

---

## Avis à l'auteur(e) d'une demande d'un litige entre des assureurs

---

### Nom de l'auteur(e) de la demande

M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> Nom de famille Prénom
Adresse
Ville Province Code postal
Date de l'accident Jour/Mois/Année

Nous vous avisons que l'assureur à qui vous avez demandé des indemnités d'accident estime qu'il revient à un autre assureur de vous verser ces indemnités. On vous demandera peut-être d'aider les assureurs à régler ce litige en leur fournissant les renseignements nécessaires pour déterminer quel assureur devrait verser les indemnités en question.

**L'assureur à qui vous avez présenté votre demande continuera à vous verser les indemnités d'accident auxquelles vous avez droit jusqu'à ce que le litige soit réglé.**

Vous avez aussi le droit de vous opposer à ce que votre demande soit transférée à un autre assureur. Dans ce cas, vous devez remplir la partie 5 de la présente formule et l'envoyer, dans les 14 jours, à l'assureur qui vous verse les indemnités à l'heure actuelle. Vous aurez alors le droit de participer à toute instance visant à déterminer quel assureur est tenu de vous verser les indemnités. Si vous ne faites pas part de votre objection, vous ne pourrez pas vous opposer au transfert de votre demande à un autre assureur.

Si vous avez des questions au sujet du présent avis ou de la procédure suivie pour établir la responsabilité des assureurs concernant vos indemnités, veuillez communiquer avec la personne représentant la compagnie d'assurance qui vous verse les indemnités. Le nom et le numéro de téléphone de cette personne sont indiqués à la partie 1 ci-dessous.

---

### Partie 1 : Assureur à qui vous avez demandé des indemnités d'accident

Nom de la compagnie
Adresse postale
Ville Province Code postal
Personne à contacter/représentant(e) Tél. : (    )

---

### Partie 2 : Assureur(s) ayant été avisé(s) de payer les indemnités (par l'assureur indiqué à la partie 1)

Nom de la 1 <sup>re</sup> compagnie
Adresse postale
Ville Province Code postal

Personne à contacter/représentant(e)Tél. : ( )

**Joindre des feuilles au besoin.  Feuilles suppl. ci-jointes.**

Nom de la 2<sup>e</sup> compagnie

Adresse postale

VilleProvinceCode postal

Personne à contacter/représentant(e)Tél. : ( )

**Joindre des feuilles au besoin.  Feuilles suppl. ci-jointes.**

---

**Partie 3 :**  
**Raisons**  
(pour lesquelles un avis a été donné à d'autres assureurs)

Détails
<p style="text-align: right;"><b>Joindre des feuilles au besoin. <input type="checkbox"/> Feuilles suppl. ci-jointes.</b></p>

---

**Partie 4 :**  
**Signature de la personne représentant l'assureur**

NomDate
Signature

---

**Partie 5 :**  
**Objection au transfert de la demande d'indemnité (facultative)**

<p>Vous pouvez vous opposer à ce que votre demande soit transférée à l'assureur ou aux assureurs indiqués à la partie 2 en remplissant la présente section et en envoyant la formule, dans les 14 jours, à l'assureur à qui vous avez présenté votre demande et qui est indiqué à la partie 1.</p> <p>Si vous vous opposez, vous aurez alors le droit de participer à toute instance visant à déterminer quel assureur est tenu de vous verser les indemnités. Si vous ne faites pas part de votre objection, vous ne pourrez pas vous opposer au transfert de votre demande à un autre assureur.</p> <p>Veillez cocher la case ci-dessous et envoyer, dans les 14 jours, la présente formule à l'assureur</p>
--

---

indiqué à la partie 1 si vous vous opposez à ce que votre demande soit transférée à une autre compagnie d'assurance.

**Je m'oppose au transfert de la demande d'indemnité.**

NomDate

Signature