

**Preuve de sinistre**  
**Assurance collective contre**  
**Les risques de sport**  
**NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE**



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**REMARQUE : Si l'accident a causé des dommages aux dents, veuillez remplir la demande de règlement concernant l'assurance dentaire en cas d'accident (17180F)**

1. NOM ET PRÉNOMS DE L'ASSURÉ		DATE DE NAISSANCE	
1A. SI VOUS ÊTES MINEUR, INDIQUEZ LES NOM ET PRÉNOMS D'UN DES PARENTS OU DU TUTEUR.		2. NOM DE L'ÉQUIPE DONT VOUS FAISIEZ PARTIE	SPORT
3. QUELLE EST VOTRE PROFESSION?		EMPLOYEUR : _____ FONCTIONS : _____	
4. DATE DE L'ACCIDENT		DATE DU PREMIER TRAITEMENT	
5. LIEU DE L'ACCIDENT			
6. DESCRIPTION DÉTAILLÉE DE L'ACCIDENT			
7. L'ACCIDENT EST SURVENU AU COURS D'UNE PRATIQUE <input type="checkbox"/> OU D'UNE PARTIE <input type="checkbox"/>		LIEU OÙ LA PRATIQUE S'EST DÉROULÉE	
8. GENRE DE BLESSURE			
9. NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN			
10. DATES DE TOUS LES TRAITEMENTS	À DOMICILE	AU CABINET	À L'HÔPITAL
11. QUELLES AUTRES ASSURANCES HOSPITALISATION OU MALADIE DÉTENEZ-VOUS?	1.	2.	
12. SI AU MOINS UNE DENT EST ENDOMMAGÉE À LA SUITE DE L'ACCIDENT, RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES :	A) NOMBRE DE DENTS ENDOMMAGÉES _____ B) ÉTAIENT-ELLES COMPLÈTES OU SAINES? _____ C) COMBIEN DE CES DENTS ÉTAIENT OBTURÉES? _____ D) COMBIEN DE CES DENTS N'ÉTAIENT PAS SAINES? _____		
DATE _____	SIGNATURE _____		
TÉLÉPHONE _____	ADRESSE _____		

**Certificat du gérant de l'équipe ou d'un membre de la direction**

NOM DE L'ÉQUIPE	POLICE N° <b>009219782</b>	
NOM DE LA LIGUE OU DE L'ASSOCIATION	GENRE DE SPORT	
LE JOUEUR SUSMENTIONNÉ ÉTAIT-IL UN MEMBRE ACTIF DE L'ÉQUIPE AU MOMENT DE L'ACCIDENT?	À QUELLE DATE S'EST-IL JOINT À L'ÉQUIPE?	
L'ACCIDENT EST-IL SURVENU LORS D'UNE PRATIQUE OU D'UNE PARTIE?	A) PRATIQUE	B) PARTIE
SIGNATURE _____	FONCTION AU SEIN DE L'ÉQUIPE _____	
ADRESSE _____	TÉLÉPHONE _____	

