

## SPECIAL INSTRUCTIONS FOR REPORTING INCIDENTS

### *Instructions spéciales pour la sauvegarde des rapports d'incidents*

Report all incidents promptly, regardless of how trivial they may seem.

Treat the injured person with courtesy and sympathy, but do not admit liability or make any commitments.

Do not attempt to render first aid, except to make the injured person as comfortable as possible.

If the person is rendered unconscious, call the police or emergency hospital. If the person is conscious and the injury requires immediate medical attention, let the injured person name the doctor to be called. Never engage the service of a doctor without the consent of the injured person.

Get the names and addresses of all witnesses. Do this in a way that will not magnify the seriousness of the accident.

Inspect the place of the accident and the cause and conditions surrounding it. If possible, remove or have the cause removed immediately to prevent further accidents. Screen off or otherwise protect the area while clean-up is made. If there is no apparent reason for the accident, try to get the witnesses to inspect the scene.

Do not discuss the accident with anyone outside the company except representatives of Jardine Lloyd Thompson after they have identified themselves. Co-operate with them in every possible manner. Caution any employees who may have witnessed the accident that that are likewise not to discuss it with outsiders.

\*\*\*\*\*

Vous devez rapporter tous les accidents sans délai, peu importe leur gravité.

Le blessé doit être traité avec courtoisie et compassion, mais vous ne devez engager à rien, ni admettre votre responsabilité.

Il ne faut pas essayer d'administrer les premiers soins, uniquement reconforter le blessé.

Si le blessé est inconscient, appeler la police ou l'ambulance. S'il est conscient et que des soins médicaux sont nécessaires, laissez le blessé choisir le médecin à prévenir. Ne pas avoir recours aux services d'un médecin sans le consentement de blessé.

Il est important de noter les noms et adresses de tous les témoins, mais il faut éviter d'utiliser une attitude qui pourrait amplifier la gravité de l'accident.

Vous devez inspecter les lieux et examiner les causes et les circonstances de l'accident. Au cas où d'autres accidents risqueraient de se produire, il faut tenter d'éliminer toute cause de danger. Vous devez baliser ou protéger l'accès de la zone de l'accident pendant qu'on la nettoie. Au cas où l'accident n'aurait pas de cause évidente, il peut être utile de demander aux témoins d'inspecter les lieux.

Il ne faut pas discuter des circonstances de l'accidenté, excepté avec les représentants de Jardine Lloyd Thompson, une fois que ceux-ci se sont fait connaître. Vous devez alors collaborer avec eux de votre mieux. Tous les employés témoins de l'accident doivent aussi être prévenus qu'ils ne doivent pas en parler avec des étrangers.

Report completed by NAME/NOM \_\_\_\_\_  
Rapport rempli par

SIGNATURE \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DAY MONTH YEAR

This report is prepared in contemplation of litigation and is to assist in the defence of the problem incident, accident or claim referred to herein. The accident report should be completed in the case of all injury to non-competitors, in the case of injury to competitors requiring hospitalization irrespective of whether it occurred in training or competition.

When an accident occurs, get full details and enter them on this form. Use the completed form as the basis to report the accident by telephone immediately to Jardine Lloyd Thompson's office by giving them all the information. Make two copies, keep a copy on file for at least two years, send a copy to Canadian Snowsports Association, and send the original directly to the Jardine Lloyd Thompson office within 24 hours after the incident.

\*\*\*\*\*

Ce rapport est rédigé en prévision d'un litige pour documenter la défense de l'incident, accident ou réclamation dont il est question dans ce document. Le rapport d'accident doit être complète toutes les fois qu'un non-concurrent et toutes les fois qu'un skieur compétitive subit des blessures nécessitant de l'hospitalisation, que ce soit lors de compétition ou entraînement.

Lorsqu'un accident arrive, procurez-vous tout les détails et complétez le formulaire. Utilisez les renseignements recueillis sur le formulaire afin de rapporter immédiatement, par téléphone, l'accident au bureau de Jardine Lloyd Thompson. Faites deux copies du formulaire, gardez-en une en filière, pour une période d'au moins deux ans et envoyez l'autre copie à Association Canadienne Sports d'Hiver et envoyez l'original directement au bureau de Jardine Lloyd Thompson et ce, dans les 24 heures après l'accident.

1. Canadian Snowsports Association  
c/o David Pym  
Suite 202, 1451 West Broadway  
Vancouver, BC  
V6H 1H6  
[dpym@ism.com](mailto:dpym@ism.com)  
Tel: 604-734-6800  
Fax: 604-669-7954

2. Jardine Lloyd Thompson Inc.  
c/o Will Dear and Sandy Millar  
16<sup>th</sup> floor, 1111 West Georgia St.  
Vancouver, BC  
V6E 4J2  
[wdear@jltcanada.com](mailto:wdear@jltcanada.com)  
[smillar@jltcanada.com](mailto:smillar@jltcanada.com)  
Direct Phone: 604-640-4251 (Will Dear)  
Fax: 604-682-3520

3. Discipline Office  
Insurance Manager



**CANADIAN ASSOCIATION**  
**SNOWSPORTS CANADIENNE**  
**ASSOCIATION DE SKI ET DE SURF DES NEIGES**

**MUST BE COMPLETED BY THE TD OR PERSON IN CHARGE**  
**DOIT ETRE COMPLÉTÉ PAR LE DT OU LA PERSONNE EN CHARGE**

---

Insurance Assurance	Policy Holder Titulaire de police	CANADIAN SNOWSPORTS ASSOCIATION POLICY NO: No DE POLICE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DE SKI ET DE SURF DES NEIGES:
------------------------	--------------------------------------	---

---

Location of Accident	SKI AREA STATION DE SKI	_____
----------------------	----------------------------	-------

Lieu de L'accident	OWNER OF PREMISES PROPRIÉTAIRE DES LIEUX	_____
--------------------	---	-------

	OCCUPANT IN CONTROL OCCUPANT EN CHARGE	_____
--	---	-------

	CONTACT PERSON NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER	_____
--	---	-------

NAME/NOM

ADDRESS/ADRESSE

ADDRESS/ADRESSE

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
TEL

DOES OCCUPANT LEASE DIRECT FROM OWNER OR ANOTHER (ATTACH COPY OF LEASE)? L'OCCUPANT D'ETIENT-IL SON BAIL DIRECTEMENT DU PROPRIÉTAIRE OU D'UNE TIERS PERSONNE (JOINDRE UNDE COPIE DU BAIL)? \_\_\_\_\_

Accident or Occurrence Accident ou Evénement	DATE	____ / ____ / ____	TIME	____	TRAIL	____
		DD MM YEAR	HEURE		PISTE	

SKI CLUB CLUB DE SKI	_____
-------------------------	-------

NAME OF THE COMPETITION OR  
TRAINING ACTIVITY \_\_\_\_\_  
NOM DE LA COMPÉTITION OU ENTRAÎNEMENT

NAME OF THE RACE CHAIRMAN OR  
PERSON IN CHARGE \_\_\_\_\_  
NOM DU DIRECTEUR DE L'ÉPREUVE OU DE LA PERSONNE RESPONSIBLE

\_\_\_\_\_  
ADDRESS/ADRESSE

\_\_\_\_\_  
ADDRESS/ADRESSE

( ) \_\_\_\_\_  
TEL.

DATE INSURANCE COMPANY NOTIFIED \_\_\_\_\_ BY WHOM/ \_\_\_\_\_  
PREMIER AVIS À LA COMPAGNIE D'ASSURANCE AVISÉ PAR

Injured Person  
Personne Blessé

\_\_\_\_\_  
NAME/NOM AGE SEX/SEXE

\_\_\_\_\_  
ADDRESS/ADRESSE

( ) \_\_\_\_\_  
TEL

STATUS: COMPETITOR \_\_\_\_\_ OFFICIAL \_\_\_\_\_ SPECTATOR \_\_\_\_\_  
COMPÉTITEUR OFFICIEL SPECTATEUR

\_\_\_\_\_  
CLUB/AFFILIATION DIVISION

\_\_\_\_\_  
COUNTRY/PAYS

Nature of injury  
Description de la  
Blessure

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Description of  
Accident or  
Occurrence:  
Description de  
L'accident/événement:

---



---



---



---

Weather condition at  
time of accident:  
Conditions  
Météorologiques au  
moment de l'accident:

---



---



---



---

Probable cause of  
Accident:  
Raison probable de  
l'accident ou de  
l'événement:

---



---



---



---

First Aid Given:

NATURE OF TREATMENT/NATURE OF TRAITEMENT

MEDICATION GIVEN/MÉDICAMENTS DONNÉS

BY WHOM/ADMINISTRÉ PAR

HOSPITAL:  
HOPITAL:

NAME OF HOSPITAL/NOM DE L'HOPITAL

METHOD OF TRANSPORTATION/MÉTHODE DE TRANSPORT

Doctor in attendance/Médecin traitant:

Witness:  
Témoin:

NAME/NON

ADDRESS/ADRESSE

( )  
TEL.

2<sup>nd</sup> Witness:  
Temoin:

NAME/NON

ADDRESS/ADRESSE

( )  
TEL.

Report of the TD:  
Rapport de DT:

NAME/NON

ADDRESS/ADRESSE

( )  
TEL.

Property Damage:  
Dommages Matériels

OWNER/PROPRIÉTAIRE

ADDRESS/ADRESSE

DESCRIPTION OF PROPERTY/DESCRIPTION DES BIENS

ESTIMATED COST OF REPAIR OR REPLACEMENT/COUT ESTIMÉ DE LA RÉPARATION/REPLACEMENT

Other Insurance:  
HOPITAL:

INSURER/ASSURER

POLICY NO.

TYPE OF POLICY

**COMPLETE THIS FORM WHEN A MAJOR ACCIDENT OCCURS  
REPLISSEZ CE FORMULAIRE POUR TOUT ACCIDENT GRAVE**

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>FULL COURSE/ PISTE COMPLÈTE</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>SHOW WHERE ACCIDENT HAPPENED / INDIQUEZ À QUEL ENDROIT A EU LIEU L'ACCIDENT</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>SHOW HOW ACCIDENT HAPPENED/ INDIQUEZ DE QUELLE FAÇON L'ACCIDENT EST-IL SURVENU</p> </div> <p>INDIQUEZ OÙ SE TROUVENT LES PORTES</p>		
	<p><b>PROFILE / PROFIL</b></p>		
	<p><b>STEEP/ABRUPT</b></p>	<p><b>MEDIUM/MOYEN</b></p>	<p><b>FLAT/PLAT</b></p>