

Formulaire 1 – Annexe sur les indemnités d'accident légales

Nom et adresse de l'assureur	Assurance-automobile de l'Ontario Demande d'indemnités d'accident	
	N° de l'assureur	N° de la demande
Nom du titulaire de la police	N° de la police dont relève la demande	

**Instructions**

- Le présent formulaire doit être rempli par la personne blessée qui demande des indemnités d'accident légales à la suite d'un accident d'automobile ou au nom de cette personne.
- Le présent formulaire doit être envoyé à la compagnie d'assurance à laquelle vous demandez des indemnités.
- Veuillez à inclure le nom de la personne titulaire de la police dont relève la demande et son numéro de police, en particulier s'il ne s'agit pas de votre propre police.
- En répondant aux questions sur votre emploi, veuillez indiquer votre revenu pour les 4 dernières semaines et pour les 52 dernières semaines, car vos droits seront calculés à partir du plus élevé de ces deux revenus.

1	Renseignements sur le demandeur – À remplir par la personne blessée dans l'accident d'automobile
---	--

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	Date de naissance	Année	Mois	Jour	
Adresse municipale C.P. ou route rurale								App.
Ville ou village		Province ou État		Pays		Code postal		
Ind. rég. et n° de tél. résidentiel		Ind. rég. et n° de tél. au travail		Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre (précisez)				
Quel est le meilleur moyen de vous joindre?		<input type="checkbox"/> par téléphone <input type="checkbox"/> en personne <input type="checkbox"/> autre (précisez) :		<input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/> au travail <input type="checkbox"/> autre lieu (précisez) :		Créneau horaire – de : (matin) à (matin) (a.-m. ou soir) à (a.-m. ou soir)		Jours disponibles

2	Représentant du demandeur	À remplir uniquement si le demandeur est une personne décédée, un mineur ou une personne incapable de remplir la demande elle-même ou qui a désigné un représentant
---	---------------------------	---

Représente le demandeur en qualité de <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> avocat <input type="checkbox"/> exécuter testam., admin. d'une succession ou fiduciaire <input type="checkbox"/> autre (précisez) :							
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	Ind. rég. et n° de tél. au travail			
Nom du cabinet/de l'organisation (le cas échéant)				Ind. rég. et n° de télécopieur			
Adresse municipale C.P. ou route rurale				N° de dossier du représentant			
Ville ou village		Province ou État		Pays		Code postal	

3	Détails de l'accident
---	-----------------------

Date de l'accident	Année	Mois	Jour	Heure de l'accident	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> a.-m. ou soir	Le demandeur était <input type="checkbox"/> conducteur <input type="checkbox"/> passager <input type="checkbox"/> autre	Précisez	
À votre connaissance, un agent de police a-t-il enquêté sur l'accident?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si Oui, nom du poste ou service de police		Nom de l'agent		N° de matricule
L'accident a-t-il eu lieu dans le cours de votre emploi?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Une réclamation a-t-elle été déposée auprès de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail ou d'un organisme hors de l'Ontario responsable de l'indemnisation des victimes d'accidents professionnels?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Lieu de l'accident – N° de route, nom de la voie (rue, chemin ou autre)				Près de l'intersection de				
Ville ou village		Province ou État		Pays				
Brève description de l'accident								

<b>4</b>	<b>Détails de l'assurance-automobile ou information sur le véhicule</b>
----------	---

Étiez-vous couvert par une police d'assurance-automobile à la date de l'accident?

**Oui (Remplissez les deux lignes ci-dessous et passez à la section 5)**

Véhicule	N° d'immatriculation	Assureur	N° de la police
1			
2			

**Non – Donnez les renseignements suivants sur le véhicule**

Vous étiez :  conducteur  passager  piéton  autre (précisez) :

La police en vertu de laquelle vous demandez des indemnités couvre :

votre propre véhicule (voir ci-dessus)  
 le véhicule dont vous étiez le passager (remplir ci-après)  un autre véhicule (remplir ci-après)  
 le véhicule qui vous a heurté (remplir ci-après)  un véhicule non identifié ou non assuré

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	Propriétaire du véhicule - Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	Ind. rég. et n° de tél. résidentiel
Adresse municipale C.P. ou route rurale		App.		Ind. rég. et n° de téléphone au travail
Ville ou village		Province ou État		Pays
				Code postal
Assureur			N° de la police	
Description du véhicule - Marque		Modèle	Année du véhicule	N° d'immatriculation
				Province ou État
Type de véhicule				
<input type="checkbox"/> Voiture de tourisme <input type="checkbox"/> Motocyclette <input type="checkbox"/> Motoneige <input type="checkbox"/> Véhicule hors route <input type="checkbox"/> Camion <input type="checkbox"/> Taxi ou limousine <input type="checkbox"/> Autobus <input type="checkbox"/> Autre (précisez)				
Avez-vous signalé cet accident à un autre assureur?				
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, donnez des détails				

<b>5</b>	<b>État médical du demandeur du fait de l'accident</b>
----------	--

Avez-vous reçu des soins médicaux après l'accident?  Oui  Non

Si Oui, établissement où vous avez été traité(e)

Adresse municipale

Ville ou village	Province ou État	Pays	Code postal
Médecin traitant – Nom de famille		Prénom	
Adresse municipale C.P. ou route rurale			
Ville ou village	Province ou État	Pays	Code postal

Nature et étendue des blessures subies du fait de l'accident

Si vous aviez un emploi au moment de l'accident : Les blessures subies vous empêchent-elles d'exécuter les tâches essentielles de votre emploi? Expliquez.

Si vous n'aviez pas d'emploi au moment de l'accident – Souffrez-vous d'une incapacité importante à accomplir les tâches essentielles que vous exécutez normalement? Expliquez.

Avez-vous été dans l'incapacité de continuer votre travail, vos études ou vos activités habituelles du fait de l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si Oui, à partir de quand? Année Mois Jour	Avez-vous repris votre travail, vos études ou vos activités habituelles? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si Oui, quand? Année Mois Jour	Si le demandeur est décédé du fait de l'accident	Date et heure du décès			
					Année Mois Jour	Heure	<input type="checkbox"/> matin	<input type="checkbox"/> a.-m. ou soir

## 6 Emploi du demandeur

Au moment de l'accident, vous étiez :

<input type="checkbox"/> employé(e)	<input type="checkbox"/> mis(e) à pied temporairement	<input type="checkbox"/> sans emploi	<input type="checkbox"/> étudiant(e) à temps plein
<input type="checkbox"/> travailleur-se autonome	<input type="checkbox"/> habilité(e) à commencer à travailler dans les 12 mois	<input type="checkbox"/> pers. au foyer non rémunérée	<input type="checkbox"/> retraité(e)

Si vous étiez sans emploi, avez-vous travaillé 180 jours au cours des 12 mois précédents?  
Si Oui, remplissez la section sur l'emploi

### Employeur le plus récent

Nom de la personne ou de l'entreprise		Personne-ressource		Ind. rég. et n° de tél. au travail	
Adresse municipale, C.P. ou route rurale				Ind. rég. et n° de télécopieur	
Ville ou village		Province ou État		Code postal	
Type d'emploi	<input type="checkbox"/> Plein temps <input type="checkbox"/> Temps partiel	<input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Saisonnier	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Autre (précisez)	Profession

Brève description de l'emploi (tâches essentielles)

Description des tâches physiques

Revenu d'emploi  
Comment êtes-vous payé(e)?

Chaque semaine     Toutes les deux semaines     Tous les mois     Autre (précisez)

	Revenu brut hebdomadaire au cours des 4 semaines précédant l'accident				Revenu brut au cours des 52 semaines précédant l'accident	
	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	N <sup>bre</sup> de semaines travaillées	Revenu brut
Salaire						
Pourboires, commissions						
Autre rémunération						
Total						

### Autre employeur (le cas échéant)

Nom de la personne ou de l'entreprise		Personne-ressource		Ind. rég. et n° de tél. au travail	
Adresse municipale C.P. ou route rurale				Ind. rég. et n° de télécopieur	
Ville ou village		Province ou État		Code postal	
Type d'emploi	<input type="checkbox"/> Plein temps <input type="checkbox"/> Temps partiel	<input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Saisonnier	<input type="checkbox"/> Indépendant	<input type="checkbox"/> Autre (précisez)	Profession

Brève description de l'emploi (tâches essentielles)

Description des tâches physiques

Revenu d'emploi  
Comment êtes-vous payé(e)?

Chaque semaine     Toutes les deux semaines     Tous les mois     Autre (précisez)

	Revenu brut hebdomadaire au cours des 4 semaines précédant l'accident				Revenu brut au cours des 52 semaines précédant l'accident	
	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	N <sup>bre</sup> de semaines travaillées	Revenu brut
Salaire						
Pourboires, commissions						
Autre rémunération						
Total						

Êtes-vous assuré(e) en vertu d'un autre régime de crédits de congés de maladie ou régime de prestations pour le maintien du revenu?  
 Oui  Non Si Oui, veuillez expliquer :

<b>7</b>	<b>Déclaration</b>
----------	--------------------

Une demande d'indemnités d'accident doit être signée par le demandeur ou, lorsque ce dernier est mineur ou dans l'incapacité de signer, par son représentant.  
J'atteste en toute bonne foi que les renseignements fournis sont véridiques et exacts.

Signature du demandeur ou du représentant	Nom du signataire (en lettres moulées)	Date
---	--	------