaissance,

Signé : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION DU DENTISTE**Couverture maximale : 1 000 \$ par dent, 2 000 \$ par accident  
Le traitement doit être complété dans les 52 semaines suivant l'accident

NO UNIQUE SPÉC. NO OFFICIEL DU DOSSIER DU PATIENT

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.

P NOM PRÉNOM  
 A \_\_\_\_\_  
 T \_\_\_\_\_  
 I ADRESSE APT. \_\_\_\_\_  
 E \_\_\_\_\_  
 N \_\_\_\_\_  
 T VILLE PROV. CODE POSTAL \_\_\_\_\_

D  
E  
N  
T  
I  
S  
T  
E

NO DE TÉL. \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU PARTICIPANT \_\_\_\_\_

RÉSERVÉ À L'USAGE DU DENTISTE – POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC OU LES ACTES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

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'INCOMBRE 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.

DUPLICATA 

SIGNATURE DU (PATIENT/TUTEUR) \_\_\_\_\_

VÉRIFICATION PAR LE CABINET \_\_\_\_\_

DATE DU TRAITEMENT JR / MO. / AN	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DE LA DENT	SURFACE 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.

**TOTAL DES HONORAIRES  
PRÉSENTÉS**

REMARQUE: Toute indemnité est assujettie au paiement de la prime, aux dispositions du contrat et aux événements sanctionnés par Hockey Canada.

**Envoyer le formulaire complété à :**  
**Hockey Québec****4545, av. Pierre De Coubertin, C.P. 1000, Succ. M, Montréal, QC H1V 3R2**  
**Tél.: 514-252-3079 Télécopieur: 514-252-3158**