



NUMÉRO DE DOSSIER W.C.B. \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE DOSSIER  
DE L'ASSUREUR \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE SÉCURITÉ  
SOCIALE DU DEMANDEUR \_\_\_\_\_

**COCHEZ UNE CASE :**

- ☐ INDEMNISATION DES TRAVAILLEURS  
☐ POMPIERS VOLONTAIRES  
☐ AMBULANCIERS VOLONTAIRES

**DEMANDE D'INDEMNISATION ET AVIS DE DÉBUT D'ACTION DE TIERS** (Le présent avis doit être signifié au président, à la Commission des accidents du travail (Workers' Compensation Board, WCB), à l'employeur et à l'assureur de l'employeur dans les 30 jours suivant le début de l'action.)

1. Nom de l'individu blessé ou décédé \_\_\_\_\_

2. Adresse \_\_\_\_\_  
(Numéro et rue) (Ville ou commune) (État) (Code postal)

3. Nom de \*l'employeur \_\_\_\_\_

\* Dans les cas d'indemnisation pour les pompiers volontaires et les ambulanciers volontaires, la subdivision politique (ou le service ambulancier non affilié tel que défini dans l'article 30, VFBL, ou l'article 30, VAWBL) responsable est considérée comme l'« EMPLOYEUR ».

4. Adresse \_\_\_\_\_  
(Numéro et rue) (Ville ou commune) (État) (Code postal)

5. Assureur de l'employeur \_\_\_\_\_

6. Adresse \_\_\_\_\_  
(Numéro et rue) (Ville ou commune) (État) (Code postal)

7. Date de l'accident \_\_\_\_\_ 8. Lieu de l'accident \_\_\_\_\_

9. Cause de l'accident \_\_\_\_\_

10. Nature de la blessure \_\_\_\_\_

11. Nom du médecin traitant ou de l'hôpital \_\_\_\_\_ 12. Adresse \_\_\_\_\_

13. Action intentée le \_\_\_\_\_ dans le tribunal de \_\_\_\_\_  
(Mois, jour, et année)

du comté de \_\_\_\_\_, État de \_\_\_\_\_, contre \_\_\_\_\_  
(Nom du tiers)

14. Nom de mon avocat \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

15. Adresse \_\_\_\_\_

Je, (nous) soussigné(e)(s), notifie (notifions) par la présente qu'une action a été intentée contre un tiers ou des tiers, et réclamons par la présente toutes les prestations qui me (nous) sont dues en vertu de la loi sur les accidents du travail. Le présent avis est transmis conformément aux dispositions de l'article 29 de la loi sur les accidents du travail telle que modifiée (article 20, VFBL, et article 20, VAWBL).

TOUTE PERSONNE QUI, SCIEMMENT ET DANS L'INTENTION DE FRAUDER, PRÉSENTE, FAIT PRÉSENTER OU PRÉPARE, SACHANT OU CROYANT QU'ELLE SERA PRÉSENTÉE À OU PAR UN ASSUREUR OU UN AUTO-ASSUREUR, TOUTE INFORMATION CONTENANT UNE FAUSSE DÉCLARATION MATÉRIELLE, OU CACHE TOUT FAIT MATÉRIEL, SERA COUPABLE D'UN CRIME, ET S'EXPOSERA À DES AMENDES SUBSTANTIELLES ET À UNE PEINE DE PRISON.

Date \_\_\_\_\_ Signature du demandeur \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

**SI UNE RÉCLAMATION EST FAITE POUR DES INDEMNITÉS DE DÉCÈS, LES AYANTS DROIT DOIVENT REMPLIR LE RECTO ET LE VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE. VOIR AU VERSO LES INFORMATIONS À L'INTENTION DU DEMANDEUR.**

**EN CAS DE DÉCÈS, REMPLISSEZ CE QUI SUIT :**

1. Date du décès \_\_\_\_\_ 2. Cause du décès \_\_\_\_\_

3. Nom du dernier médecin traitant ou hôpital \_\_\_\_\_ 4. Adresse \_\_\_\_\_

(Tous les ayants droit souhaitant intenter une action à l'encontre d'un tiers doivent signer ci-dessous) :

|       |           |                     |                           |
|-------|-----------|---------------------|---------------------------|
| (Nom) | (Adresse) | (Date de naissance) | (Relation avec le défunt) |
| (Nom) | (Adresse) | (Date de naissance) | (Relation avec le défunt) |
| (Nom) | (Adresse) | (Date de naissance) | (Relation avec le défunt) |
| (Nom) | (Adresse) | (Date de naissance) | (Relation avec le défunt) |

**INFORMATIONS À L'ATTENTION DU DEMANDEUR**

Si un employé, dans le cadre de son emploi, est blessé ou tué à cause de la négligence ou de la faute de quelqu'un d'autre qu'un collègue (ou un employé de l'assureur de l'employeur ou du syndicat des employés), il ou ses ayants droit pourront accepter des indemnités pour accident du travail et également intenter une action à l'encontre de la personne qui a causé la blessure ou le décès. Cette autre personne est appelée le TIERS, et toute poursuite ou autre procédure à son encontre est appelée ACTION DE TIERS.

Cette action de tiers doit être intentée dans les six mois suivant l'attribution des indemnités, et au plus tard un an après la survenance de l'accident (pour les exceptions, voir « CESSION » ci-dessous). L'employeur (ou son assureur) disposera d'un droit de gage sur le recouvrement net effectivement encaissé par le demandeur auprès du tiers, à concurrence des indemnités versées et des frais médicaux engagés.

DANS LES TRENTE JOURS APRÈS LE DÉBUT DE L'ACTION DE TIERS, UNE COPIE DU PRÉSENT FORMULAIRE, REMPLI ET SIGNÉ PAR VOUS, DOIT ÊTRE REMISE À CHACUNE DES PARTIES SUIVANTES :

1. LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL.
2. L'EMPLOYEUR.
3. L'ASSUREUR DE L'EMPLOYEUR, LE CAS ÉCHÉANT.

**CESSION**

Si le demandeur n'intente aucune action et que l'employeur ou l'assureur signifie un avis écrit au demandeur, en personne ou par courrier recommandé, 30 jours avant la fin de la période d'un an, le droit du demandeur à l'action de tiers sera cédé à l'employeur, À MOINS QUE le demandeur n'entame l'action de tiers d'ici la fin de l'année.

Lorsque l'employeur omet de signifier l'avis écrit, le délai d'action du demandeur est prolongé au-delà de la limite d'un an et jusqu'à l'expiration de 30 jours après l'envoi par la poste d'un avis écrit de l'employeur ou de l'assureur informant le demandeur que la cession fonctionnera, à moins que le demandeur n'intente l'action de tiers dans la période de 30 jours par rapport à l'avis.

Si l'employeur ou l'assureur, en tant que cessionnaire, recouvre du tiers, par jugement ou autrement, une somme excédant le montant de :

1. les indemnités,
  2. les frais du traitement médical payés par l'assureur,
  3. les dépenses nécessaires et raisonnables pour obtenir le recouvrement ;
- alors les deux tiers dudit excédent doivent être payés rapidement au demandeur (ou aux ayants droit).

Un demandeur qui s'est conformé à la loi est assuré de recevoir une somme égale à l'intégralité des indemnités pour accident du travail, même après avoir intenté l'action contre le tiers. Si le montant recouvré et effectivement perçu par le demandeur est inférieur au montant que le demandeur (ou les ayants droit) aurait reçu dans le cadre d'une indemnisation, l'employeur ou l'assureur est tenu de verser le déficit (différence) entre le montant effectivement perçu par le demandeur (ou les ayants droit) et les indemnités pour accident du travail auxquelles il a droit.

**ATTENTION : RÈGLEMENT DU TIERS PAR LE DEMANDEUR (OU AYANTS DROIT).**

Pour préserver votre droit à l'indemnité de carence, le demandeur (ou ses ayants droit) pourrait ne pas régler l'action contre le tiers, à moins que :

1. il n'obtienne au préalable l'approbation écrite de l'employeur ou de l'assureur, ou
2. la réclamation ne soit réglée en vertu d'une ordonnance transactionnelle rendue par un juge du tribunal devant lequel l'action de tiers est en cours.

(Source : l'article 29, tel que modifié, entré en vigueur le 1er septembre 1967, l'article 20, VFBL, et l'article 20, VAWBL, de la loi sur les accidents du travail.)

**Notification conformément à la loi de New York sur la protection de la confidentialité (article 6-A de la loi sur les agents publics) et à la loi fédérale sur la protection de la confidentialité de 1974 (article 552a de l'intitulé 5 du USC).**

Le pouvoir de la Commission des accidents du travail (« Commission ») de demander des informations personnelles aux demandeurs découle des articles 20 et 142 de la loi sur les accidents du travail. Ces informations sont recueillies pour aider la Commission à traiter les réclamations de manière efficace et à veiller à l'exactitude des dossiers de réclamation.

La Commission est fermement engagée à protéger la confidentialité de toutes les informations personnelles qu'elle recueille. Ces informations seront divulguées au sein de l'agence uniquement au personnel et aux agents de la Commission dans le cadre de leurs fonctions officielles. Les informations personnelles seront divulguées à l'extérieur de l'agence uniquement conformément aux lois nationales et fédérales applicables.

Le directeur des opérations de la Commission, situé au 328 State Street, Schenectady, NY 12305 (877-632-4996), est le principal responsable de la tenue des dossiers de l'agence contenant les informations personnelles des demandeurs.

Toute information demandée et manquante sur ce formulaire n'entraînera pas le refus de votre réclamation, mais pourrait en retarder le traitement. La divulgation volontaire de votre numéro de sécurité sociale permet à la Commission de veiller à ce que les informations soient associées à votre demande, et qu'une action rapide soit entreprise.

**AVIS RELATIF À L'HIPAA :** Afin de statuer sur une demande d'indemnisation pour accident du travail, les règles WCL13-a(4)(a) et 12 NYCRR 325-1.3 exigent que les prestataires de soins de santé communiquent régulièrement des rapports médicaux de traitement auprès de la Commission et de l'assureur ou de l'employeur. Conformément à la règle 45 CFR 164.512, ces rapports médicaux légalement requis sont exemptés des restrictions de l'HIPAA sur la divulgation des informations sur la santé.