



RÉCLAMATION POUR PERTE OU DOMMAGE DE MATÉRIEL, OU BLESSURE

Avant d'envoyer le présent formulaire, veuillez communiquer avec l'ACSTA en composant le **1-888-294-2202**, afin de lui permettre de lancer une enquête sur l'incident. Si vous ne prenez pas cette mesure, vous risquez de voir votre réclamation refusée à cause de manque d'information.

Protégé A
lorsque complété

INSTRUCTIONS :

Veuillez lire attentivement les instructions qui se trouvent au verso et fournir les renseignements demandés sur les deux côtés du formulaire. Utilisez des feuilles supplémentaires au besoin. Pour d'autres instructions, consultez le verso du présent formulaire et le site www.catsa.gc.ca. Remplissez TOUS les champs. Inscrivez S/O (sans objet) s'il y a lieu.

INFORMATION DU DEMANDEUR (VOIR LES INSTRUCTIONS)

<input type="text"/> NOM (NOM DU PASSENGER SI DIFFÉRENT DU DEMANDEUR) HOMME <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	
<input type="text"/> COURRIEL		<input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (JOUR)	
<input type="text"/> ADRESSE		<input type="text"/> POSTE	
<input type="text"/> VILLE		<input type="text"/> CODE POSTAL	
<input type="text"/> PAYS		<input type="text"/> PROVINCE/ÉTAT	

INFORMATION SUR L'INCIDENT

<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DATE DE L'INCIDENT (AAAA-MM-JJ)		L'HEURE DE L'INCIDENT (0 À 24 H)		CODE AÉROPORT		POINT DE CONTRÔLE		AÉROGARE	
<input type="text"/> TRANSPORTEUR AÉRIEN/NUMÉRO DU VOL					<input type="text"/> DESTINATION				
DESCRIPTION DE L'INCIDENT (Veuillez énoncer en détails les faits et circonstances connus concernant les dommages ou blessures en identifiant les personnes et les biens concernés, l'endroit de l'incident et la cause, et indiquer le nom de l'agent de contrôle si vous le connaissez.) (Utilisez des feuilles supplémentaires au besoin.)						NATURE DE LA RÉCLAMATION DOMMAGE <input type="checkbox"/> PERTE <input type="checkbox"/> VOL <input type="checkbox"/>		BLESSURE CORPORELLE BLESSURE CORPORELLE <input type="checkbox"/>	

BLESSURE CORPORELLE

<input type="text"/> NOM DE PERSONNE BLESSÉE HOMME <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	
<input type="text"/> NUMÉROS DE TÉLÉPHONE (SOIR)		<input type="text"/> COURRIEL	
<input type="text"/> VILLE		<input type="text"/> ADRESSE	
<input type="text"/> VILLE		<input type="text"/> CODE POSTAL	
<input type="text"/> PAYS		<input type="text"/> PROVINCE/ÉTAT	
NATURE ET AMPLIEUR DE LA BLESSURE			
TRAITEMENT MÉDICAL : <input type="checkbox"/> INCLURE UN RAPPORT MÉDICAL (SI APPLICABLE)			

INFORMATION DU TÉMOIN

<input type="text"/> NOM DU TÉMOIN Utilisez des feuilles supplémentaires au besoin HOMME <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (JOUR)		<input type="text"/> POSTE	
<input type="text"/> COURRIEL		<input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (SOIR)		<input type="text"/> ADRESSE	
<input type="text"/> VILLE		<input type="text"/> ADRESSE		<input type="text"/> APP	
<input type="text"/> VILLE		<input type="text"/> CODE POSTAL		<input type="text"/> ADRESSE	
<input type="text"/> PAYS		<input type="text"/> PROVINCE/ÉTAT		<input type="text"/> ADRESSE	

MONTANT DE LA RÉCLAMATION - EN DOLLARS CANADIENS (VOIR LES INSTRUCTIONS)

<input type="text"/> PERTE, DOMMAGE OU VOL DE MATÉRIEL	<input type="text"/> BLESSURE CORPORELLE	<input type="text"/> TOTAL
--	--	--------------------------------------

INFORMATION SUR LA COUVERTURE D'ASSURANCE

Avez-vous une assurance qui couvre ces dommages, blessures ou pertes? OUI NON Si oui, indiquez le nom et l'adresse de la compagnie d'assurance.

<input type="text"/> NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE		<input type="text"/> ADRESSE	
<input type="text"/> VILLE		<input type="text"/> ADRESSE	
<input type="text"/> VILLE		<input type="text"/> CODE POSTAL	
<input type="text"/> PAYS		<input type="text"/> PROVINCE/ÉTAT	

Avez-vous déposé une réclamation auprès de votre société d'assurance pour le cas en question? OUI NON

Si oui, s'agit-il d'une **COUVERTURE TOTALE** OU DEVEZ-VOUS PAYER UNE **FRANCHISE** **MONTANT DE LA FRANCHISE :**

Si vous avez déposé une réclamation auprès de votre société d'assurance, quelle mesure la société a-t-elle prise ou propose-t-elle de prendre?

(Il est nécessaire que ces faits soient vérifiés.)



RÉCLAMATION POUR PERTE OU DOMMAGE DE MATÉRIEL, OU BLESSURE

DÉCLARATION DU DEMANDEUR (OU DE SON REPRÉSENTANT)

En signant ce formulaire, j'atteste que tous les renseignements qu'il renferme sont exacts.

SIGNATURE DU DEMANDEUR OU REPRÉSENTANT

____ - ____ - ____
DATE (AAAA-MM-JJ)

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU SIGNATAIRE

SANCTIONS PÉNALES ET CIVILES EN CAS DE RÉCLAMATION FRAUDULEUSE OU DE FAUSSE DÉCLARATION. Toute fausse déclaration concernant l'incident et toute dissimulation d'un fait important relativement à l'incident pourront faire l'objet d'une poursuite criminelle ou civile.

LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS. Le dépôt du présent formulaire atteste que vous consentez à ce que l'ACSTA recueille, utilise et divulgue de l'information, y compris des renseignements personnels, au besoin, à toutes les fins associées à l'administration de la réclamation, notamment la tenue des enquêtes et les besoins de communication avec le demandeur.

Une réclamation sera jugée comme ayant été présentée à l'ACSTA et reçue par elle et son fournisseur de services de contrôle seulement lorsque le demandeur ou son mandataire dûment autorisé, ou son représentant légal, remplit un formulaire de réclamation valide de l'ACSTA, que l'ACSTA aura bel et bien reçu à l'adresse ou au numéro de télécopieur susmentionnés. Un formulaire de réclamation valide de l'ACSTA est un formulaire standard en bonne et due forme de l'ACSTA portant le numéro 0F3-01-04 014E qui renferme tous les renseignements exigés, ou autre avis écrit concernant un incident énonçant lesdits renseignements, accompagné d'une réclamation pour des dommages-intérêts exprimée en somme déterminée à la suite d'une blessure ou de la perte ou d'un dommage d'un matériel ou d'une blessure corporelle déclarée comme découlant de l'incident. La réclamation doit être reçue par à l'ACSTA dans les trente (30) jours suivant l'incident.

Formulaire rempli par le représentant du demandeur

Cette réclamation peut être déposée par un mandataire dûment autorisé ou un représentant légal, à condition que des preuves jugées satisfaisantes par l'ACSTA sont présentées avec ladite réclamation et lui accordent expressément l'autorisation d'agir au nom du demandeur. Une réclamation faite par un mandataire ou un représentant légal doit être présentée au nom du demandeur. Si la réclamation est signée par le mandataire ou le représentant légal, elle doit indiquer le titre ou la capacité juridique de la personne qui signe et être accompagnée d'une preuve de son autorisation à présenter la réclamation au nom du demandeur en tant que mandataire, exécuteur testamentaire, administrateur, parent, tuteur ou comme un autre représentant.

Remplir le formulaire et l'envoyer à l'adresse suivante ou par télécopieur au numéro indiqué ci-dessous :

Administration canadienne de la sûreté du transport aérien
(ACSTA)
99, rue Bank, 13^e étage
Ottawa (Ontario) K1P 6B9
Tél. : 1 (888) 294-2202 (sans frais)
Fax : 1 (866) 892-1612 (sans frais)
Attention : Traitement des réclamations ACSTA

Le fait que le présent formulaire existe, soit rempli et déposé auprès de l'ACSTA, qu'il fasse l'objet d'un examen et/ou d'une enquête par l'ACSTA ou en son nom relativement à une réclamation, ou qu'un paiement ait été versé à un demandeur par l'ACSTA ou en son nom à la suite d'une réclamation ne signifie aucunement que l'ACSTA admet une responsabilité relativement à l'incident décrit dans la réclamation, laquelle responsabilité étant expressément niée. Le présent formulaire vise à faciliter l'examen et l'enquête par l'ACSTA sur les incidents qui auraient découlé d'une perte ou d'un dommage matériel, ou d'une blessure durant le processus de contrôle. Dans le cadre de son examen et de son enquête sur la réclamation, l'ACSTA peut demander au demandeur de lui fournir des renseignements supplémentaires; le cas échéant, elle communiquera directement avec lui.

Documents à l'appui exigés :

Veillez fournir une copie de votre carte d'embarquement et de tout rapport (de police ou autre) que vous avez en main et qui concerne l'incident.

Le montant réclamé doit être justifié au moyen de preuves de l'une des réclamations suivantes :

- Afin d'appuyer une réclamation de dommages matériels qui ont été réparés ou qui peuvent l'être de façon économique, le demandeur doit soumettre une déclaration détaillée signée ou une estimation des réparations par une personne fiable et désintéressée, ou si le paiement a déjà été acquitté pour la réparation, il faut présenter le reçu détaillé signé prouvant le paiement des réparations.
- Afin d'appuyer une réclamation de dommages matériels qui ne peuvent pas être réparés de façon économique, ou si le matériel est perdu ou détruit, le demandeur doit soumettre une déclaration énonçant les coûts originaux, la date de l'achat et sa valeur, avant et après l'incident. Une telle déclaration doit être produite par une personne compétente et désintéressée, de préférence par un marchand ou un représentant officiel reconnu qui connaît le type de matériel endommagé, ou par au moins deux entreprises concurrentes. La déclaration doit être certifiée comme étant juste et correcte.
- Afin d'appuyer une réclamation de blessure corporelle, le demandeur doit soumettre un rapport écrit signé par le médecin traitant, dans lequel sont précisés la nature et l'ampleur de la blessure, la nature et l'ampleur du traitement, le degré d'incapacité temporaire ou permanente, le cas échéant, le pronostic de guérison et la période d'hospitalisation ou d'incapacité, s'il y a lieu. À la réclamation doivent être jointes les factures détaillées des frais médicaux ou d'hospitalisation engagés et toute autre perte déclarée.

Questions?

Pour toute question concernant le présent formulaire, composez le **1-888-294-2202**.

Vous pouvez également envoyer vos questions par courriel au **CATSA.CLAIMS@CATSA.GC.CA**.

Consultez le site Web de l'ACSTA **www.catsa.gc.ca** pour obtenir d'autres instructions sur le formulaire de réclamation.