

ASSURANCE-AUTOMOBILE - PARTIE B - INDEMNITÉS D'ACCIDENT

(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'accident.)

RÉCLAMATION INITIALE

| | | | |
|--|---|---------------------------------|------------------|
| | | No de réclamation/ No de police | |
| Votre nom | | Date de naissance | No de téléphone |
| Adresse | | | |
| Employeurs | Nom | Nom | |
| | Adresse | Adresse | |
| | Si vous étiez sans emploi à la date de l'accident, pendant combien de temps au cours des 12 mois précédant l'accident avez-vous occupé un emploi? | | |
| Profession ou fonctions | | | |
| Accident | Date | Détails | |
| Blessures subies | | | |
| Médecins | Nom | Nom | |
| | Adresse | Adresse | |
| Indemnité pour accident du travail et autre indemnité | a) L'accident est-il survenu dans le cadre de votre emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| | b) Avez-vous droit à des indemnités pour accident du travail, pour victimes d'actes criminels ou à des indemnités de la Société d'assurance automobile du Québec en raison de cet accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| Prestations d'assurance-emploi | Avez-vous droit à des prestations d'assurance-emploi en raison de cet accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| Autres prestations | Avez-vous droit à toute autre prestation de revenu en raison de cet accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| | Si oui, de qui? | | |
| | Nom | Montant \$ | Par semaine/mois |
| | Nom | \$ | |
| Revenu | Indiquez votre revenu hebdomadaire brut moyen : \$ | | |
| Période de non activité | a) Indiquez la date à partir de laquelle vous avez été incapable de travailler | | |
| | b) Êtes-vous retourné au travail depuis l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| | Si oui, à quelle date êtes-vous retourné au travail? | | |
| | Pendant combien de temps? | | |
| Indemnités réclamées | PERTE DE REVENU du 20 au 20 | | |
| | Je déclare par la présente que pendant la période pour laquelle je réclame des indemnités pour perte de revenus, j'ai été incapable d'exécuter les fonctions essentielles de mon poste. | | |