DEMANDE D'INDEMNITÉ EN CAS D'ACCIDENT AUTOMOBILE

(à utiliser au Québec avec les F.A.Q. 34 et 78, et non en Ontario. L'Ontario possède des formulaires réglementés pour les indemnités d'accidents.)

Le présent formulaire doit être rempli par le demandeur et son médecin et doit être retourné immédiatement à la compagnie d'assurance.

À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR SEULEMENT. **N^{O} DE RÉCLAMATION.....**

Je, ..., ayant domicile au .....
n^{o} de téléphone.....fais par la présente une réclamation aux termes de la police n^{o}.....délivrée par
.....à .....
à partir de ce qui suit :

PERSONNE AYANT SUBI DES BLESSURES
Nom ..... Adresse .....
État civil .....Sexe Date de naissance .....
Profession.....Durée de l'emploi .....
Rémunération hebdomadaire .....Nom de l'employeur .....
Adresse de l'employeur .....N^{o} de téléphone .....
L'accident est-il survenu dans le cadre de votre emploi? ....
Êtes-vous admissible à une indemnité pour accident du travail? .....
Êtes-vous visé par une loi sur les accidents du travail, la Loi sur l'indemnisation de victimes d'actes criminels du Québec ou la Loi sur l'assurance automobile du Québec (indemnités de la Société)?.....
Si vous êtes actuellement sans emploi, précisez les emplois occupés au cours des 12 derniers mois .....
.....
Avez-vous droit à des prestations d'assurance-emploi? .....
Avez-vous droit à une couverture pour indemnité hebdomadaire ou à une couverture pour frais médicaux fournie par un autre assureur? (par exemple, aux termes d'un régime d'assurance-invalidité privé au travail, etc.) Si oui, fournissez les détails suivants :

Nom de l'assureur	N^{o} de police	Type	Montant payable par semaine

BLESSURES SUBIES
Nature des blessures.....
Quand avez-vous été traité par un médecin pour la première fois? .....Quand avez-vous cessé de travailler pour la première fois?.....
Quand prévoyez-vous retourner au travail?.....
Si vous êtes retourné au travail, quand l'avez-vous fait?.....
Qui est (sont) votre (vos) médecin (s) traitant (s)? .....
Adresse :.....Nom de l'hôpital .....
Période d'hospitalisation.....

VÉHICULE IMPLIQUÉ
Marque..... Année Type de carrosserie.....
N^{o} de plaque .....NIV | | | | | | | | | | | | | | | | |
Nom du propriétaire ..... Adresse du propriétaire .....
Date de naissance
Nom du conducteur ..... | J | M | A | Adresse du conducteur .....
.....

DÉTAILS DE L'ACCIDENT
Date .....Heure Lieu .....
Étiez-vous dans le véhicule décrit ci-dessus? .....
Étiez-vous un piéton lorsque vous avez été heurté par le véhicule décrit ci-dessus?.....

.....
Date Signature du demandeur

(04/01) © [2015] Bureau d'assurance du Canada. Tous droits réservés.

À remplir par le médecin traitant

Veuillez remplir le présent formulaire en fournissant tous les détails requis et la retourner à votre patient

PATIENT

Nom .....Âge .....
Adresse.....
Date de l'accident automobile.....

RADIOGRAPHIE

Prise le .....Lieu .....

DESCRIPTION DE LA BLESSURE ET DU TRAITEMENT

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Preuve de blessure ou de maladie antérieure .....
.....
L'invalidité résulte-t-elle uniquement de la blessure décrite ci-dessus? .....
.....
Date du premier traitement .....Date du dernier traitement ou du traitement final .....

PROGNOSTIC

(Indiquez si l'invalidité du patient est permanente) .....
.....
.....
.....
Au mieux de ma connaissance, je crois que le patient a été totalement invalidé (inapte au travail) du .....20.....au .....20..... inclusivement. S'il est encore invalidé, précisez la date approximative à laquelle le patient devrait être en mesure de retourner au travail.
.....20.....

Adresse .....

Date ..... Signature .....

Tout frais applicable au présent rapport doit être acquitté par le demandeur

(04/01) © [2015] Bureau d'assurance du Canada. Tous droits réservés.