



VÉRIFICATION DES ÉTUDES OU DE LA SCOLARITÉ

1. IDENTITÉ DE LA VICTIME (À REMPLIR PAR LA VICTIME OU LE REPRÉSENTANT DE LA VICTIME)

NOM DE FAMILLE DE LA VICTIME :		PRÉNOM :	
ADRESSE (NUMÉRO, RUE, APPARTEMENT)			CODE POSTAL
DATE DE L'ACCIDENT : ANNÉE MOIS JOUR	DATE D'INTERRUPTION DES ÉTUDES APRÈS L'ACCIDENT : ANNÉE MOIS JOUR	LES ÉTUDES ONT- ELLES REPRIS APRÈS L'ACCIDENT? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DATE RÉELLE OU PRÉVUE DE REPRISE DES ÉTUDES : ANNÉE MOIS JOUR
COCHEZ LA CASE ET INDIQUEZ L'ANNÉE D'ÉTUDE EN COURS AU MOMENT DE L'ACCIDENT			
<input type="checkbox"/> ÉLÉMENTAIRE : ____ ANNÉE (MAT.-VIII)	<input type="checkbox"/> SECONDAIRE : ____ ANNÉE (IX-XIII)	<input type="checkbox"/> COLLÈGE COMMUN. 1 2 3 ANNÉE	<input type="checkbox"/> UNIVERSITÉ 1 2 3 4 5 ANNÉE OU PLUS _____
INDIQUEZ LE PROGRAMME DANS LEQUEL LA VICTIME ÉTAIT INSCRITE AU MOMENT DE L'ACCIDENT :		INDIQUEZ LA DATE PRÉVUE D'ACHÈVEMENT DES ÉTUDES SI L'ACCIDENT N'AVAIT PAS EU LIEU : ANNÉE MOIS JOUR	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT :		NUMÉRO D'ÉLÈVE OU D'ÉTUDIANT :	
ADRESSE (NUMÉRO, RUE)		VILLE	PROVINCE PAYS CODE POSTAL
ANNÉE SCOLAIRE OU SESSION EN COURS AU MOMENT DE L'ACCIDENT	DATE DE DÉBUT ANNÉE MOIS JOUR	DATE DE FIN ANNÉE MOIS JOUR	L'ÉTUDIANT ÉTAIT-IL INSCRIT À UN PROGRAMME D'ÉTUDES PAYÉ PAR SON EMPLOYEUR OU UN ORGANISME GOUVERNEMENTAL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
AU MOMENT DE L'ACCIDENT, LA VICTIME AVAIT-ELLE UN EMPLOI? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			

2. AUTORISATION :

J'AUTORISE LES PERSONNES DÉTENANT DES RENSEIGNEMENTS RELATIFS À MON ACQUIS ÉDUCATIF QUE LA SOCIÉTÉ D'ASSURANCE PUBLIQUE DU MANITOBA JUGE PERTINENTS POUR CETTE DEMANDE D'INDEMNISATION À DIVULGUER SUR DEMANDE CES RENSEIGNEMENTS À LA SOCIÉTÉ D'ASSURANCE PUBLIQUE DU MANITOBA.

DATE : _____

_____ VICTIME, TUTEUR OU REPRÉSENTANT

VEUILLEZ REMETTRE CE DOCUMENT À L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT.

3. DÉCLARATION DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT (VOIR LA NOTE AU VERSO)

<p>JE SOUSSIGNÉ(E) DÉCLARE 1) QUE, AU MOMENT DE L'ACCIDENT, LA PERSONNE PRÉCITÉE ÉTAIT INSCRITE EN QUALITÉ D'ÉLÈVE OU D'ÉTUDIANT RÉGULIER À TEMPS PLEIN À UN PROGRAMME ÉLÉMENTAIRE, SECONDAIRE OU POSTSECONDAIRE DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT, QU'ELLE SATISFAISAIT À TOUTES LES EXIGENCES EN MATIÈRE D'ASSIDUITÉ ET QUE SON DOSSIER ÉTAIT EN RÈGLE, 2) QUE L'INFORMATION FOURNIE À LA PARTIE 1 CI-DESSUS EST EXACTE À TOUTS POINTS DE VUE.</p>		<p>SCEAU DE L'ÉTABLISSEMENT</p>
<p>_____ SIGNATURE DE LA PERSONNE AUTORISÉE</p>	<p>_____ DATE</p>	
<p>_____ NOM (EN LETTRES MOULÉES)</p>	<p>_____ N^o DE TÉL.</p>	
<p>_____ POSTE</p>		
<p>APRÈS AVOIR VALIDÉ, SIGNÉ ET APOSÉ LE SCEAU, VEUILLEZ RENVoyer L'ORIGINAL DU FORMULAIRE DIRECTEMENT À LA SOCIÉTÉ D'ASSURANCE PUBLIQUE DU MANITOBA</p>		

NOTE AUX ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT

1. LE PRÉSENT DOCUMENT EST ESSENTIEL À LA DÉTERMINATION DES DROITS D'UNE VICTIME D'UN ACCIDENT À UNE INDEMNISATION EN CAS D'INTERRUPTION DE SES ÉTUDES DU FAIT DE L'ACCIDENT. VEUILLEZ À CE QUE LE FORMULAIRE SOIT RENVOYÉ RAPIDEMENT.
2. VEUILLEZ REMPLIR LA DÉCLARATION ET RENVOYER L'ORIGINAL DU FORMULAIRE À LA SOCIÉTÉ D'ASSURANCE PUBLIQUE DU MANITOBA.
3. SI CERTAINES CIRCONSTANCES EMPÊCHENT DE REMPLIR LA DÉCLARATION, VEUILLEZ JOINDRE UNE BRÈVE LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT EXPLIQUANT POURQUOI ET RENVOYER AU GESTIONNAIRE DE CAS CETTE LETTRE ACCOMPAGNÉE DU FORMULAIRE.