

État de New York - Commission des accidents du travail
DEMANDE D'INDEMNISATION DANS UNE AFFAIRE DE DÉCÈS

Cette demande sera traitée plus rapidement si des copies des documents nécessaires sont soumises à la Commission. Joignez les copies des documents que vous avez en votre possession. Sinon, obtenez des copies et apportez-les à la première audience. NE REPORTEZ PAS le dépôt de ce formulaire de réclamation. Les documents suivants sont nécessaires :

- a. Un rapport médical du médecin qui a pris en charge la personne décédée.
- b. Le certificat de décès.
- c. Une preuve du lien de parenté telle qu'un certificat de naissance, un certificat de mariage, des documents d'adoption, etc.
- d. Une facture détaillée des obsèques.

N° DE DOSSIER WCB (s'il est connu)	N° DE DOSSIER ASSUREUR	N° DE CODE DE L'ASSUREUR	N° DE SÉC. SOC. DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE	N° DE SÉC. SOC. DU DEMANDEUR	DATE DE L'ACCIDENT
NOM			ADRESSE (numéro, rue, ville, État et code postal)		N° app.
PERSONNE DÉCÉDÉE					
EMPLOYEUR					
ASSUREUR					
DEMANDEUR					N° app.

Par la présente, je présente une demande d'indemnisation en vertu de la loi sur les accidents du travail pour le décès de la personne susmentionnée à la suite d'une blessure subie au service de l'employeur susmentionné et, à l'appui de cette demande, je soumetts les informations suivantes :

1. a. Le décès est survenu le
à (Joignez le certificat de décès, s'il est disponible).
- b. Comment l'accident ou la maladie professionnelle est-il survenu ? (Apportez une description détaillée, en précisant si la personne blessée est tombée, a été frappée, etc. et quels sont les facteurs ou événements qui ont conduit ou contribué à l'accident.)
.....
.....
.....
- c. Lieu de l'accident :
- d. Nature de la blessure et partie(s) du corps blessée(s) :

Remarque : Joignez un rapport médical, si vous en possédez un.

	Nom	Adresse
2. MÉDECIN TRAITANT		
3. DERNIER MÉDECIN OU HÔPITAL		
4. POMPES FUNÈBRES		
5. PERSONNE AYANT PAYÉ LES FACTURES DES POMPES FUNÈBRES		

6. Montant des factures des pompes funèbres _____ \$ Montant payé, le cas échéant _____ \$
(Joignez la facture, si vous en disposez.)

7. Date de naissance du demandeur _____ 8. Relation avec la personne décédée _____

9. La personne décédée laisse-t-elle un(e) époux(se) et/ou des enfants âgés de moins de 18 ans ou de moins de 23 ans, inscrits et fréquentant à plein temps un établissement d'enseignement agréé ? Oui Non

10. Survivants ou personnes à charge de la personne décédée : (Voir les consignes au verso)

NOM	ADRESSE	DATE DE NAISSANCE	RELATION

(Joignez une preuve du lien de parenté telle qu'un certificat de naissance, un certificat de mariage, des documents d'adoption, etc., si vous en disposez)

(VOIR LES CONSIGNES AU VERSO)

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS ABOUT CLAIMING DEATH BENEFITS, CONTACT THE NEAREST OFFICE OF THE WORKERS' COMPENSATION BOARD.	SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS SUR LA DEMANDE DE PRESTATIONS DE DÉCÈS, COMMUNIQUEZ AVEC LE BUREAU DE LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL LE PLUS PROCHE.
---	---

11. SI VOUS ÊTES L'ÉPOUX(SE) OU L'ENFANT DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE, INSCRIVEZ LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS, LE CAS ÉCHÉANT :

- a. Vous avez été marié(e) à la personne décédée le _____
à _____ par _____ (Joignez le certificat de mariage, si vous en disposez).
(Lieu) Personne ayant célébré la cérémonie
- b. Nombre d'enfants âgés de moins de 18 ans au moment du décès de la personne décédée. _____
- c. Nombre d'enfants âgés d'au moins 18 ans mais de moins de 23 ans, inscrits et fréquentant à plein temps un établissement d'enseignement agréé au moment du décès de la personne décédée. _____

12. SI VOUS ÊTES L'ÉPOUX(SE) DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE, indiquez votre part des prestations d'assurance de survivant, le cas échéant, reçues en vertu de la loi sur la sécurité sociale. _____ \$ (Si vous en disposez, joignez une copie du certificat d'attribution de la sécurité sociale indiquant votre part des prestations d'assurance de survivant ou une copie du chèque indiquant le montant de l'indemnité.)

13. SI VOUS N'ÊTES NI L'ÉPOUX(SE) NI UN ENFANT DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE ÂGÉ DE MOINS DE 18 ANS OU DE MOINS DE 23 ANS INSCRIT ET FRÉQUENTANT À PLEIN TEMPS UN ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT AGRÉÉ, INDIQUEZ LES INFORMATIONS SUIVANTES :

- a. Dépendiez-vous totalement ou partiellement de la personne décédée pour subsister ? _____
- b. Si vous en dépendiez partiellement, à quelle hauteur ? _____
- c. Je suis propriétaire des bien suivants :
- (1) Biens immobiliers, d'une valeur évaluée à _____ \$, dont je tire un revenu annuel de _____ \$ et sur lesquels j'ai une dette de _____ \$.
- (2) Quelles sont vos autres sources de revenus ? (Nommez chaque source et indiquez les montants provenant de chaque source nommée.)
- | SOURCE | MONTANT |
|--------|---------|
|--------|---------|

14. SI VOUS ÊTES UN ENFANT OU UN PETIT-ENFANT À CHARGE, UN FRÈRE OU UNE SŒUR À CHARGE, ÂGÉ(E) D'AU MOINS 18 ANS MAIS DE MOINS DE 23 ANS, INSCRIT(E) ET ÉTUDIANT(E) À TEMPS PLEIN DANS UN ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT AGRÉÉ, INDIQUEZ LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS ET JOIGNEZ UNE ATTESTATION DE FRÉQUENTATION, SI ELLE EST DISPONIBLE AUPRÈS DE CET ÉTABLISSEMENT.

Nom de l'étudiant Nom et adresse de l'établissement d'enseignement Date du début de fréquentation

TOUTE PERSONNE QUI, EN CONNAISSANCE DE CAUSE ET AVEC L'INTENTION DE FRAUDER, PRÉSENTE, FAIT PRÉSENTER OU PRÉPARE, EN SACHANT OU EN CROYANT QU'ELLES SERONT PRÉSENTÉES À OU PAR UN ASSUREUR OU À UN EMPLOYEUR AUTO-ASSURÉ, DES INFORMATIONS CONTENANT UNE FAUSSE DÉCLARATION MATÉRIELLE OU QUI DISSIMULE UN FAIT IMPORTANT, SE RENDRA COUPABLE D'UNE INFRACTION ET SERA PASSIBLE D'AMENDES ET D'UNE PEINE D'EMPRISONNEMENT IMPORTANTES.

Date _____ Signé par _____ (Signature du demandeur) N° de téléphone _____ **OU**

Signé par _____ (Une personne au nom du demandeur) (Relation) N° de téléphone _____

AU DEMANDEUR

- A. En vertu de la loi sur les accidents du travail, une demande d'indemnisation dans une affaire de décès peut être déposée par :
1. L'époux(se) de la personne décédée ;
 2. Les enfants de la personne décédée qui sont âgés de moins de 18 ans au moment du décès ;
 3. Les enfants de tout âge qui étaient totalement aveugles ou physiquement handicapés au moment de l'accident et dont l'invalidité est totale et permanente ;
 4. Les petits-enfants et les frères et sœurs de la personne décédée qui étaient âgés de moins de 18 ans au moment du décès et qui dépendaient entièrement ou partiellement de la personne décédée pour leur subsistance au moment de l'accident ;
 5. Les parents et grands-parents de la personne décédée qui étaient entièrement ou partiellement à la charge de la personne décédée au moment de l'accident ;
 6. Les enfants de la personne décédée, les petits-enfants à charge, les frères et sœurs à charge de la personne décédée âgés de moins de 23 ans qui sont inscrits et fréquentent à plein temps un établissement d'enseignement agréé, lorsque le décès est survenu le 1^{er} janvier 1978 ou après.
- B. L'époux(se) et les enfants peuvent déposer une seule demande. Chaque petit-enfant, frère, sœur, parent ou grand-parent à charge doit déposer une demande distincte.

Notification en vertu de la loi de New York sur la protection de la vie privée (article 6-A du droit de l'administration) et de la loi fédérale sur la protection de la vie privée de 1974 (5 U.S.C. 552a).

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 demandes de manière efficace et pour l'aider à tenir des dossiers de demande précis. La Commission s'engage fermement à protéger la confidentialité de toutes les informations personnelles qu'elle recueille. Ces renseignements ne seront divulgués au sein de l'organisme qu'au personnel et aux agents de la Commission dans l'exercice de leurs fonctions officielles. Les informations personnelles ne seront divulguées à l'extérieur de l'organisme que conformément aux lois fédérales et d'État applicables. La direction des opérations de la Commission, située au 100 Broadway, Menands, New York 12241 (518-474-6674), est la principale responsable de la tenue des dossiers de l'organisme contenant des informations personnelles sur les demandeurs. Le fait de ne pas fournir les informations demandées dans ce formulaire n'entraînera pas le refus de votre demande, mais peut retarder le traitement de votre demande. La communication volontaire de votre numéro de sécurité sociale permet à la Commission de s'assurer que les informations sont associées à votre demande et que des mesures rapides sont prises à son sujet.

Commission des accidents du travail de l'État de New York
Adresse centralisée
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5202

Numéro gratuit du service clientèle : 877-632-4996

N° de fax pour tout l'État : 877-533-0337