

Retournez ce formulaire à :

Formulaire de confirmation de l'employeur (OCF-2)

Formulaire applicable à tout cas d'accident survenu depuis le 1^{er} novembre 1996.

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

Si votre assureur vous demande de remplir ce formulaire, remplissez les parties 1 à 3 et remettez le formulaire à votre employeur ou à votre (vos) employeur(s) précédent(s) afin que le reste du formulaire puisse être rempli. Veuillez faire remplir un formulaire distinct par chacun des employeurs que vous indiquez dans votre formulaire **Demande d'indemnités d'accident**. Votre assureur peut vous fournir des formulaires additionnels. Les formulaires seront directement acheminés à l'assureur par votre (vos) employeur(s).
Veillez écrire lisiblement.

Partie 1 Identification du demandeur

Nom		Prénom et initiale				Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse							
Ville			Province		Code postal		
Date de naissance	année	mois	jour	Téléphone (rés.)	Code régional	Téléphone (travail)	Code régional
Nom de l'assureur							
Adresse							
Ville				Province	Code postal		
Nom du titulaire de la police d'assurance				Numéro de la police			

Partie 2 Autorisation

J'autorise mon employeur à divulguer à mon assureur, ou à son représentant autorisé, tout renseignement pertinent sur mon emploi, y compris des copies de documents pertinents qui ont un lien direct avec ma demande d'indemnités de remplacement de revenu et des détails sur toute source de revenu ou avantage accessoires.

Nom du demandeur ou de son mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou de son mandataire	Date (AAAAMMJJ)
--	---	-----------------

Partie 3 Renseignements requis sur la rémunération

Employé

Pour mon employeur actuel ou antérieur :

J'ai été impliqué dans un accident automobile qui a eu lieu le :

année	mois	jour
-------	------	------

Afin de traiter ma demande, mon assureur a besoin de renseignements sur mon salaire au cours de la période suivante antérieurement à la date de l'accident.

(Si vous cochez les deux cases, l'assureur déterminera quelle période donne droit à l'indemnité la plus élevée.)

4 semaines

52 semaines

Travailleur autonome

Si vous êtes travailleur autonome ou si vous l'étiez au cours des quatre dernières semaines avant l'accident, veuillez vous considérer comme l'employeur aux fins du présent formulaire.

J'étais travailleur autonome pendant les quatre dernières semaines avant l'accident et je spécifie la période suivante aux fins du calcul de mon revenu (veuillez cocher une case et passer à la Partie 4).

52 semaines

Dernier exercice
fiscal complet

année	mois	jour
-------	------	------

année	mois	jour
-------	------	------

Le reste de ce formulaire doit être rempli par votre employeur actuel ou antérieur.

Partie 4 Revenu du demandeur

Quel était le revenu brut du demandeur pendant la période précédant la date de l'accident tel que spécifié dans la case cochée ci-dessus? Si l'employé a travaillé uniquement pendant une partie de cette période, indiquez le revenu brut que l'employé a reçu de vous pendant cette période.

	Salaire hebdomadaire brut pendant les 4 dernières semaines avant la date de l'accident				Salaire brut pendant les 52 dernières semaines avant la date de l'accident		Travailleur autonome : revenu brut
	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Nb de semaines de travail	Revenu brut	
Salaire							
Pourboires et commissions							
Autre rémunération en argent							
Total							

Partie 4
Revenu du demandeur
(suite)

Pages additionnelles jointes en annexe

Le demandeur a-t-il été absent du travail pendant la période cochée () à la Partie 3?

Oui (fournir les détails ci-dessous) Non

--

Y a-t-il d'autres types de rémunération offerts par l'employeur?

Oui (fournir les détails ci-dessous) Non

--

Partie 5
Autres indemnités

Le demandeur est-il admissible, selon vous, à recevoir les indemnités suivantes?

Prestation de continuité de revenu (régime d'invalidité de courte ou de longue durée)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Assureur	N° de police
Prestations additionnelles de réhabilitation, de soins auxiliaires ou de soins médicaux	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Assureur	N° de police
Congé de maladie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Le demandeur a-t-il utilisé des prestations de maladie suite à l'accident automobile?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>

Le demandeur est-il membre d'un syndicat?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Le demandeur contribue-t-il ou a-t-il contribué au Régime de pensions du Canada ou à un régime similaire?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Y a-t-il eu une demande soumise à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail en raison de cet accident?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

Partie 6
Détails de l'emploi

Pages additionnelles jointes en annexe

Période d'emploi	année	mois	jour	année	mois	jour	Titre du dernier poste occupé :
	Du :			Au :			
Dernier jour à l'emploi :			année	mois	jour	Date de retour au travail (le cas échéant) :	
						année	mois
Description succincte de l'emploi :							
Tâches essentielles à l'emploi (joindre une analyse des exigences physiques si disponible) :							

Type d'emploi Temps plein Temps partiel Occasionnel Saisonnier

Partie 7
Identification de l'employeur

Nom de l'entreprise	Personne-ressource		
Adresse	N° d'enr. fiscal ou Numéro d'identification de l'entreprise (NIE)		
Ville	Province	Code postal	
Numéro de téléphone	Code régional	Numéro de télécopieur	Code régional

Partie 8
Signature

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

Signature de l'employeur :

Date :	année	mois	jour

Nom de l'employeur : (en lettres moulées)	Poste :
---	---------