

Nom du demandeur : _____ Numéro de sécurité sociale : _____

Commission de la santé et de la sécurité au travail (Workers' Compensation Board, WCB) de l'État de New York, Bureau des prestations d'invalidité Formulaire DB-450.1, Déclaration du demandeur concernant une blessure corporelle ou sans égard à la faute

Instructions pour le demandeur : Remplissez ce formulaire si vous êtes devenu invalide après avoir été **au chômage pendant plus de quatre (4) semaines** et que vous avez indiqué sur le formulaire DB-450 que votre invalidité pourrait résulter d'une blessure due à un accident de véhicule motorisé sans égard à la faute, ou due à la négligence ou la faute d'un tiers, c'est-à-dire un individu, une entreprise, etc.

L'article 227 de la loi sur les prestations d'invalidité prévoit que le président de la Commission de la santé et de la sécurité au travail puisse exercer un droit de rétention, à hauteur du montant des prestations qui vous sont versées, sur le produit de tout recouvrement que vous pourriez recevoir d'un tiers, que ce soit par jugement, règlement ou autrement.

La loi prévoit que vous pourriez perdre vos droits aux prestations d'invalidité et être tenu de rembourser les paiements qui vous ont déjà été versés si vous :

1. acceptez le règlement d'un tiers d'un montant inférieur aux prestations prévues par la loi en matière de prestations d'invalidité, sans le consentement écrit du président de la Commission de la santé et de la sécurité au travail ;
2. signez toute exonération ou renonciation à votre réclamation à l'encontre d'un tiers, que vous ayez ou non reçu un paiement.

Vous devez remplir ce formulaire et le soumettre avec votre formulaire DB-450 rempli afin d'éviter tout retard dans le paiement de vos prestations d'invalidité.

DÉCLARATION DU DEMANDEUR AU SUJET DE L'ACCIDENT

| | | | |
|---|--|--|--|
| 1. Date de l'accident | | 2. Lieu de l'accident (Fournir l'adresse complète) | |
| 3. Cause de l'accident : <input type="checkbox"/> Véhicule motorisé <input type="checkbox"/> Indemnités <input type="checkbox"/> Autre | | | |
| 4. a. Avez-vous intenté une action contre cette partie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non b. Si « Non », avez-vous l'intention de le faire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Oui », veuillez fournir le nom et l'adresse de la partie (ou des parties) : | | | |
| 5. Si vous avez retenu les services d'un avocat, veuillez fournir les informations suivantes : | | Numéro de téléphone : | |
| Nom et adresse de l'avocat | | | |
| 6. Avez-vous reçu un règlement pour blessure ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Oui », veuillez fournir : Montant du règlement (\$) _____ Date du règlement : _____ | | | |
| 7. Avez-vous reçu des paiements pour des soins médicaux autres que ceux de votre propre assurance ou régime de santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Oui », veuillez fournir le nom et l'adresse de votre compagnie d'assurance ou toute autre partie effectuant les paiements. | | | |
| Accident véhicule motorisé - Remplissez cette section et joignez-y le formulaire d'accident MV-104 ou le rapport d'accident de la police | | | |
| 8. Demandez-vous/recevez-vous, ou avez-vous l'intention de demander/recevoir, des prestations d'assurance sans égard à la faute ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Un véhicule commercial était-il impliqué ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Oui », avez-vous intenté une action contre ce tiers ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Non », veuillez expliquer. Explication : | | | |
| Dommages-intérêts pour autres blessures corporelles impliquant un tiers | | | |
| 9. Cette partie était-elle assurée pour une action de la sorte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Numéro de police | |
| Nom et adresse de la compagnie d'assurance : | | | |
| 10. Étiez-vous assuré pour cet accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Numéro de police | |
| Si « Oui », veuillez fournir le nom et l'adresse de votre compagnie d'assurance. | | | |
| Je certifie par la présente que les déclarations qui précèdent, y compris toutes les déclarations qui les accompagnent, sont, à ma connaissance, véridiques et complètes. | | | |
| Signature du demandeur : _____ | | Date : _____ | |