

Formulaire 3 – Annexe sur les indemnités d'accident légales

Nom et adresse de l'assureur	Assurance-automobile de l'Ontario			
	Demande de paiement de prestations de décès et d'indemnités funéraires			
	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 remplir par le conjoint ou la conjointe de la personne décédée ou les personnes à sa charge, ou encore au nom de ces personnes. Lorsque plusieurs personnes (conjointes ou personnes à charge) sollicitent des prestations et indemnités, elles devraient présenter leur demande conjointement, mais ont la possibilité de le faire séparément au besoin.

1	Renseignements sur la personne décédée
----------	---

<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
------------------	------------------	------	-------------

Date et heure du décès	État matrimonial			
Année Mois Jour Heure	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)
<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> a.-m. ou soir	<input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait	<input type="checkbox"/> Veuf ou veuve		

2	Renseignements sur le demandeur
----------	--

Présente la demande en qualité de

- conjoint parent tuteur personne à charge avocat exécuteur testam., admin. d'une succession ou fiduciaire autre – précisez :

<input type="checkbox"/> M.	Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	Ind. rég. et n° de téléphone
<input type="checkbox"/> Mme				
<input type="checkbox"/> Mlle				

Nom du cabinet/de l'organisation (le cas échéant)	Ind. rég. et n° de télécopieur
---	--------------------------------

Adresse municipale C.P. ou route rurale	Numéro de dossier (le cas échéant)
--	------------------------------------

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

3	Paiement demandé
----------	-------------------------

- Funérailles (remplissez la section 4) Personnes à charge (remplissez la section 5)
 Autre (précisez et remplissez la section 4)

4 Détails des dépenses – Joignez les reçus originaux			
Article	Date	Description du service et nom du fournisseur	Montant
Montant total			\$

5	Personnes à charge de la personne décédée
----------	--

<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 téléphone résidentiel	Ind. rég. et n° de téléphone au travail	Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
--	---	---

Lien avec la personne décédée

<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 téléphone résidentiel	Ind. rég. et n° de téléphone au travail	Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
--	---	---

Lien avec la personne décédée

<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 téléphone résidentiel	Ind. rég. et n° de téléphone au travail	Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
--	---	---

Lien avec la personne décédée

Une autre personne pourrait-elle avoir le droit de demander ces prestations et indemnités?
 Oui Non Si Oui, veuillez préciser.

6	Déclaration
----------	--------------------

J'atteste en toute bonne foi que les renseignements fournis sont véridiques et exacts.

Signature	Nom du signataire (en lettres moulées)	Date
-----------	--	------