



## Information réclamation Assurance Hockey Canada

Pour obtenir des informations sur les assurances de Hockey Canada pour la saison 2012-2013, veuillez consulter les documents suivants sur notre site Internet à : [www.hockey.qc.ca](http://www.hockey.qc.ca) dans l'onglet rouge « **Assurances** ».

### **ASSURANCES ACCIDENTS ET RESPONSABILITÉ CIVILE**

Le document « La sécurité un travail d'équipe », dans lequel vous trouverez les informations relatives pour les adhérents aux programmes d'assurances, le formulaire d'accident de Hockey Canada.

- ✓ **La sécurité : Un travail d'équipe – La sécurité pour tous** (document PDF)  
Partie assurance accident seulement p. 39 à 55
- ✓ **La sécurité : Un travail d'équipe – La sécurité pour tous** (document PDF)
- ✓ **Rapport de blessure de Hockey Canada : (français – anglais)** (document PDF)  
Complétez toutes les sections du rapport de blessure de Hockey Canada (2 pages) et n'oubliez pas de faire signer le rapport par les parents pour les joueurs âgés de moins de 18 ans (signature obligatoire). La section **RENSEIGNEMENT SUR L'ÉQUIPE** doit également être complétée et signée par un officiel de l'équipe (président, gérant, entraîneur-chef). Assurez-vous que toutes les sections sont complétées avant de le faire parvenir à Hockey Québec soit par télécopieur (**si vous avez déjà fait parvenir à vos assurances primaires**) ou par courrier à **Hockey Québec si vous n'avez pas d'assurance primaire**.  
Dans votre envoi, vous devez soumettre le rapport de blessure dûment complété accompagné de toutes les factures, et reçus originaux (si vous n'avez pas d'assurance primaire) et ce, dans les 90 jours suivant la date de l'accident.

### **IMPORTANT:**

- Seuls les formulaires de rapport de blessure reçus à Hockey Québec dans les 90 jours suivant la date de l'accident seront acceptés.
- Hockey Canada est strictement un assureur complémentaire en vertu du programme de fiducie de prestations-maladie (frais médicaux et dentaires majeurs). Si vous avez accès à toute autre assurance, vous devez d'abord présenter votre demande de règlement en vertu de cette assurance. Hockey Canada remboursera les frais qui ne sont pas assurés par votre assurance primaire jusqu'à concurrence des limites fixées dans sa police.
- Hockey Canada ne couvre pas les frais provenant de cliniques privées MRI/Médical comme des services hospitaliers pour lesquels des prestations ne sont pas offerts par tout plan d'assurance d'hôpital du Gouvernement fédéral ou provincial administré par la province dans laquelle la personne assurée réside, qu'ils soient payés ou non.

### **ASSURANCE DES ADMINISTRATEURS ET DIRIGEANTS**

Pour obtenir de plus amples informations sur le document, nous vous invitons à vous référer à notre site Internet  **dans l'onglet rouge « Assurances »**. De plus, veuillez prendre note que **vous devez consulter que la section B** du document.

### **HOCKEY CANADA – POUR LA GESTION DU RISQUE ET LA SÉCURITÉ / ÉVÉNEMENTS SANCTIONNÉS**

Pour tous ceux qui désirent obtenir de l'information en regard d'une demande de certificat d'assurance pour les événements sanctionnés :

- ✓ Document « Hockey Canada – Pour la gestion du risque et la sécurité / Événements sanctionnés (français – anglais)
- ✓ Formulaire de demande de certificat d'assurance

### **POUR PLUS D'INFORMATIONS, VEUILLEZ CONTACTER :**

**Francine Deschênes**

Hockey Québec

7450, boul. Les Galeries d'Anjou suite 210

Montréal (Québec) H1M 3M3

Bureau : 514-252-3079 poste 3905

Télécopieur : 514-252-3158

Courriel : [assurances@hockey.qc.ca](mailto:assurances@hockey.qc.ca)



# RAPPORT DE BLESSURE DE HOCKEY CANADA

PAGE 1/2



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.

**Obligatoire:** La demande de règlement doit être présentée dans les 90 jours suivant la date de l'accident. Date de l'accident : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Jour Mois An  
**OBLIGATOIRE**

**PARTICIPANT BLESSÉ :**  Joueur  Officiel d'équipe  Officiel du match  Spectateur (Membre de Hockey Canada)

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexe :  M  F  
Jour Mois An

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Tél. : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Parent/Tuteur : \_\_\_\_\_ Email/Courriel : \_\_\_\_\_

- DIVISION**
- Pee-wee  Bantam  Junior  Hockey Luge
- Initiation  Novice  Midget  Senior  Collégial/Universitaire
- Atome  Juvénile  Récr. adulte  Pré-Novice

- CLASSE**
- AAA  AA  A  B  C  Espoir
- BB  CC  1  Autre \_\_\_\_\_

## PARTIE DU CORPS BLESSÉE

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

## NATURE DE LA BLESSURE

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

## SOINS SUR PLACE

- Soins sur place seulement  A refusé les soins

- Envoyé 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

Est-ce que le joueur blessé évoluait 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  Derrière le filet  Stationnement  Autre : \_\_\_\_\_
- Zone offensive  1 m de la bande  Vestiaire
- Zone neutre  Aire des spectateurs  Banc

## ÉQUIPEMENT PORTÉ LORS DE LA BLESSURE

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

## RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Est-ce que le joueur a 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  + 3 semaines

## DÉCRIRE LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

(annexer une feuille au besoin)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SIGNATURE (OBLIGATOIRE)

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)

## 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 du participant :  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

de la division

