

ASSURANCE POUR SPORTS MOTORISÉS



DIRECTIVES EN CAS D'INCIDENT

**Ce document a été adapté
aux rallyes sanctionnés par CARS**

1336 Sandhill Drive • Unit 4 • Ancaster, Ontario • L9G 4V5

www.StoneRidgeSpecialty.ca

RENONCIATION ET DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ

VOTRE ASSURANCE EXIGE QUE TOUTES LES PERSONNES QUI ENTRENT DANS UNE ZONE À ACCÈS RESTREINT LISENT, REMPLISSENT ET SIGNENT LE FORMULAIRE DE RENONCIATION ET DE DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ. NOUS VOUS PRIONS DE SUIVRE CES INSTRUCTIONS POUR QUE VOTRE POLICE RESTE VALIDE. OMETTRE DE REMPLIR LE FORMULAIRE DE RENONCIATION ET DE DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ ANNULERA CERTAINES CLAUSES IMPORTANTES DE LA POLICE.

1. **N'UTILISER SEULEMENT QUE LES FORMULAIRES DE RENONCIATION ET DE DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ FOURNIS PAR CARS, QUI SE TROUVENT ICI :**

<https://carsrally.ca/documents/insurance/> OU <https://carsrally.ca/fr/documents/insurance/>

2. **FAIRE EN SORTE QUE TOUT LE FORMULAIRE SOIT À LA VUE DU SIGNATAIRE.**
Ne repliez pas les formulaires par-dessus la planche à pince ! Ainsi, il est plus difficile pour les signataires de dire qu'ils ne pouvaient pas lire ou n'avaient pas le loisir de lire le formulaire avant de le signer.
3. **MANIPULER ET RANGER TOUS LES FORMULAIRES AVEC SOIN.**
Assurez-vous que chaque formulaire de renonciation et de dégage­ment de responsabilité est dûment signé et daté. Ne pas plier ces formulaires lorsque vous les rangez. Utiliser une chemise de format légal. Ne rien marquer sur les formulaires, ne pas y inscrire de notes, ni surligner les noms.
4. **FAIRE REMPLIR LE FORMULAIRE DE DE RENONCIATION ET DE DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ PAR LES BÉNÉVOLES.**
Après s'être inscrit, le bénévole doit signer et inscrire la date sur le formulaire.
5. **S'ASSURER QU'UN OFFICIEL PEUT EXPLIQUER DANS SA LANGUE CE QUI EST ÉCRIT SUR LE FORMULAIRE.**
Exemple : « Voici un formulaire de renonciation. Il signifie que vous entrez dans une zone à accès restreint à vos propres risques et que vous acceptez toute responsabilité pour quoi qu'il vous arrive. »
6. **EXIGER DE TOUS LES PARTICIPANTS QU'ILS SIGNENT LE FORMULAIRE DE RENONCIATION ET DE DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ.**
Ne jamais passer la planche à pince à l'intérieur du véhicule pour une signature. Ne jamais permettre à quelqu'un de signer pour quelqu'un d'autre. S'assurer que tous écrivent leur nom au complet en lettres moulées et signent. Ceci vaut pour les officiels, les compétiteurs, les membres de l'équipe de service, les bénévoles, les médias et les commanditaires.
7. **NE JAMAIS PERMETTRE À DES MINEURS DE SIGNER LE FORMULAIRE POUR ADULTES.**
8. **S'ASSURER DE CONNAÎTRE ET DE RESPECTER LES PROCÉDURES À SUIVRE DANS LE CAS DU FORMULAIRE DE RENONCIATION ET DE DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ POUR MINEURS ET PARENTS.**
Assurez-vous que chaque mineur signe le formulaire pour mineur et assurez-vous que les deux parents le signent aussi. LES DEUX PARENTS. (On peut signer le formulaire sur une base annuelle.) Si les parents d'un mineur ne vivent pas ensemble ou habitent dans différentes villes, les deux doivent quand même signer le formulaire. Les compétiteurs mineurs auront donc plus de difficultés à participer. Assurez-vous que chaque mineur présente des pièces d'identité convenables lorsqu'il signe le formulaire – un permis de conduire ou un certificat de naissance. À chaque rallye, assurez-vous que le parent qui accompagne le mineur signe le formulaire pour adulte et que le mineur signe le formulaire pour mineur.
9. **FORMULAIRE DE RENONCIATION ET DE DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ SIGNÉ NUMÉRIQUEMENT**
Le formulaire de renonciation et de dégage­ment de responsabilité peut être signé numériquement et soumis par courriel, fax ou en personne à l'organisateur.
10. **FORMULAIRE DE RENONCIATION ET DE DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ SIGNÉ EN PERSONNE**
Le formulaire de renonciation et de dégage­ment de responsabilité peut être signé en personne devant témoin.
11. **CONSERVATION DES FORMULAIRES**
Les formulaires de renonciation et de dégage­ment de responsabilité doivent être conservés pendant sept (7) ans. Si l'organisateur ou le club ne peut les conserver de façon sécuritaire, prière de les envoyer au bureau de CARS.
12. **FORMULAIRES À UTILISER**
Les formulaires de renonciation et de dégage­ment de responsabilité marqués « Pour le Québec seulement » doivent être utilisés au Québec seulement et ceux marqués « Rest of Canada » seront utilisés ailleurs au Canada.

PROCÉDURES À SUIVRE LORS D'UN INCIDENT

Lors d'un rallye, quand quelqu'un est victime d'un incident – qu'il soit soigné par un bénévole, un compétiteur, un infirmier, un ambulancier ou quelqu'un d'autre du rallye, le blessé et la situation doivent être évalués et stabilisés jusqu'à ce qu'une ambulance arrive et prenne les choses en mains, ou jusqu'à ce que le blessé puisse être emmené à la salle des premiers soins pour soins et observation, ou jusqu'à ce que le blessé refuse les soins et choisisse de retourner au rallye sans autre forme de soins. Quel que soit le scénario et le soigneur, il y a beaucoup de choses à faire et à ne pas faire pendant qu'on s'occupe du blessé, entre autres :

- Ne pas accepter** ou même suggérer la responsabilité de l'incident.
- Ne pas faire** de promesses d'aucune sorte.
- Ne pas payer** ou dire que ses frais médicaux seront pris à charge.
- Ne pas donner** de renseignement sur votre police d'assurance.
- Ne pas recommander** de lieu médical à moins qu'on vous le demande.
- Ne pas afficher** un air d'ennui, d'irritation ou d'importance.
- Ne pas argumenter** avec le blessé ou accepter tout commentaire désobligeant de sa part.
- Ne pas laisser** le blessé sans surveillance jusqu'à ce qu'il soit pris en charge par du personnel de santé ou de sécurité de la façon préautorisée ou qu'il reçoive son congé à sa propre demande.
- Ne pas manquer** d'observer et de prendre note de toute circonstance importante.
- Ne pas hésiter** à corriger toute situation à risque (par exemple : un plancher mouillé) aussitôt que possible après avoir pris soin du blessé.
- Respecter** et porter une attention appropriée au blessé.
- Aider** l'organisation locale à obtenir et noter toute l'information pertinente à propos de l'incident sur le formulaire de rapport utilisé par ce rallye.
- Contacter** l'organisateur ou toute autre personne désignée pour qu'une enquête et des mesures alternatives soient lancées sans délai.
- Demander** au blessé ce qu'il pense qu'il s'est passé et noter son témoignage dans les mots qu'il a utilisés, si possible.
- Noter** au rapport si des circonstances observables corroborent ou réfutent ce que le blessé a déclaré.
- Noter** au rapport si le blessé est particulier énervé ou s'il se plaint de la cause de son accident.
- Traiter** toute plainte avec respect.
- Rapporter** l'incident à la Canadian Association of Rallysport – office@carsrally.ca
- En cas de décès, de blessure à un spectateur ou à un participant, appeler Kevin Besta chez Stoneridge Specialty au 1-226-318-1744 **ET** John Hall, président de CARS, au 1-780-720-3100 et Debbie Dyer au bureau de CARS au 1-855-640-6444 immédiatement et leur donner les détails.

FORMULAIRE CARS DE RÉCLAMATION ET D'INCIDENT

INFORMATION ET DIRECTIVES

Remplissez toutes les sections avec autant de détails que possible, ajoutez d'autres pages au besoin, et ajoutez-y copie du formulaire de renonciation, le rapport de l'observateur, etc. Prière de contacter la Canadian Association of Rallysport si vous voulez plus d'information.

1. Remplir un rapport d'incident pour :

TOUTE BLESSURE LORS D'UN RALLYE SANCTIONNÉ PAR CARS

Toute blessure physique, même une blessure de tissu mou. NOTE: Toutes les blessures encourues lors d'un rallye, quels que soient le lieu, le moment et la gravité, devraient être rapportées au bureau de CARS, des blessures mineures (piqûres d'abeille, coupures, éraflures, etc.), jusqu'aux blessures plus sérieuses.

TOUT DOMMAGE LORS D'UN RALLYE SANCTIONNÉ PAR CARS

Tout dommage physique à une propriété.

2. Obtenir les formulaires originaux de renonciation et de dégageant de responsabilité signés par les blessés. Ne pas envoyer les originaux tant qu'on ne les a pas demandés.
3. Pour toute blessure à un spectateur, décès, blessure grave à un participant, obtenir au moins deux (2) rapports de témoins oculaires.
 - a) Retourner le formulaire rempli accompagné des documents suivants :
Copie du formulaire de renonciation et de dégageant de responsabilité rempli et signé;
Copie du formulaire de renonciation pour mineur et du consentement parental, rempli et signé (s'il y a lieu);
 - b) Rapports écrits du personnel médical et d'urgence.

4. En cas de :

- ✓ DÉCÈS
- ✓ TOUTE BLESSURE À UN SPECTATEUR
- ✓ BLESSURE GRAVE À UN PARTICIPANT, QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE
- ✓ DANS LE DOUTE, APPELER :

John Hall, président de CARS

1-780-720-3100

StoneRidge Specialty Insurance

Tél.: 1-226-318-1744

ET

Canadian Association of Rallysport

Tél. : 1-855-640-6444

Note: Prière de rapporter toutes blessures, soupçons de blessures ou refus de soins immédiatement après le rallye.



Canadian Association of Rallysport
 Box 300
 Turner Valley, AB, T0L 2A0
 Phone: 1-855-640-6444
 Email: office@carsrally.ca
 Website: www.carsrally.ca

Rally Incident Report

Organizing Club: _____ Insurance Certificate #: _____

Date of Incident: _____ Time: _____

Region: _____ Location: _____

Location of Incident (check one) Stage Transit Service Park Other

Type of Event (check one)

- Performance/National Performance/Regional Performance/ One Road Rally Testing
 Rally Sprint Rally Cross Navigational Rally Rally School

Section 1 Incidents involving competition vehicles (provide separate list if necessary)

Car#	Class:		Make:	
Driver Name:				
Address:				
City:	Province:	Postal Code:		
Phone (day):	Phone (evening):			
Injuries:	<input type="checkbox"/> Head	<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Back	<input type="checkbox"/> Arms
	<input type="checkbox"/> Lacerations	<input type="checkbox"/> Contusion	<input type="checkbox"/> Break	<input type="checkbox"/> Burn
			<input type="checkbox"/> Fatality	<input type="checkbox"/> Other
Sent to Hospital? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (if yes please attach Release and Waiver with this report)				

Car#	Class:		Make:	
Co-Driver Name:				
Address:				
City:	Province:	Postal Code:		
Phone (day):	Phone (evening):			
Injuries:	<input type="checkbox"/> Head	<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Back	<input type="checkbox"/> Arms
	<input type="checkbox"/> Lacerations	<input type="checkbox"/> Contusion	<input type="checkbox"/> Break	<input type="checkbox"/> Burn
			<input type="checkbox"/> Fatality	<input type="checkbox"/> Other
Sent to Hospital? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (if yes please attach Release and Waiver with this report)				

Section 2- Incidents involving (check one, or provide a separate list if necessary)

- Official Competitor Service Crew Volunteer Worker
 Media Sponsor Spectator Other

Car#	Class:		Make:	
Name:				
Address:				
City:	Province:	Postal Code:		
Phone (day):	Phone (evening):			
Treated by event Medical? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Returned to Event? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Injuries:	<input type="checkbox"/> Head	<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Back	<input type="checkbox"/> Arms
	<input type="checkbox"/> Lacerations	<input type="checkbox"/> Contusion	<input type="checkbox"/> Break	<input type="checkbox"/> Burn
			<input type="checkbox"/> Fatality	<input type="checkbox"/> Other
Sent to Hospital? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (if yes please attach Release and Waiver with this report)				

Section 3 Property Damage

Owners Name:					
Address:					
City:		Province:	Postal Code:		
Phone (day):		Phone (evening):			
Property Description					
Damage & Description					

Section 4- Description of Incident

- Type of Incident Vehicle to Vehicle Vehicle to Object Vehicle to Person
 Spin Roll Trip/Fall
Check all that apply Course worker injury Mechanical Failure Pushing/Loading Vehicle
 Other

Details of Incident (use additional sheet of paper if necessary)

Course Conditions:	<input type="checkbox"/> Dry	<input type="checkbox"/> Wet	<input type="checkbox"/> Muddy
	<input type="checkbox"/> Gravel	<input type="checkbox"/> Ice or Snow	<input type="checkbox"/> Other
Course Situation:	<input type="checkbox"/> Hot Stage	<input type="checkbox"/> Cold Stage	<input type="checkbox"/> Transit
	<input type="checkbox"/> Other		
Emergency Equipment Used:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (if yes check all that apply)		
	<input type="checkbox"/> Ambulance	<input type="checkbox"/> Rescue Tools	<input type="checkbox"/> Fire Truck
	<input type="checkbox"/> Helicopter	<input type="checkbox"/> Tow Truck	<input type="checkbox"/> Fire Extinguisher

Section 6 Report Submission

Report Submitted by:					
Position at Event:					
Address:					
City:		Province:	Postal Code:		
Phone (day):		Phone (evening):			
Signature:					
Date:	Day:	Month:	Year:		

**In the event of serious injury, Death or Dismemberment to anyone, call
John Hall 1-780-720-3100 and CARS 855-640-6444**

Email report immediately to CARS office@carsrally.ca

Mail the original of this report with the original waiver, signed by all of the injured parties who were sent to hospital, to the CARS office.



Canadian Association of Rallysport
Box 300
Turner Valley, AB, T0L 2A0
Téléphone : 1-855-640-6444
Courriel : office@carsrally.ca
Site Web : www.carsrally.ca

Rapport d'incident de rallye

Club organisateur : _____ Certificat d'assurance n° : _____

Date de l'incident : _____ Heure : _____

Région : _____ Endroit : _____

Lieu de l'incident (n'en cocher qu'un) Spéciale Liaison Parc d'assistance Ailleurs

Genre d'événement (n'en cocher qu'un)

- Performance/National Performance/Régional Performance/ Un chemin Essai
 Rallye-Sprint Rallye-Cross Rallye de navigation École de pilotage

Section 1 Incidents concernant des véhicules de compétition (dresser une liste séparée au besoin)

Voiture #	Classe :			Marque :		
Nom du pilote :						
Adresse :						
Ville :		Province :		Code postal :		
Téléphone (jour):			Téléphone (soir):			
Blessures : <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Jambes <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Lacérations <input type="checkbox"/> Contusions <input type="checkbox"/> Fractures <input type="checkbox"/> Brûlures <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Autre						
Envoyé à l'hôpital ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, inclure les documents de congé et de renonciation)						

Voiture #	Classe :			Marque :		
Nom du pilote :						
Adresse :						
Ville :		Province :		Code postal :		
Téléphone (jour):			Téléphone (soir):			
Blessures : <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Jambes <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Lacérations <input type="checkbox"/> Contusions <input type="checkbox"/> Fractures <input type="checkbox"/> Brûlures <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Autre						
Envoyé à l'hôpital ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, inclure les documents de congé et de renonciation)						

Section 2- Incidents concernant (n'en cocher qu'un ou dresser une liste séparée au besoin)

- Officiel Concurrent Équipe de service Bénévole Ouvrier
 Médias Parrainer Spectateur Autre

Voiture #	Classe :			Marque :		
Nom :						
Adresse :						
Ville :		Province :		Code postal :		
Téléphone (jour):			Téléphone (soir):			
Treated by event Medical?			Revenu au rallye ?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Blessures : <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Jambes <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Lacérations <input type="checkbox"/> Contusions <input type="checkbox"/> Fractures <input type="checkbox"/> Brûlures <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Autre						
Envoyé à l'hôpital ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, inclure les documents de congé et de renonciation)						

Section 3 Dommage à la propriété

Nom du propriétaire :					
Adresse :					
Ville :		Province :		Code postal :	
Téléphone (jour) :		Téléphone (soir) :			
Description de la propriété					
Dommages & Description					

Section 4- Description de l'incident

- Véhicule contre véhicule
 Véhicule contre objet
 Véhicule contre personne
 Type d'incident
 Dérapage
 Capotage
 Chute
 Cocher tout ce qui s'applique
 Travailleur blessé
 Bris mécanique
 En poussant ou chargeant le véhicule
 Autre

Détails de l'incident (utiliser une autre feuille au besoin)

État de la route :	<input type="checkbox"/> Sec	<input type="checkbox"/> Mouillée	<input type="checkbox"/> Boueux
	<input type="checkbox"/> Gravier	<input type="checkbox"/> Neige ou glace	<input type="checkbox"/> Autre
Moment du rallye :	<input type="checkbox"/> Spéciale engagée	<input type="checkbox"/> Spéciale non engagée	<input type="checkbox"/> Liaison
	<input type="checkbox"/> Autre		
Matériel d'urgence utilisé :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, cocher tout ce qui s'applique)		
	<input type="checkbox"/> Ambulance	<input type="checkbox"/> Outils de sauvetage	<input type="checkbox"/> Camion d'incendie
	<input type="checkbox"/> Hélicoptère	<input type="checkbox"/> Remorqueuse	<input type="checkbox"/> Extincteur

Section 6 Remise du rapport

Rapport remis par :					
Poste occupé au rallye :					
Adresse :					
Ville :		Province :		Code postal :	
Téléphone (jour) :		Téléphone (soir) :			
Signature :					
Date :	Jour :	Mois :	Année :		

En cas de blessure grave, de décès ou de démembrement à quiconque, appeler le John Hall 1-780-720-3100 et CARS1-855-640-6444.

Envoyer immédiatement le rapport par courriel à CARS à office@carsrally.ca

Poster au bureau de CARS l'original de ce rapport avec le formulaire de renonciation signé par tous les blessés qui ont été envoyés à l'hôpital.



Participant Accident Claim Form

In the event of serious injury, death, or dismemberment to anyone call 1-855-640-6444

Section 1 – General Information

Incident date:

Type of event: Rally Rally Sprint Rally Cross Navigational Rally

Region: RPM RW RSO RSQ ARMS

Report prepared by: _____ Cell Phone: _____

Email: _____ Res Phone: _____

Name of event: _____

Location of event: _____

Location of incident: Stage/Course Transit Service Park Other

Spectator area

What happened: _____

Section 2 – Personal Information

Name:			Address:		
City:			Province:		
Postal Code:			Res Phone:		
Email:			Bus Phone:		
Status of injured:	<input type="checkbox"/> Driver	<input type="checkbox"/> Co-Driver	<input type="checkbox"/> Crew	<input type="checkbox"/> Volunteer	
	<input type="checkbox"/> Official	<input type="checkbox"/> Spectator			
Is injured party a minor?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> If yes, specify age:		
Is injured an affiliate of CARS?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			
Credential issued by:	<input type="checkbox"/> CARS	<input type="checkbox"/> Region	<input type="checkbox"/> Club	<input type="checkbox"/> FIA	<input type="checkbox"/> Other
Nature of injuries:					
Treatment beyond first aid:	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			
Name of other Health Carrier:			Name of Doctor:		
Name of Hospital:			Phone:		

Address: _____

City: _____ Prov: _____ Postal Code: _____

Is claimant likely to miss work for more than one year? Yes No

Is claimant likely to miss work for more than 8 days? Yes No

Benefits Requested	<input type="checkbox"/> Accidental Death and Dismemberment	<input type="checkbox"/> Excess Medical	<input type="checkbox"/> Weekly Indemnity
--------------------	---	---	---



Participant Accident Claim Form

In the event of serious injury, death, or
dismemberment to anyone call 1-855-640-6444

Section 3 - Property Damage

Name of property Owner: _____

Address: _____

City: _____

Bus Phone: _____

Prov: _____

Postal Code: _____

Res Phone: _____

Email: _____

Property Description:

Describe Damage:

Estimated Amount of Damage: _____



Formulaire de réclamation d'accident du participant

En cas de blessure grave, de décès ou de
démembrement à quiconque, appeler le 1-855-640-6444.

Section 1 – Informations générales

Date de l'incident :

Genre de rallye : Rallye Rallye-sprint Rallye-cross Rallye de navigation
Région : RPM RW RSO RSQ ARMS

Rapport préparé par : _____ Tél. cellulaire : _____

Courriel : _____ Tél. Maison : _____

Nom de l'événement : _____

Lieu de l'événement : _____

Lieu de l'incident : Spéciale Liaison Parc d'assistance Autre
 Aire de spectateur

Ce qui est arrivé : _____

Section 2 – Renseignements personnels

Nom :		Adresse :	
Ville :		Province :	
Code postal :		Tél. maison :	
Courriel :		Tél. travail :	
Condition du blessé :	<input type="checkbox"/> Pilote	<input type="checkbox"/> Copilote	<input type="checkbox"/> Équipe de service
	<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Spectateur	<input type="checkbox"/> Travailleur
Le blessé est-il mineur ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Si oui, précisez son âge :
Le blessé est-il affilié à CARS ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Accréditation émise par :	<input type="checkbox"/> CARS	<input type="checkbox"/> Région	<input type="checkbox"/> Club <input type="checkbox"/> FIA <input type="checkbox"/> Autre
Nature des blessures :			
Traitements autres que premiers soins :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Nom de l'assureur privé :		Nom du médecin :	
Nom de l'hôpital :		Téléphone :	

Adresse : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

Le demandeur sera-t-il absent du travail pour plus d'un an ? Oui Non

Le demandeur sera-t-il absent du travail pour plus de huit jours ? Oui Non

Avantages demandés	<input type="checkbox"/> Mort accidentelle et démembrement	<input type="checkbox"/> Soins excédentaires	<input type="checkbox"/> Indemnité hebdomadaire
--------------------	--	--	---



Formulaire de réclamation d'accident du participant

En cas de blessure grave, de décès ou de
démembrement à quiconque, appeler le 1-855-640-6444.

Section 3 – Dommages à la propriété

Nom du propriétaire : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Téléphone travail : _____

Prov. : _____

Téléphone maison : _____

Code postal : _____

Courriel : _____

Description de la propriété :

Description des dommages :

Estimer le montant des dommages : _____