

ASSURANCE-AUTOMOBILE - PARTIE B - INDEMNITÉS D'ACCIDENT

SUITE DE LA RÉCLAMATION

(À utiliser dans les provinces, sauf en Alberta, en Ontario et en Nouvelle-Écosse; au Québec, à utiliser avec les F.A.Q. 34 et 4-34)

Veuillez retourner immédiatement après avoir repris le travail ou après le _____ si vous êtes toujours en arrêt de travail. Date		
NOM		No de réclamation/No de police
ADRESSE		No de téléphone
Date de l'accident	Travaillez-vous en ce moment? ☐ Oui ☐ Non	Si vous êtes de retour au travail, inscrivez la date de votre retour
INDEMNITÉS POUR ACCIDENT DE TRAVAIL ET AUTRES INDEMNITÉS	Si vous êtes toujours en arrêt de travail, veuillez répondre aux questions suivantes : Avez-vous droit à des indemnités pour accident du travail, pour des victimes d'actes criminels ou de la Société d'assurance automobile du Québec en raison de cet accident? ☐ Oui ☐ Non	
	Avez-vous droit à des prestations d'A.-É. en raison de cet accident? ☐ Oui ☐ Non	
	Avez-vous droit à d'autres prestations en raison de cet accident? ☐ Oui ☐ Non	
	Si « Oui », de qui?	
	Nom	Montant \$ par semaine/par mois
	Nom	Montant \$ par semaine/par mois
INDEMNITÉS RÉCLAMÉES POUR PERTE DE REVENU	Date Du _____ 20 _____	Au _____ 20 _____
	J'atteste par la présente que, pendant la période pour laquelle je réclame des indemnités pour perte de revenu, j'ai été incapable d'exécuter les fonctions essentielles de mon poste.	
	Date	Signature

Veuillez remplir et retourner le présent formulaire