LEAGUE INSURANCE CLAIM FORM

Claims Procedure – Claims must be presented within 30 days from the date of injury. Please answer all questions in full and submit completed form with itemized original receipts to the appropriate Cadet League National Office.

TO BE COMPLETED BY CLAIMANT

Surname: _____ Given Name: _____

Complete Mailing Address: _____

_____

Date of Accident: _____ Date of Birth: _____ Sex: ☐Male ☐ Female

Full details of the accident (use additional paper as required):

_____

_____

_____

Nature of injury sustained (use additional paper as required):

_____

_____

_____

I HEREBY CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND COMPLETE.

Signed _____ _____ _____

Claimant Witness Date

TO BE COMPLETED BY OFFICER

Cadet: _____ Cadet Corps/Squadron: _____

Did this injury occur while participating during a sanctioned activity? ☐Yes ☐ No

Name of Officer: _____

Address of Officer: _____

_____

Signed: _____ Date: _____

***** Form will be returned if not completed in full *****
Please have reverse of this form completed by Dentist or Doctor for all injuries.

Medical /Dental Authority
I hereby authorize any hospital, physician, dentist or other person who has attended or examined me to furnish to the Insurance Company, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, dental history, consultation, prescriptions or treatment and copies of all dental, hospital or medical records. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Date _____ **Signed** _____

RÉCLAMATIONS D'ASSURANCE POUR LES LIGUES DE CADETS

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: ____j____m_____a Sexe: ☐Masculin ☐ Féminin

Détails complets de l'accident (utiliser du papier supplémentaire au besoin):

_____

_____

_____

Quelles blessures avez-vous subies (utiliser du papier supplémentaire au besoin):

_____

_____

_____

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: _____

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

Date _____ Signature _____