

DEMANDE D'INDEMNITÉS 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'accident.)

(Décès seulement)

La présente demande d'indemnités doit être remplie par le demandeur et le médecin traitant et devrait être retournée à la compagnie d'assurance, avec les documents indiqués ci-dessous.

CERTIFICAT DE NAISSANCE

CERTIFICAT DE MARIAGE

CE CÔTÉ DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE DEMANDEUR SEULEMENT.

N° DE RÉCLAMATION.....

Je,, ayant domicile à.....
 n° de téléphone..... fais par la présente une réclamation aux termes de la police n°.....
 délivrée par..... à.....
 à partir de ce qui suit.

PERSONNE DÉCÉDÉE

Nom..... Adresse.....
 État civil..... Sexe..... Date de naissance.....
 Profession..... Nom de l'employeur.....
 Adresse de l'employeur..... N° de téléphone.....
 L'accident est-il survenu dans le cadre de l'emploi de la personne décédée?.....
 La personne décédée était-elle couverte par une loi sur les accidents du travail?.....

DEMANDEUR ET BÉNÉFICIAIRES

Quel était votre lien avec la personne décédée?.....
 Étiez-vous une personne à charge de la personne décédée?.....
 Nommez les enfants à charge dont le soutien était la responsabilité légale de la personne décédée

Nom	Date de naissance	Adresse	Lien avec la personne décédée
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom et adresse de l'exécuteur testamentaire ou de l'administrateur de succession de la personne décédée?

Nom et adresse de l'avocat qui représente la succession de la personne décédée?

VÉHICULE IMPLIQUÉ

Marque..... Année..... Type de carrosserie..... N° de plaque.....
 Nom du propriétaire..... Adresse du propriétaire.....
 Nom du conducteur..... Âge..... Adresse du conducteur.....
 Le véhicule est-il assuré par une autre police d'assurance automobile?.....
 Si oui, précisez le nom de l'assureur et le numéro de la police.....

DÉTAILS DE L'ACCIDENT :

Date..... Heure..... Lieu.....
 La personne décédée était-elle dans le véhicule décrit ci-dessus?.....
 La personne décédée était-elle un piéton lorsqu'elle a été heurtée par le véhicule décrit ci-dessus?.....
 À quelle date le décès est-il survenu?.....

Le décès a-t-il été causé **directement** par l'accident?

Date.....

Signature du demandeur

CERTIFICAT DU MÉDECIN TRAITANT OU DU CHIRURGIEN AU MOMENT DU DÉCÈS

Veillez remplir le présent formulaire en détails et le retourner au demandeur nommé au verso.

J'atteste par la présente que j'ai examiné la personne nommée ci-après à la suite du décès ayant résulté d'un accident dont les détails sont les suivants :

- 1. Nom de la personne décédéeDate de naissance
- 2. Dernière adresse.....
- 3. Date, heure et lieu du décès
- 4. Type d'accident
- 5. Date, heure et lieu de l'accident
- 6. Lieu du premier examen après l'accident et nom de la personne qui a effectué l'examen
- 7. Nature et gravité des blessures subies
- 8. Qui était le médecin habituel de la personne décédée? (S'il est connu)
- 2. Le décès a-t-il été causé ou a-t-il résulté de quelque manière que ce soit d'une blessure, d'une maladie ou d'un état antérieur?.....
- 3. À mon avis, le décès a été causé par
- 4. Une enquête du coroner a-t-elle eu lieu? Si oui, où et quand?.....
- 12. Une autopsie a-t-elle été pratiquée?..... Si oui, par qui et quelles en sont les résultats?.....

Signature du
médecin ou du chirurgien

Date

Adresse.....
.....
.....

NIV| | | | | | | | | | | | | | | |

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