

**La Protectrice, société d'assurance**  
**Work Accident Claims Department (Service des réclamations pour accident du travail)**  
 111 Congressional Blvd., Suite 500  
 Carmel, Indiana 46032, É.-U.  
 1-800-231-6024

## FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR ENTREPRENEURS INDÉPENDANTS SUITE À UN ACCIDENT DE TRAVAIL

Pour bénéficier d'indemnités, veuillez remplir et renvoyer ce formulaire à La Protectrice dans les 20 jours suivant l'accident ayant provoqué des blessures.

1. Nom et adresse postale de la personne blessée (N°, Rue, Ville, Région, Province, Code postal)	2. N° de téléphone ( )	3. N° d'assuré social - -	4. NE PAS REMPLIR CETTE PARTIE. Groupe de parrainage
5. Adresse et numéro du terminal (N°, Rue, Ville, Région, Province, Code postal)	6. N° d'identification	7. Date de naissance / / (Mois, Jour, Année)	
	8. Date de l'accident / / (Mois, Jour, Année)		9. Heure de l'accident  (entourer) _____ : _____ matin après-midi
10. Lieu de l'accident	Ville	Région	Province

11. Décrire en détail comment l'accident est survenu. (Décrire ce qui est arrivé et comment cela est arrivé. Détailler tous les facteurs qui ont causé ou contribué à l'accident.) Joindre des pages supplémentaires si nécessaire.

12. Au moment de l'accident, étiez-vous sous contrat avec le Groupe de parrainage?  (entourer)  Oui    Non	13. Au moment de l'accident, étiez-vous chauffeur remplaçant?  (entourer)  Oui    Non	14. Au moment de l'accident, conduisiez-vous pour un entrepreneur indépendant sous contrat avec le Groupe de parrainage?  (entourer)  Oui    Non
--	---	--

15. Si vous avez répondu Oui à la question n°13 ou 14, veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'entrepreneur pour lequel vous conduisiez (N°, Rue, Ville, Région, Province, Code postal) sinon mettre S/O.

16. Invalide suite à l'accident  (entourer)  Oui    Non	17. Date de début de l'invalidité / / (Mois, Jour, Année)	18. Toujours invalide  (entourer)  Oui    Non	17. Date de fin de l'invalidité / / (Mois, Jour, Année)
20. Vos blessures vous ont-elles empêché de vous rendre au travail (entourer)  Oui    Non	21. Premier jour où vous n'êtes pas allé travailler / / (Mois, Jour, Année)	22. Êtes-vous retourné travailler à temps partiel (entourer)  Oui    Non	23. Êtes-vous retourné travailler à temps plein (entourer)  Oui    Non
24. Date à laquelle vous avez repris le travail / / (Mois, Jour, Année)		25. Reprise du travail au même salaire (entourer)  Oui    Non	

26. Décrire la blessure en détail (amputation, brûlure, coupure, fracture, etc.) et la ou les parties du corps concernées (tête, bras, système circulatoire, etc.) Joindre des pages supplémentaires si nécessaire.

27. Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant. (N°, Rue, Ville, Région, Province, Code postal)	28. Nom, adresse et numéro de téléphone de l'hôpital traitant. (N°, Rue, Ville, Région, Province, Code postal)
---	---

Une fois ce formulaire reçu par La Protectrice, je comprends que La Protectrice commencera l'examen de ma réclamation. Je recevrai les indemnités auxquelles j'ai droit dès que La Protectrice aura vérifié ma réclamation. Je comprends que dans le cadre du processus de vérification, je pourrais avoir à remplir un formulaire de preuve de perte qui me sera envoyé par La Protectrice peu après qu'elle ait reçu cet Avis de réclamation. La réception dans les temps de mes indemnités dépend en partie de ma capacité à remplir tous les formulaires nécessaires de façon véridique et prompte.

Je certifie que les réponses que j'ai formulées ci-dessus sont correctes.

Signé \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_