



ASSURANCES ACCIDENT ET DENTAIRE

Voici un résumé des **COUVERTURES EN ASSURANCES ACCIDENT ET DENTAIRE** incluses dans les frais d'affiliations à Softball Québec pour ses membres. Vous trouverez à la page 4 du document, un tableau résumant les couvertures 2018.

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: CHUBB du Canada, Compagnie d'assurance vie
- Numéro de police : SG 30107600
- Période d'assurance: 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018 - Limite de couverture :
 - o 25 000\$ capital assuré pour chaque catégorie de personnes admissibles

Catégories de personnes admissibles :

Tous les membres d'une association ou fédération âgés de moins de 75 ans
Tous les membres de la fédération âgés de plus de 75 et moins de 90 ans (DMA seulement)
Tous les bénévoles d'une association ou fédération âgés de moins de 75 ans

- Et qui appartient à l'une des catégories suivantes :
 - o Tous les membres de Softball Québec
 - o Tous les membres de l'Association des Sports de Balle de Montréal (ASBM)

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 (31 décembre 2018) ;
- 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 pour les frais engagés lors d'une blessure 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 nous contacter afin qu'on vous dirige vers la bonne ressource.

«Membre»

signifie tous les membres affiliés (selon le tableau des catégories de bénéficiaires) 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 l'Association des sports de balle de Montréal (ASBM) sont couverts par la même assurance que celle de Softball Québec, toutefois, ceux-ci devront contacter Martin Bradette de l'ASBM au 514-722-2551 #219 en cas de blessure et réclamation.



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 de réclamation

Pour toute blessure pouvant faire l'objet d'une demande de règlement, le formulaire de réclamation 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 mentionnés dans la couverture d'assurance.

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 vingt-cinq milles dollars (25 000\$) 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 cinq mille dollars (5 000\$) par personne assurée pour toutes les blessures découlant d'un (1) seul accident.

Frais engagés en cas de fracture

Si une personne assurée subit une blessure qui entraîne une fracture décrite dans le tableau des fractures ci-dessous, l'assureur doit payer le montant précisé dans le tableau des fractures.

- 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 deux milles dollars (2 000\$) 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.

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;



Fédération de Softball Québec – Assurances 2018

- 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.

Sommaires de couvertures d'assurance en vigueur	Maximum
Capital assuré (DMA)	25 000,00 \$
Décès accidentel (DMA)	25 000,00 \$
Paraplégie, hémiplegie, quadriplégie (DMA)	50 000,00 \$
Invalidité totale et permanente (DMA)	25 000,00 \$
Soins dentaires suite à un accident	5 000,00 \$
Réparation / remplacement prothèses dentaires ou ponts	300,00 \$
Indemnité en cas de fractures (DMA)	2 000,00 \$
Réadaptation (dans les 2 ans) (DMA)	15 000,00 \$
Frais d'études en cours individuels (DMA)	20 \$/heure - Maximum 3 000 \$
Taxi d'urgence (DMA)	100,00 \$
Ambulances	5 000,00 \$
Frais infirmiers	5 000,00 \$
Remb. Frais médicaux	25 000,00 \$
Rapatriement en cas de décès (DMA)	50 km - Maximum 15 000 \$
Transport familial (DMA)	100 km - Maximum 15 000 \$
Aménagement de la résidence ou véhicule (DMA)	15 000,00 \$
Physiothérapie	500\$ / 18 mois
Chiropraticien	500,00 \$
Prothèses auditives, béquilles, attelles, plâtres, minerves & supports orthopédiques (excluant remplacements)	750,00 \$
Lunettes suite à un accident (inclus remplacement)	100,00 \$
Prest. port de ceinture de sécurité (DMA)	10% du capital assuré - Maximum 50 000 \$
Prest. pour études d'un enfant à charge (DMA)	Moindre de 5% capital assuré / 5 000 \$ par année Maximum 4 ans
Prest. Pour conjoint - retour aux études (DMA)	Dans les 30 mois – Maximum 15 000 \$
Identification du corps (DMA)	150 km - Maximum 5 000 \$
Prestation frais funéraires (DMA)	5 000,00 \$
Thérapie psychologique (dans les 2 ans) (DMA)	5 000,00 \$
Prestation pour hospitalisation (plus de 5 nuits) (DMA)	Maximum 12 mois / 2 500 \$
Stationnement à l'hôpital par personne assurée par accident	30\$/jour, max 150\$
Rapport du médecin	40,00 \$
Catégories de bénéficiaires	Nouvelles limites
Tous les membres d'une association ou fédération âgés de	moins de 75 ans
Tous les membres d'une association ou fédération âgés (DMA seul.)	plus de 75 et moins de 90 ans
Tous les bénévoles d'une association ou fédération âgés de	moins de 75 ans



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 dans la section téléchargement)** 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 **FORMULAIRE DE RÉCLAMATION** identifié au nom de la compagnie d'assurance devra être complété et acheminé à Softball Québec dans les trente (30) jours suivant l'accident. Vous pouvez vous procurer ce formulaire en communiquant avec Monsieur Diego LaManna, au bureau provincial de Softball Québec au (514) 252-3061 poste 3448.
4. Le **FORMULAIRE DE RÉCLAMATION** doit être complété par l'assuré, ses parents ou tuteur (1^{ère} partie du formulaire) **ET** par le responsable autorisé de l'équipe membre ou de la ligue (déclaration de l'association). Toutes les cases du formulaire de réclamation doivent être complétées ainsi que la section de la déclaration du médecin traitant.
5. Lorsque vous complétez le formulaire de réclamation, 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. Vous devez faire parvenir à Softball Québec les factures **originales** inhérentes à votre demande.
7. L'assuré devra avoir consulté un médecin et être référé par ce dernier avant de suivre tout traitement de physiothérapie ou de chiropractie.
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

Le présent document fournit uniquement un sommaire des caractéristiques de la police et n'en couvre pas toutes les modalités, conditions et restrictions. En cas de conflit, toutes les modalités et les conditions du contrat cadre prévaudront. Sujet aux termes, conditions et exclusions de la police maîtresse.