



# RÉCLAMATIONS D'ASSURANCE POUR LES LIGUES DE CADETS

NAVY LEAGUE  LIGUE NAVALE

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: \_\_\_\_\_ Sexe:  Masculin  Féminin

Détails complets de l'accident:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quelles blessures avez-vous subies:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_

\*\*\* 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 hôpital, 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'hôpital à la compagnie d'assurance. Une photocopie de cette autorisation sera considérée tout aussi valide que l'originale.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_