

## L'ASSURANCE ACCIDENT DE TRAVAIL COLLECTIVE POUR ENTREPRENEURS INDÉPENDANTS DÉCLARATION SOUS SERMENT DE PREUVE DE PERTE

Instructions : pour recevoir vos indemnités, veuillez remplir et envoyer cette preuve à La Protectrice dans les 90 jours suivant sa réception.  
 Pour un traitement plus rapide de votre réclamation, renvoyez le présent document à La Protectrice dès que possible.

1. Nom et adresse 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)	Numéro de police collective principale :
	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. 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.

16. Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant. (N°, Rue, Ville, Région, Province, Code postal)	17. Nom, adresse et numéro de téléphone de l'hôpital traitant. (N°, Rue, Ville, Région, Province, Code postal)
---	---

18a. Avez-vous déjà demandé ou reçu un traitement médical pour la même blessure ou une blessure similaire équivalent à celui pour lequel vous remplissez cette preuve (entourer) OUI    NON  
 Si oui, veuillez indiquer le nom et l'adresse de votre médecin traitant et de l'hôpital.

18b. Dernière date du traitement précédent.  /    /  (Mois, Jour, Année)	18c. Expliquez la nature et la portée du traitement précédent, le cas échéant.
--	--

19. Vos blessures vous ont-elles empêché de vous rendre au travail  (entourer) Oui Non	20. Premier jour où vous n'êtes pas allé travailler  / / (Mois, Jour, Année)	21. Êtes-vous retourné travailler à temps partiel  (entourer) Oui Non	22. Êtes-vous retourné travailler à temps plein  (entourer) Oui Non	23. Date à laquelle vous avez repris le travail  / / (Mois, Jour, Année)	24. Date prévue de retour à l'activité professionnelle  / / (Mois, Jour, Année)
25. Règlements durant les 3 mois complets précédant l'accident. (Précisez le mois et le montant du règlement)  Mois 1 _____ Mois 2 _____ Mois 3 _____  Montant 1 _____ Montant 2 _____ Montant 3 _____			26. Si vous travaillez actuellement pour quelqu'un d'autre que le Groupe de parrainage, veuillez indiquer le nom, l'adresse, la ville, la région, la province et le code postal de votre actuel employeur, entrepreneur ou autre.		

27. Décrivez votre actuelle activité professionnelle, le cas échéant.

28. Dressez une liste des sociétés auprès desquelles vous êtes assuré et des indemnités que vous souhaitez demander suite à votre accident.

Société	Numéro de police	Date de la police	Montant de l'indemnité (Précisez s'il s'agit d'un versement hebdomadaire ou mensuel)
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

29. Percevez-vous, avez-vous demandé de percevoir ou prévoyez-vous de demander à percevoir des indemnités d'assurance sociale. (entourer) Oui Non Montant _____ Date d'entrée en vigueur _____	30. Percevez-vous, avez-vous demandé de percevoir ou prévoyez-vous de demander à percevoir des indemnités d'assurance sans égard à la responsabilité. (entourer) Oui Non Montant _____ Date d'entrée en vigueur _____	30. Percevez-vous, avez-vous demandé de percevoir ou prévoyez-vous de demander à percevoir des prestations d'assurance-emploi. (entourer) Oui Non Montant _____ Date d'entrée en vigueur _____	30. Percevez-vous, avez-vous demandé de percevoir ou prévoyez-vous de demander à percevoir des indemnités pour accident du travail. (entourer) Oui Non Montant _____ Date d'entrée en vigueur _____
--	---	--	---

**VEUILLEZ LIRE CECI AVEC ATTENTION AVEC DE SIGNER!**

## CERTIFICATION

Je certifie que le motif pour lequel je remplis cette preuve de perte est ma blessure accidentelle provoquée directement et indépendamment par un accident survenu dans le cadre de mon activité de travailleur autonome dans l'industrie du camionnage.

Je certifie être un entrepreneur indépendant de l'industrie du camionnage, non un employé du Groupe de parrainage ni sous contrat avec le Groupe de parrainage et que je ne suis pas admissible pour des indemnités pour accident du travail.

Je certifie que je comprends que dans l'éventualité où j'effectuerais une réclamation ou recevrais des indemnités pour accident du travail en raison de l'accident indiqué ci-dessus, je n'ai pas droit à d'autres indemnités en vertu de ce programme.

Je certifie que je comprends que cette preuve est une déclaration formelle de ma part quant à ma perte et destinée à aider La Protectrice, société d'assurance à déterminer sa responsabilité ainsi que la portée et le montant des indemnités auxquelles j'ai droit. À cette fin, j'ai répondu à toutes les questions de façon véridique et correcte, au meilleur de ma connaissance ou de ma capacité.

Je certifie qu'aucun fait matériel n'a été retenu ou caché de La Protectrice, société d'assurance. Dans l'éventualité où un fait matériel non communiqué me viendrait à l'esprit ou dans l'éventualité où une réponse ou une déclaration deviendrait incorrecte, je devrai en prévenir La Protectrice, société d'assurance, le plus rapidement possible. Tout défaut de le faire peut constituer un motif de cessation des versements des indemnités.

\_\_\_\_\_  
Nom  
(Écrire en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## AVIS

L'envoi de ce formulaire ou l'assistance apportée par un représentant de La Protectrice, société d'assurance, pour préparer ce formulaire ne constitue pas une renonciation à ses droits ou défenses.