

En fournissant cette formule, la Compagnie n'admet aucune responsabilité et ne renonce à aucun de ses droits. À remplir et à retourner dans les quinze jours.



BFL Canada Inc.

Le groupe de compagnies Lorenzetti / The Lorenzetti Group of Companies



2001 McGill College Suite 2200, Montréal,
Québec, H3A 1G1

Tél: (514) 843-3632 / 1-800-465-2842

Fax: (514) 843-8280 / (514) 843-3842

Courriel: reclamations@BFL87.ca

DEMANDE DE RÉGLEMENT ASSURANCE – ACCIDENT
PRIÈRE DE DÉPOSER LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À SPORT PEI

TITULAIRE DE LA POLICE COLLECTIVE SPORT PEI	NOM DE VOTRE CLUB et SPORT	No. DE POLICE E2PA000100	No. DE CERTIFICAT
NOM AU COMPLET DE L'ASSURÉ	ADRESSE	VILLE	PROVINCE
DATE DE NAISSANCE	TAILLE & POIDS	ÉTAT CIVIL	TÉLÉPHONE
PROFESSION AVANT L'INVALIDITÉ	FONCTIONS	GAINS MENSUELS	GAINS HEBDOMADAIRES

1	Donnez tous les détails sur la blessure ou la maladie dont vous souffrez actuellement. Si c'est une blessure dites quand, où et comment elle s'est produite.	MALADIE <input type="checkbox"/> BLESSURE <input type="checkbox"/>
2 A	Ce même état ou un état semblable, s'est-il déjà produit chez vous précédemment?	OUI <input type="checkbox"/> état(s): _____
B	Si oui, décrivez-en la nature, les dates de traitement ainsi que les noms et adresses des médecins traitants des hôpitaux et des cliniques	NON <input type="checkbox"/> Dates: _____

3 A	Donnez la date exacte à laquelle la maladie est survenue ou l'accident s'est produit.	A Date: _____
B	Quand avez-vous consulté un médecin pour cet état pour la première fois?	B Date: _____
C	Quand êtes-vous devenu totalement invalide (incapable de travailler)?	C Date: _____
D	Quand êtes-vous redevenu capable d'exercer partiellement les fonctions propres à votre profession?	D Date: _____
E	Quand êtes-vous redevenu capable d'exercer toutes les fonctions propres à votre profession?	E Date: _____
F	Si vous êtes totalement invalide, quand pensez-vous que cette invalidité se terminera?	F Date: _____

4	Hôpitaux (Donnez les noms au complet avec les adresses, ainsi que les dates d'hospitalisation.)	NOMS	ADRESSES	DU	AU
5 A	Donnez les noms, adresses et numéros de téléphone de tous les médecins traitants.	NOMS	ADRESSES	Nos. DE TÉLÉPHONE	
B	Donnez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre médecin de famille habituel				
6	Par quelle autre assurance êtes-vous couvert contre les accidents, la maladie ou l'invalidité, et qu'elles sont les autres organisations ou compagnies qui vous ont payé des indemnités pour maladie ou blessures?	NOMS	ADRESSES	PRESTATION	
7	Autres traitements médicaux ou chirurgicaux subis au cours des 5 dernières années? (Donnez les dates, la nature de la maladie ou de la blessure ainsi que les noms et adresses de tous les médecins traitants, hôpitaux et cliniques).				
8	Noms et adresses des employeurs, durée d'emploi chez chacun d'eux.	NOMS	ADRESSES	DU	AU

J'autorise par les présentes tout hôpital, tout médecin ou toute autre personne m'ayant soigné, ainsi que tout employeur, à fournir à Première Underwriting Services ou ses représentants, des renseignements complets sur toute maladie ou blessure, tous antécédents médicaux, consultations, ordonnances ou traitements, ainsi que des copies des dossiers d'hôpital, médicaux ou d'employeurs. Je conviens qu'une photocopie de la présente autorisation aura la même valeur que l'original.

Approuvé par:

Date: _____
Signez votre nom
au complet _____

Signature d'un membre autorisé