



Compagnies membres du American International Group, Inc.

Service des règlements accidents et maladie
 145, rue Wellington Ouest
 Toronto (Ontario) M5J 1H8
 Téléphone : (416) 596-4005
 Télécopieur : (416) 596-4067

DÉCLARATION DU DEMANDEUR - EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE S.V.P.

L'Association des Scouts du Canada SRG 9112543

Nom de famille du demandeur :	Prénom du demandeur :	
Adresse (Numéro et rue)		
Numéro d'appartement/unité	Numéro de téléphone : ()	
Ville	Province	Code postal
Date de naissance : J / M / A	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme

1. Date de l'accident : _____ Date des premiers soins médicaux : _____
2. Tous les détails de l'accident : _____
3. Quelles étaient les blessures : _____
4. Nom et adresse du médecin de famille : _____
5. Nom et adresse des témoins de l'accident : _____
6. Nom et adresse des chirurgiens ou des spécialistes qui ont prodigué des soins à la suite de cet accident : _____
7. Veuillez indiquer les dates de l'invalidité totale qui vous a empêché d'effectuer l'emploi que vous exerchiez avant l'accident (veuillez inclure une attestation médicale à l'appui de votre incapacité) Du : _____ Au : _____

AVIS RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : Je comprends que les renseignements fournis par moi dans le présent formulaire et autrement dans le cadre de demande de règlement sont requis par American Home Assurance Company, ses réassureurs et administrateurs autorisés (« l'assureur ») afin d'évaluer mon admissibilité aux prestations, y compris mais non de façon limitative, afin de déterminer si la couverture est en vigueur, d'étudier si des exclusions s'appliquent et de coordonner la couverture avec autre assureur. À ces fins, l'assureur consultera également ses dossiers d'assurance actuels à mon sujet, recueillera des renseignements supplémentaires à mon sujet et de ma part lorsque requis, obtiendra et échangera des renseignements avec d'autres parties. **ATTESTATION :** Les renseignements fournis dans le présent formulaire et autrement relativement mes demandes de règlement sont, au meilleur de ma connaissance, exacts et complets. En cas d'une fausse déclaration ou de renseignements de nature à induire en erreur en remplissant le présent formulaire, la couverture peut être résiliée, le versement des prestations peut être refusé et le versement des prestations passé peut être recouvré. Je conviens rembourser à l'assureur le montant de tout versement qui n'aurait pas dû avoir été effectué relativement à ma demande. **AUTORISATION :** J'autorise, pour une période d'au plus douze mois et d'au plus vingt-quatre mois à partir de la date de la signature du présent formulaire, tout médecin, praticien, fournisseur de soins de la santé, hôpital, établissement santé, organisme médical, toute clinique et tout autre établissement médical ou relié à la médecine, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute commission des accidents travail ou tout régime ou organisme semblable, l'administrateur de tout régime d'assurance, tout service du gouvernement fédéral, territorial ou provincial ou toute autre corporat organisation, institution ou association à divulguer et à échanger avec American Home Assurance Company ou ses représentants, toute information sur la santé personnelle, le versement des prestations ou les finances à mon sujet ou toute autre information ou dossier à mon sujet en leur possession qui pourrait être demandé en rapport avec l'administrata la présente demande de règlement.

Je conviens qu'une copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

DATE : _____ Signature du demandeur : _____

**** VEUILLEZ DEMANDER À VOTRE MÉDECIN DE REMPLIR LE VERSO DE CE FORMULAIRE. ****

DÉCLARATION DU MÉDECIN – EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE S.V.P.

Nom du patient :

Description complète de la blessure subie :

DATE

des premiers
soins :

J / M / A

de la perte
actuelle :

J / M / A

Est-ce que la perte est permanente et irrémédiable ? Veuillez indiquer le degré de perte.

Est-ce qu'une maladie quelconque ou une blessure précédente a contribué à la perte ? () Non () Oui – Si oui, veuillez préciser.

Est-ce que le demandeur a été hospitalisé ? () Non () Oui – Si oui, veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'hôpital et la date d'admission.

Nom et adresse de tout autre médecin ou chirurgien, le cas échéant, qui a traité le demandeur.

J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS SONT, À MA CONNAISSANCE, EXACTS.

DATE : _____ SIGNATURE : _____ (M.D.)

ADRESSE : _____