



Nous ne pourrions donner suite à cette réclamation que si une réponse satisfaisante est fournie à toutes les questions



Veillez remplir les sections dans lesquelles des réponses vous sont demandées et faire remplir le formulaire Réclamation – Déclaration de l'employeur (n° 12123F).



Pour nous joindre : 1 877 938-8191

### A. Information concernant la personne assurée

Nom		Prénom	
Adresse – N°, rue, app.		Ville	Province Code postal
N° de téléphone à 10 chiffres (Domicile)		N° de téléphone à 10 chiffres (Travail) Poste	
Employeur de l'assuré principal	N° de contrat/groupe	N° de compte/division	N° d'identification de l'assuré
Nom de famille de la personne blessée (si autre que l'assuré)		Prénom	
Adresse – N°, rue, app.		Ville	Province Code postal
N° de téléphone à 10 chiffres (Domicile)		N° de téléphone à 10 chiffres (Travail) Poste	

### B. Enfant assuré



S'il est âgé de 18 à 25 ans inclusivement ou de 21 à 25 ans inclusivement (selon le contrat)

Est-il étudiant à plein temps ?  Oui  Non Si **oui**, nom et adresse de l'établissement fréquenté :

### C. Détails de l'accident

Date de l'accident (AAAA-MM-JJ)	La personne blessée était-elle : <input type="checkbox"/> le conducteur <input type="checkbox"/> un passager
S'agit-il : <input type="checkbox"/> d'un accident de travail <input type="checkbox"/> d'une maladie professionnelle <input type="checkbox"/> d'un accident de véhicule moteur <input type="checkbox"/> autre, précisez :	
Brève description de l'accident	

### D. Description des blessures

Brève description des blessures	
La personne blessée a-t-elle subi une intervention chirurgicale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si <b>oui</b> , précisez :
Nature de l'intervention	Date de l'intervention (AAAA-MM-JJ)

### E. Déclaration de l'assuré

<b>DÉPÔT DIRECT</b> – Si vous désirez obtenir le dépôt direct des réclamations, remplir cette section et joindre un spécimen de chèque portant la mention «ANNULÉ».	N° d'identification (transit)	N° de compte
---	-------------------------------	--------------

**DÉCLARATION** – Je déclare que toutes les réponses données sont complètes et véridiques. Je reconnais avoir pris connaissance de l'avis relatif à la gestion des renseignements personnels sur la page suivante.



Signature de l'assuré

Date (AAAA-MM-JJ)



 Les honoraires que pourrait exiger le médecin pour remplir ce rapport sont à la charge de l'assuré.

**A. Information concernant la personne blessée - Section à remplir par l'assuré**

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
-----	--------	--------------------------------

**B. Détails de l'accident**

1. Date de l'accident (AAAA-MM-JJ)

2. S'il y a perte d'usage, est-elle totale et définitive ?  
 Oui  Non

3. La perte totale et définitive est-elle survenue dans les 365 jours qui ont suivi l'accident ?  
 Oui  Non

4. S'agit-il :  d'un accident de travail  d'une maladie professionnelle  
 d'un accident de véhicule moteur  autre, précisez :

5. Description de la perte – Mentionnez aussi le code C.I.M.

6. S'il y a mutilation ou perte de l'usage, indiquez le niveau de l'amputation ou le % de la perte de l'usage

Date (AAAA-MM-JJ)

7. Perte de la vue lors du dernier examen, en date du (AAAA-MM-JJ) :

	Oeil gauche	Oeil droit
a) Acuité visuelle		
b) Acuité avec verres		
c) La vision peut être entièrement ou partiellement corrigée par :	<input type="checkbox"/> Verres <input type="checkbox"/> Opération <input type="checkbox"/> Traitements <input type="checkbox"/> Aucun moyen	<input type="checkbox"/> Verres <input type="checkbox"/> Opération <input type="checkbox"/> Traitements <input type="checkbox"/> Aucun moyen

8. La perte de l'usage est-elle le résultat direct de l'accident et indépendamment de toute autre cause ?

Oui  Non Si **non**, veuillez expliquer :

9. Au moment de l'accident, l'assuré avait-il absorbé :  
des médicaments ?  Oui  Non des stupéfiants ?  Oui  Non de l'alcool ?  Oui  Non  
Si **oui**, veuillez nous fournir les résultats des tests.

10. Autres médecins traitants :

Nom	Adresse	Date (AAAA-MM-JJ)

11. Hôpitaux ou autres institutions qui l'ont traité

Nom	Adresse	Date (AAAA-MM-JJ)

12. Commentaires

**C. Identification du médecin**

Nom	Prénom	Numéro de permis d'exercer
Numéro de téléphone à 10 chiffres		Numéro de télécopieur à 10 chiffres

Omnipraticien  Spécialiste Précisez :

**X** \_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_ Date (AAAA-MM-JJ)