

Formulaire 2 – Annexe sur les indemnités d'accident légales

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

Instructions

- Le présent formulaire est à utiliser pour demander le paiement des dépenses liées à la blessure qui ne sont pas couvertes en vertu d'une loi ou de tout autre régime d'assurance. De telles dépenses incluent les médicaments, la réadaptation, les frais médicaux non pris en charge par le régime d'assurance-maladie, les soins personnels et la garde d'enfants.
- Le présent formulaire doit être envoyé à l'assureur auquel vous avez envoyé la demande d'indemnités d'accident.
- Le présent formulaire doit être présenté aussi souvent que nécessaire, à mesure que des dépenses sont engagées. Les reçus originaux devraient être joints lorsqu'on en dispose. Dans le cas contraire, une explication doit être fournie en pièce jointe. Conservez des copies pour vos dossiers.

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

<input type="checkbox"/> M.	Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	Date de naissance	Année	Mois	Jour
<input type="checkbox"/> Mme							
<input type="checkbox"/> Mlle							

Adresse municipale C.P. ou route rurale App.

Ville ou village	Province ou État	Pays	Code postal
------------------	------------------	------	-------------

2 Dépenses engagées par le demandeur – Joignez les reçus originaux

Article	Date	Description du service et nom du fournisseur	Montant
Montant total			\$

3 Personnes à charge du demandeur – À remplir lorsque l'on demande des indemnités pour personne soignante principale

Êtes-vous la personne soignante principale d'un enfant de moins de 16 ans ou d'une personne à votre charge en raison d'une incapacité physique ou mentale?

Oui Non

Si Oui, veuillez donner la liste des personnes à charge qui habitent avec vous.

Nom	Date de naissance	Nom	Date de naissance
	Année Mois Jour		Année Mois Jour

4 Déclaration du demandeur

Une demande d'indemnités d'accident supplémentaires doit être signée par le demandeur ou, lorsque ce dernier est 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
---	--	------