



ASSURANCES ACCIDENT ET DENTAIRE

Voici un résumé complet de la police accident qui est incluse dans les frais d'affiliations à Softball Québec pour ses membres.

Assurance maladie ? Assurance Salaire ? Assurance accident ?

Il est important de souligner que l'assurance accident de la fédération **n'est pas une assurance maladie, ni une assurance salaire**. Si une personne est malade (problème de santé ne découlant pas d'une blessure liée au softball) durant un tournoi ou événement, les frais ne sont pas couverts par notre assurance mais bien par la RAMQ. Donc, lorsque vous sortez du Québec, il est important de ne pas oublier de vous prendre une assurance maladie si vous n'en détenez pas déjà une. Également, si la blessure survenue pendant la pratique du softball empêche le membre de travailler, aucune somme à titre de salaire ne peut être réclamée.

Sommaire de couverture

- Assureur: Compagnie d'assurance Chartis du Canada
- Numéro de police : SRG 911 1045-A
- Période d'assurance: 1 avril 2011 au 1^{er} avril 2012
- Limites de couverture :
 - o 15 000\$ capital assuré pour chaque catégorie de personnes admissibles
- Couvertures disponibles à la catégorie de personnes admissibles
 - o Décès ou mutilation par accident;
 - o Invalidité totale et permanente
 - o Assurance maladie en cas d'accident
 - o Fractures

Catégorie de personnes admissibles :

- Toute personne âgée de moins de soixante-dix (70) ans et qui appartient à l'une des catégories suivantes :
 - o Tous les membres de Softball Québec

Échéance de l'assurance

L'assurance de toute personne assurée se termine immédiatement à la première des dates suivantes ;

- 1) À la date que cette police prend fin (1^{er} avril 2012) ;
- 2) À la date que la personne assurée n'est plus un membre actif de la Fédération ;

Est-ce que l'assurance accident de la fédération me couvre lors d'événements à l'extérieur du Canada ?

Non, l'assurance de Softball Québec s'applique uniquement au Canada. Si vous allez aux USA ou à un autre endroit, nous vous suggérons de prendre une assurance accident (Croix Bleu).

«**Membre**» signifie tous les membres affiliés (âgés de moins de 70 ans) à Softball Québec **UNIQUEMENT** dans l'exercice de leurs fonctions pour le compte de Softball Québec, ses régions affiliées, ses équipes, ligues et associations affiliées, les administrateurs, les membres des exécutifs, les directeurs, les employés, les arbitres, les entraîneurs, les instructeurs et tous les joueurs de catégorie mineure ou majeure.

Les membres faisant partie de SPN Québec ne sont pas couverts par cette assurance, ils devront contacter cette association en cas de blessure.

«**Blessure**» signifie une blessure corporelle subie par la personne assurée résultant directement d'un accident non intentionnel et imprévu, à condition qu'un tel accident soit causé par une source externe et qu'il se produise pendant que l'assurance de la personne assurée en vertu du présent contrat est en vigueur.

- 1) participe à une séance d'exercice, de pratique ou à une partie de softball prévue au calendrier de l'équipe et sous la surveillance d'une autorité compétente de l'équipe (arbitre ou autres - membre de Softball Québec) dont fait partie la personne assurée ; ou



- 2) participe à des tournois sanctionnés par Softball Québec

Dispositions générales

Le rapport d'accident

Pour toute blessure pouvant faire l'objet d'une demande de règlement, le rapport d'accident doit être complété par la personne blessée ou par un répondant et acheminé à Softball Québec au plus tard trente (30) jours après l'accident.

Le formulaire « Demande de règlement »

Pour toute blessure pouvant faire l'objet d'une demande de règlement, le formulaire « Demande de règlement » doit être complété par la personne blessée ainsi que par le médecin traitant et acheminé à Softball Québec au plus tard quatre-vingt dix (90) jours après l'accident.

L'assureur se réserve le droit d'exiger un examen médical de la personne assurée quand et aussi souvent qu'il le juge raisonnablement nécessaire, pendant qu'une demande d'indemnité aux termes des présentes est à l'étude, et d'ordonner une autopsie, en cas de décès, là où la loi le permet.

Remboursement des frais par suite d'un accident

Si par suite d'une blessure, et dans les trente (30) jours qui suivent la date de l'accident à l'origine de la blessure, une personne assurée, qui est assurée aux termes d'un régime d'assurance-maladie offert par un gouvernement provincial ou territorial canadien, obtient un traitement paramédical au Canada dispensé par un médecin légalement autorisé à exercer la médecine au Canada et que, par suite d'une telle blessure, elle doit engager des dépenses pour l'un des services suivants sur la recommandation d'un médecin légalement autorisé à exercer la médecine, l'assureur doit rembourser à la personne assurée les frais raisonnables et nécessaires pour les services paramédicaux suivants :

1. les frais de services infirmiers privés dispensés par une infirmière diplômée autorisée, qui n'habite pas en général sous le même toit que la personne assurée et qui n'est pas un membre de sa famille immédiate. Ces prestations sont payables jusqu'à un maximum de cinquante dollars (50\$) par heure, jusqu'à concurrence de cinq mille dollars (5 000\$) par personne assurée pour toutes les blessures découlant d'un (1) seul accident;
2. le frais de transport, lorsqu'un tel service est fourni par un service ambulancier professionnel, jusqu'à l'hôpital approuvé le plus proche équipé pour fournir le traitement nécessaire requis et recommandé. Ces prestations sont payables jusqu'à concurrence de cinq mille dollars (5 000\$) par personne assurée pour toutes les blessures découlant d'un (1) seul accident);
3. les frais d'hôpital correspondant à la différence entre l'allocation pour un lit en salle commune aux termes du régime d'assurance-maladie provincial ou territorial de la personne assurée et les frais pour une chambre à deux lits dans une chambre d'hôpital à deux lits. Ces prestations sont payables jusqu'à concurrence de cinq mille dollars (5 000\$) par personne assurée pour toutes les blessures découlant d'un (1) seul accident);
4. les frais de location d'un fauteuil roulant, d'un poumon d'acier ou de toute autre équipement durable, à condition qu'ils ne dépassent pas le prix d'achat courant au moment où la location est nécessaire;
5. les frais pour les services d'un physiothérapeute autorisé. Ces prestations sont payables jusqu'à un maximum de cinq cents dollars (500\$) par personne assurée pour toutes les blessures découlant d'un (1) seul accident;
6. Les frais de médicaments vendus sur ordonnance et préparés par un médecin ou un pharmacien dûment qualifié ;
7. les frais pour les prothèses auditives, les béquilles, les attelles, les plâtres, les minerves et les supports orthopédiques, à l'exclusion de leur remplacement;
8. Les frais pour les services d'un chiropraticien autorisé. Ces prestations sont payables jusqu'à un remboursement maximal de trois cents dollars (300\$) par personne assurée pour toutes les blessures découlant d'un (1) seul accident.
9. Frais de lunette et de verres de contact - jusqu'à cent dollars (100\$) pour la réparation ou le remplacement de lunettes ou de verres de contact endommagés par suite d'un accident qui a contraint le membre assuré à recevoir un traitement prodigué par un médecin dûment qualifié.



10. En cas de blessure exigeant sur-le-champ des médicaux, l'assureur s'engage à payer les frais raisonnables de déplacement en taxi, si le véhicule a un permis, pour que l'assuré puisse se rendre au cabinet du médecin ou à l'hôpital le plus proche, sous réserve du maximum de cent dollars (100\$) par suite d'un accident.

Le remboursement ne sera fait que si :

- a) les frais sont engagés au Canada
- b) les frais sont engagés dans les cinquante-deux (52) semaines qui suivent la date de l'accident à l'origine de la blessure;
- c) les frais sont engagés uniquement à des fins thérapeutiques et non de traitement facultatif;
- d) la demande est accompagnée des reçus à l'appui, soumis à l'assureur comme preuve.

Cette prestation est en supplément de toute autre prestation similaire prévue par une autre assurance, une autre police ou un autre régime, y compris, mais sans s'y limiter, une police d'assurance automobile et tout régime fédéral ou provincial d'assurance maladie, hospitalisation ou médicaments.

- o Par exemple, le membre a déjà une assurance à son travail qui le couvre à 60%, notre programme d'assurance accident couvrira le 40% restant et potentiellement son déductible, donc le membre ne devrait pas avoir d'incidence monétaire suite à son accident relativement aux frais médicaux en découlant (jusqu'à l'atteinte des limites permises).

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de quinze milles dollars (15 000\$) par personne assurée pour toutes les blessures découlant d'un seul accident.

Soins dentaires en cas d'accident

Si une personne assurée subit une blessure à des dents saines et entières dans les trente (30) jours qui suivent la date de l'accident à l'origine de la blessure et que, pour soigner cette blessure, elle obtient un traitement au Canada dispensé par un dentiste ou chirurgien-dentiste légalement autorisés à exercer leur profession, et qu'elle doit engager des dépenses liées aux soins dentaires, l'assureur remboursera à la personne assurée tout montant permis pour de tels services dans le barème des frais et des services de traitement des praticiens généraux de l'association des dentistes de la province ou du territoire dans lequel la personne assurée a reçu un tel traitement.

Le remboursement ne sera fait que si :

- a) les frais sont engagés au Canada;
- b) les frais sont engagés dans les cinquante-deux (52) semaines qui suivent la date de l'accident à l'origine de la blessure;
- c) les frais sont engagés uniquement à des fins thérapeutiques et non de traitement facultatif ou esthétique;
- d) la demande est accompagnée du formulaire original de demande de règlement soumis à la compagnie comme preuve.

Cette prestation est en supplément de toute autre prestation similaire prévue par une autre assurance, une autre police ou un autre régime, y compris, mais sans s'y limiter, une police d'assurance automobile et tout régime fédéral ou provincial d'assurance maladie, hospitalisation ou médicaments.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de mille dollars (1 000\$) par personne assurée pour toutes les blessures découlant d'un (1) seul accident.

Invalidité totale et permanente

Si une personne assurée subit une blessure qui entraîne une invalidité totale et permanente, l'assureur doit payer un montant correspondant à 100% du capital assuré de la personne assurée moins tout montant de prestations hebdomadaires en cas d'accident et montant figurant dans le tables des pertes déjà payé ou payable par l'assureur pour une perte subie par la personne assurée.

Frais d'études

Si au plus tard trente (30) jours après l'accident, l'assuré est hospitalisé ou doit garder le lit chez lui, pendant au moins quarante (40) jours de classe consécutifs, l'assureur s'engage à payer les frais supportés, jusqu'à concurrence de douze (12) mois après l'accident, pour embaucher un professeur qualifié, qui n'a aucun lien de parenté avec l'assuré et qui ne vit pas chez lui, qui a un permis en règle, correspondant au niveau de



l'assuré, délivré par le Ministère de l'Éducation. Le taux maximal est de vingt dollars (20\$) l'heure, jusqu'à concurrence de deux milles dollars (2 000\$).

Frais engagés en cas de fracture

Si une personne assurée subit une blessure qui entraîne une fracture ou une luxation décrite dans le tableau des fractures ci-dessous, l'assureur doit payer le montant précisé dans le tableau dans fractures, à conditions qu'une telle fracture ou luxation se soit produite dans les trente (30) jours qui suivent la date de l'accident qui en est à l'origine.

- Par exemple, vous subissez une fracture du nez, vous recevrez 120\$ sur réception du document « demande de règlement » complété par vous et votre médecin et ce, même si vous n'avez aucune autre réclamation suite à cet accident.

Le montant maximal payable en vertu de cette garantie est de mille dollars (1 000\$) par personne assurée pour toutes les blessures découlant d'un seul accident.

Fracture complète (y compris la fracture en bois vert)	Barème de remboursement
Crâne (enfoncé localisé)	100%
Crâne (sans enfoncement localisé)	40%
Colonne vertébrale (deux ou plusieurs vertèbres)	100%
Colonne vertébrale (une vertèbre)	40%
Colonne vertébrale (fracture par compression)	20%
Mâchoire supérieure (maxillaire)	33%
Mâchoire (mandibule)	8%
Hanche (Fémur)	33%
Pelvis	33%
Rotule (patella)	27%
Jambe (tibia ou péroné)	25%
Omoplate (scapula)	25%
Cheville (fracture de Pott)	25%
Poignet (fracture de Pouteau-Colles)	25%
Avant-bras (fracture ouverte ou comminutive)	23%
Avant-bras (fracture non ouverte)	12%
Sacrum ou coccyx	17%
Sternum	17%
Bras (entre le coude et l'épaule)	17%
Clavicule	12%
Nez	12%
Au moins deux côtes	10%
Main (un ou plusieurs métacarpiens)	8%
Pied (un ou plusieurs métatarses)	8%
Os du visage	8%
Une côte	5%
Tout autre os	3%

Par « crâne », on entend la voûte crânienne qui comprend les os suivants : frontal, pariétal, occipital, temporel, sphénoïde et ethmoïde.

Luxation complète	Barème de remboursement
Hanche	42%
Genou (réparation chirurgical primaire)	33%
Épaule (réduction de fracture par un traitement chirurgical)	25%
Poignet	17%
Cheville	17%
Coude	12%
Os du pied (sauf les orteils)	8%



Garantie en cas de décès ou mutilation par accident

La Compagnie doit payer le montant figurant dans le Tableau des pertes si, par suite d'une Blessure, la Personne assurée subit une Perte indiquée dans le tableau, à condition que :

- (a) la Perte se produise dans les trois cent soixante-cinq (365) jours qui suivent la date de l'accident à l'origine de la Perte;
- (b) le montant des prestations à payer pour une telle Perte corresponde à la partie du Capital assuré indiquée dans le Tableau des pertes pour le type de Perte en question; et
- (c) en cas de plusieurs Pertes subies par suite d'un (1) accident, seule la prestation la plus élevée soit payée.

TABLEAU DES PERTES

Perte de la vie	Le Capital assuré
Perte des deux Mains ou des deux Pieds	Le Capital assuré
Perte de la Vue complète des deux yeux.....	Le Capital assuré
Perte d'une Main et d'un Pied	Le Capital assuré
Perte d'une Main et de la Vue complète d'un oeil	Le Capital assuré
Perte d'un Pied et de la Vue complète d'un oeil.....	Le Capital assuré
Perte d'un Bras ou d'une Jambe	Quatre cinquièmes du Capital assuré
Perte d'une Main ou d'un Pied	Trois quarts du Capital assuré
Perte de la Vue complète d'un oeil.....	Trois quarts du Capital assuré
Perte du Pouce et de l'Index d'une même Main.....	Un tiers du Capital assuré
Perte de la Parole et de l'Ouïe	Le Capital assuré
Perte de la Parole ou de l'Ouïe	Trois quarts du Capital assuré
Perte de l'Ouïe d'une oreille	Deux tiers du Capital assuré
Perte des quatre Doigts d'une Main	Un tiers du Capital assuré
Perte de tous les Orteils d'un Pied	Un quart du Capital assuré

Perte de l'usage

Perte de l'usage des deux Bras ou des deux Mains	Le Capital assuré
Perte de l'usage d'une Main ou d'un Pied.....	Trois quarts du Capital assuré
Perte de l'usage d'un Bras ou d'une Jambe.....	Quatre cinquièmes du Capital assuré

Paralysie

Quadriplégie (paralysie totale des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs).....	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Paraplégie (paralysie totale des deux membres inférieurs)	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars
Hémiplégie (paralysie totale d'un membre supérieur et d'un membre inférieur du même côté du corps).....	Deux fois le Capital assuré jusqu'à concurrence d'un million de dollars

Exclusions (liste partielle)

Aucune couverture ne doit être offerte en vertu du présent contrat et aucun paiement ne doit être fait pour toute perte ou toute demande de règlement qui découle, en tout ou en partie, ou qui soit une conséquence naturelle et probable de l'un des risques suivants faisant l'objet d'une exclusion, ou qui y soit liée, même si la cause directe et immédiate de la perte subie ou de la demande de règlements est une blessure accidentelle;

- 1) Blessure subie à la suite d'un voyage à titre de passager ou à tout autre titre dans un véhicule ou un appareil de navigation aérienne ;
- 2) La pratique du softball lors d'une activité non-fédérée avec des individus qui ne sont pas membres de la Fédération (ex. Un membre en règle de Softball Québec qui joue avec ses copains et se blesse, n'est pas couvert par les assurances de Softball Québec);
- 3) Une blessure qu'on appelle « d'usure » ne sera pas couverte par cette protection
- Exemple : blessure due au surmenage du bras par un lanceur
- 4) Une blessure subie par la personne assurée pendant qu'elle est sous l'effet de drogues ou de substances désignées, selon la définition figurant dans la « Loi réglementant certaines drogues et autres substances (Canada » à moins que leur prise soit strictement conforme aux conseils et à l'ordonnance d'un médecin autorisé.



- 5) Un accident ou un événement cérébrovasculaire, un accident ou un événement cardiovasculaire, un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque, une thrombose coronaire, un anévrisme.

Procédure de réclamation

Pour faire une réclamation d'assurance, il est important de savoir que :

1. Le demandeur doit obligatoirement être membre de Softball Québec et la réclamation doit être approuvée par le bureau provincial.
2. Un **RAPPORT D'ACCIDENT (ce document est fourni dans les trousseaux de ligues, d'équipes et d'arbitres ainsi que sur notre site internet)** doit avoir été complété par un responsable lors de l'accident et acheminé à Softball Québec dans les trente (30) jours suivant l'accident.
3. Le demandeur devra se procurer un formulaire de réclamation (demande de règlement) identifié au nom de la compagnie d'assurance en communiquant avec Madame Chantal Gagnon, au bureau provincial de Softball Québec au, (514) 252-3061 poste 3517.
4. Toutes les cases du formulaire « demande de règlement » doivent être complétées ainsi que la section de la déclaration du médecin traitant, situé à l'endos du formulaire, et retourner le tout à Softball Québec dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivants l'accident.
5. Lorsque vous complétez la « demande de règlement », il **est important que ce soit la signature de la personne blessée ou du parent (si mineur) qui apparaisse**, sinon le formulaire vous sera retourné.
6. Un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date de l'accident vous est accordé pour retourner à Softball Québec les factures originales inhérentes à votre demande (si votre preuve de sinistre est mal complétée, elle vous sera retournée et le traitement de votre dossier ne sera que plus long).
7. Afin de recevoir un remboursement de la compagnie d'assurance, le demandeur devra avoir consulté un médecin dans un délai maximum de trente (30) jours suite à l'accident et être référé par ce dernier **AVANT de suivre tout traitement de physiothérapie ou de chiropractie**. La déclaration du médecin traitant doit normalement être utilisée à cette fin.
8. La police d'assurance prévoit le remboursement des dépenses résultant d'une blessure corporelle causée uniquement par un accident. Les dépenses résultant d'une blessure causée par le surmenage d'un membre ou d'un muscle ne sont pas remboursables.
9. La couverture des assurances de Softball Québec s'applique **APRÈS** les autres couvertures d'assurance du demandeur ou de ses parents, s'il y a lieu. Elle pourra servir à couvrir la portion impayée par le premier assureur. Vous devez nous faire parvenir le rapport d'accident et la preuve de sinistre dans les délais requis et, lorsque vous recevrez le remboursement de votre assureur, vous devrez nous faire parvenir le talon explicatif du remboursement reçu.
10. À la demande de l'assureur, vous devrez fournir une attestation signée par un médecin légalement autorisé à exercer la médecine concernant la cause et la nature de l'accident ou de la blessure qui en a découlé, qui sont à l'origine de la demande de règlement, et précisant la durée de la blessure ou de la perte.

Ce document est fait à titre informatif seulement