RÉCLAMATIONS D'ASSURANCE POUR LES LIGUES DE CADETS

Procédure – Les réclamations doivent être présentées dans les 30 jours suivant la date de la blessure. S.V.P. répondre à toutes les questions au complet et soumettre le formulaire complété avec les reçus originaux au Bureau National de la ligue auquel appartient le cadet.

À ÊTRE COMPLETÉ PAR LE DEMANDEUR

Nom: _____ Prénom(s): : _____

Adresse complète: _____

_____

Date de l'accident: _____ Date de naissance: ____j____m_____a Sexe: ☐Masculin ☐ Féminin

Détails complets de l'accident (utiliser du papier supplémentaire au besoin):

_____

_____

_____

Quelles blessures avez-vous subies (utiliser du papier supplémentaire au besoin):

_____

_____

_____

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT VÉRIDIQUES ET COMPLETS.

Signature: _____ _____ _____

Demandeur Témoin Date

CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'OFFICIER

Cadet: _____ Corps/escadron de Cadet: _____

Est-ce que cette blessure est survenue durant une activité approuvée? ☐Oui ☐ Non

Nom de l'Officier: _____

Adresse de l'Officier: _____

_____Téléphone_____

Signature: _____ Date: _____

***** Tous les formulaires non complets peuvent être retournés*****
Veuillez faire compléter le verso de ce formulaire par le dentiste ou le médecin pour toutes blessures.

Autorisation Médicale/ Dentaire
Par la présente, j'autorise tout hopital, médecin, dentiste ou autre personne qui ont soignés ou examinés mes blessures à fournir toutes les informations pertinentes, incidents, historique médicale, historique dentaire, consultations, prescriptions ou traitements également toutes copies des records dentaires, médicaux ou d'hopital à la compagnie d'assurance. Une photocopie de cette autorisation sera considérée tout aussi valide que l'originale.

Date _____ Signature _____