



# Preuve du sinistre – assurance scolaire

Bien répondre à toutes les questions, c'est nous aider à mieux vous servir.

**Directives.** L'élève ou l'étudiant assuré remplit la « Déclaration du demandeur », l'administration scolaire, la section lui étant réservée au bas de la page 1 et le médecin traitant, la « Déclaration du médecin traitant » de la page 2.

**Important.** S'il s'agit de soins dentaires, il faut remplir le formulaire « Soins dentaires en cas d'accident ». L'assuré doit tout d'abord envoyer sa demande à l'assureur de tout autre régime d'assurance maladie; si les frais ne sont pas remboursés intégralement, il fait alors parvenir à AXA Assurances Inc. tous les Relevés de prestations. Conservez une copie des factures de soins médicaux, car nous ne vous retournerons pas l'original.

Nota - Vous pouvez remplir le formulaire au stylo (en majuscules). Il faut cependant que TOUTES les parties signent et datent l'ORIGINAL avant que vous ne l'envoyiez, en y joignant les factures ORIGINALES, à l'un des bureaux suivants de AXA Assurances Inc. :

2020, rue University, bureau 700, Montréal (Québec) H3A 2A5

1075 Bay Street, Toronto (Ontario) M5S 2W5

645 – 7<sup>th</sup> Avenue S.W., suite 1400, Calgary (Alberta) T2P 4G8

Nous n'acceptons pas les copies, les télécopies et les courriels.

## Déclaration du demandeur

Police n° \_\_\_\_\_

1. Nom et prénom de l'assuré \_\_\_\_\_ 2. Date de naissance J M A \_\_\_\_\_

3. S'il est mineur, nom et prénom d'un des parents ou du tuteur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

4. Résident canadien  Oui  Non

5. Nom du conseil ou de la commission scolaire \_\_\_\_\_

6. Date de l'accident J M A \_\_\_\_\_

7. Lieu de l'accident \_\_\_\_\_

8. Description de la blessure \_\_\_\_\_

9. Description détaillée de l'accident \_\_\_\_\_

10. Date du premier traitement J M A \_\_\_\_\_

11. Nom et prénom du médecin \_\_\_\_\_ Téléphone ( ) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

12. Dates du traitement

Domicile J M A \_\_\_\_\_

Cabinet médical J M A \_\_\_\_\_

Hôpital J M A \_\_\_\_\_

Domicile J M A \_\_\_\_\_

Cabinet médical J M A \_\_\_\_\_

Hôpital J M A \_\_\_\_\_

Domicile J M A \_\_\_\_\_

Cabinet médical J M A \_\_\_\_\_

Hôpital J M A \_\_\_\_\_

13. Nom de l'hôpital, s'il y a lieu \_\_\_\_\_

14. Date du traitement à l'hôpital J M A \_\_\_\_\_

15. Autres régimes d'assurance (hospitalisation, maladie, soins dentaires)  Oui  Non

Nom du régime et numéro de police \_\_\_\_\_

J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements précédents sont exacts et complets.

Signature (père, mère ou tuteur si l'assuré est mineur) \_\_\_\_\_ Téléphone ( ) \_\_\_\_\_ J M A \_\_\_\_\_  
Date

Adresse \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

**Veillez joindre au présent formulaire l'« Autorisation de collecte et de divulgation de renseignements personnels ».**

## Déclaration de l'administration scolaire

1. Nom de l'école \_\_\_\_\_

2. Adresse \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

3. Date d'effet de l'assurance de l'élève ou de l'étudiant J M A \_\_\_\_\_

Signature de l'administrateur scolaire \_\_\_\_\_

Nom (en majuscules) \_\_\_\_\_

Titre ou poste officiel \_\_\_\_\_

Police n° \_\_\_\_\_

Téléphone ( ) \_\_\_\_\_

Date J M A \_\_\_\_\_

1. Nom du patient \_\_\_\_\_
2. Date de naissance J M A \_\_\_\_\_
3. Diagnostic de l'affection actuelle \_\_\_\_\_
  - a) Principal \_\_\_\_\_
  - b) Secondaire (le cas échéant) \_\_\_\_\_
4. Date des examens J M A J M A J M A \_\_\_\_\_
5. À votre connaissance :
  - a) Quelle est la date de l'accident ou de l'apparition des symptômes? J M A \_\_\_\_\_
  - b) Le patient a-t-il déjà présenté une affection de cette nature?  Oui  Non  
 Dans l'affirmative, donnez la date et précisez. \_\_\_\_\_
6. Nom de l'hôpital, s'il y a lieu \_\_\_\_\_
 

Date d'admission	J	M	A	Heure	_____
Date de sortie	J	M	A	Heure	_____
7. Nature de l'opération, s'il y a lieu \_\_\_\_\_
8. Nom du médecin qui vous a adressé le patient \_\_\_\_\_
9. Envoi du patient chez un spécialiste  Oui  Non  
 Dans l'affirmative, précisez. \_\_\_\_\_
10. Envoi du patient chez un physiothérapeute  Oui  Non  
 Dans l'affirmative, donnez la date. J M A \_\_\_\_\_  
 Durée et fréquence du traitement \_\_\_\_\_
11. À votre connaissance, quelle a été ou quelle sera la durée de l'invalidité totale (incapable de fréquenter l'école) du patient?  
 Du J M A au J M A inclusivement
12. S'il est toujours invalide, quand le patient pourra-t-il reprendre les cours? J M A \_\_\_\_\_  
 En cas d'incertitude, de combien de temps le patient a-t-il encore besoin? \_\_\_\_\_ semaines supplémentaires  
 Quelle a été ou quelle sera la durée de l'invalidité partielle (fréquentation de l'école à temps partiel) du patient?  
 Du J M A au J M A inclusivement

Nom du médecin (en majuscules) \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Rue	Ville	Province	Code postal
-----	-------	----------	-------------

Téléphone ( ) \_\_\_\_\_ Date J M A \_\_\_\_\_

*Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire, les frais étant à sa charge.*