



FORMULAIRE DE RÉCLAMATION D'ACCIDENT DE LA LIGUE

En cas de blessure accidentelle d'une personne couverte, ce formulaire devra être complété (3 copies) et transmis dans les plus brefs délais au Siège national de la Ligue des cadets de l'Air du Canada, au 201-1505 avenue Laperriere, Ottawa, ON K1Z 7T1. Toutes les réclamations doivent être rapportées dans un délai de 30 jours suivant la date de l'accident. Pour plus d'informations, veuillez appeler le 1-877- I CAN FLY (422-6359) .

À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE PRESTATAIRE OU LE TUTEUR/LA TUTRICE

Nom: _____ Prénom(s) _____
Grade ou poste: _____ Profession: _____
Adresse postale complète: _____ Code postal: _____
Date de l'accident: _____ Date de naissance: ____ / ____ / ____ Sexe: Masculin Féminin
D M Y

Détails complets de l'accident:

Nature des blessures :

Les blessures sont-elles légères ou sévères et durée probable de l'incapacité au travail?

Un médecin était-il présent? Si oui, veuillez indiquer le nom et l'adresse :

Si vous aviez été transporté à l'hôpital, indiquer lequel, et si vous étiez un patient hospitalisé ou externe :

Nom de l'officier ou de l'instructeur en charge : _____

Si vous réclamer pour des dépenses médicales ou autres, veuillez inscrire les détails ci-dessous :

(a) Déjà encourues: _____

(b) Anticipées: _____

Veuillez transmettre toutes autres copies de factures médicales acquittées ou non.

JE CERTIFIE PAR LA PRÉSENTE QUE LES INFORMATIONS INDIQUÉES SONT EXACTES ET COMPLÈTES.

Signé _____ Date: _____
(Tuteur/tutrice si âgé de moins de 18 ans)

À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR L'OFFICIER

Cadet: _____ Escadron cadet: _____

La blessure est-elle survenue lors d'une participation à une activité approuvée de cadets de l'air? Oui _____ Non _____

Nom de l'officier: _____

Adresse: _____ Téléphone: _____

Il est rappelé aux escadrons que la politique d'assurance de la Ligue des cadets de l'Air du Canada vise à compléter, et non à remplacer, les prestations médicales accordées par les Forces canadiennes ou/et par les services d'assurance en santé du gouvernement. Dans le cas d'un accident ou d'une blessure, les commandants d'escadrons doivent suivre les procédures décrites dans le QR & O, Chapters 34-35.

Signé: _____ Date: _____

*** LE FORMULAIRE VOUS SERA RETOURNÉ S'IL N'EST PAS DUMENT COMPLÉTÉ ***
VEUILLEZ DEMANDER À VOTRE DENTISTE OU MÉDECIN DE COMPLÉTER L'ENDOS DU FORMULAIRE POUR LES BLESSURES

AUTORITÉ MÉDICAL/DENTAIRE

J'autorise par la présente que tout hôpital, médecin, dentiste, ou autre personne qui était présente ou qui m'a examiné, de fournir à la compagnie d'assurance, toute information concernant toute maladie ou blessure, historique médical, historique dentaire, consultation, prescription ou traitement, et toute copie de dossiers dentaire, d'hôpital ou médical. Toute photocopie de la présente autorisation a même valeur que l'original.

Date: _____ Signé: _____

ACC30F (rev avril 2020)

(Tuteur/tutrice si âgé de moins de 18 ans)

