

Retourner le formulaire à :

Déclaration de revenu et d'indemnités reçus après l'accident (OCF-13)

Formulaire applicable à tout cas d'accident survenu depuis le 1er janvier 1994.

N° de demande :	
N° de police :	
Date de l'accident : (AAAAMMJJ)	

Les renseignements fournis ci-dessous aideront votre compagnie d'assurances à déterminer le montant exact d'indemnités d'accident que vous êtes habilité à recevoir.

Partie 1 Identification du demandeur

Nom		Prénom et initiale					
Adresse						Ville	
Province	Code postal	Téléphone (rés.)	Code régional			Date de l'accident	année mois jour

Partie 2 Revenu d'emploi

Depuis la date de l'accident, avez-vous reçu des revenus :

- d'emploi Oui (précisez ci-dessous) Non (passez à la partie 3)
de travailleur autonome Oui (précisez ci-dessous) Non (passez à la partie 3)

Nom de l'employeur / Entreprise				Nom de la personne-ressource de l'employeur			
Titre du poste				Numéro de téléphone		Code postal	
Date de début :	année	mois	jour	Date de fin :	année	mois	jour
				Total des heures		Revenu total obtenu \$	

Nom de l'employeur / Entreprise				Nom de la personne-ressource de l'employeur			
Titre du poste				Numéro de téléphone		Code postal	
Date de début :	année	mois	jour	Date de fin :	année	mois	jour
				Total des heures		Revenu total obtenu \$	

Nom de l'employeur / Entreprise				Nom de la personne-ressource de l'employeur			
Titre du poste				Numéro de téléphone		Code postal	
Date de début :	année	mois	jour	Date de fin :	année	mois	jour
				Total des heures		Revenu total obtenu \$	

Nom de l'employeur / Entreprise				Nom de la personne-ressource de l'employeur			
Titre du poste				Numéro de téléphone		Code postal	
Date de début :	année	mois	jour	Date de fin :	année	mois	jour
				Total des heures		Revenu total obtenu \$	

Nom de l'employeur / Entreprise				Nom de la personne-ressource de l'employeur			
Titre du poste				Numéro de téléphone		Code postal	
Date de début :	année	mois	jour	Date de fin :	année	mois	jour
				Total des heures		Revenu total obtenu \$	

**Partie 3
Prestations
d'invalidité
de régimes
privés**

Avez-vous reçu des indemnités de remplacement de revenu ou des prestations d'invalidité de sources privées depuis l'accident?

Assurances collectives	Court terme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Long terme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Assurances individuelles	Court terme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Long terme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres	<input type="checkbox"/> Oui (précisez le type d'indemnités) _____ <input type="checkbox"/> Non	

Si vous avez répondu oui dans l'une ou l'autre des cases ci-dessus, veuillez fournir des détails ci-dessous.

Nom de l'assureur	Nom de l'assuré	N° de police / de certificat d'assurance collective	Pendant combien de semaines êtes-vous admissible?	Date du début des versements			Montant total reçu
				année	mois	jour	
							\$
							\$

**Partie 4
Régimes de
prestation
publics**

Avez-vous reçu des prestations provenant d'un régime public depuis l'accident?

Prestation d'invalidité du RPC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (autres que les pensions permanentes)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prestations de maladie en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre <input type="checkbox"/> Oui (précisez le type de prestations) _____ <input type="checkbox"/> Non	

Si vous avez répondu oui dans l'une ou l'autre des cases ci-dessus, veuillez fournir des détails ci-dessous.

N° de la réclamation	Prestations						Montant total reçu		
	Date du début:	année	mois	jour	Fin:	année		mois	jour
									\$
									\$

**Partie 5
Prestations
pour soins
médicaux et
dentaires**

Avez-vous présenté des reçus couvrant des frais pour soins médicaux ou dentaires reliés à votre accident aux types de régimes suivants?

Régime d'assurance collectif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Régime d'assurance privé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres <input type="checkbox"/> Oui (précisez le type de prestation) _____ <input type="checkbox"/> Non	

Si vous avez répondu oui dans l'une ou l'autre des cases ci-dessus, veuillez fournir des détails ci-dessous.

Nom de l'assureur	Nom de l'assuré	N° de police	Genre de frais

**Partie 6
Signature**

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fautive ou trompeuse faite en connaissance de cause à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une violation de la Loi sur l'assurance. Je reconnais également que frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance par supercherie, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral.

Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAAMJJJ)
--	---	-----------------