



Informations pour les clients

**ACCIDENTS DE VÉHICULES MOTORISÉS
(COMPULSORY THIRD PARTY CLAIMS)**

**LEVEL 12, 39 MARTIN PLACE
SYDNEY NSW 2000**

TEL: (02) 9237 2222

FAX: (02) 9223-6323

stacksgoudkamp.com.au

**DES QUESTION? APPELEZ NOUS AU:
1800 25 1800
POUR DES CONSEILS SANS
ENGAGEMENT**

ACCIDENTS DE VÉHICULES MOTORISÉS (RÉCLAMATIONS DE L'ASSURANCE AU TIERS OBLIGATOIRE)

Si vous avez été blessé après un accident de la route, vous avez droit à une indemnité (ex : dommages et intérêts) si vous pouvez prouver que cet accident a été causé par le conducteur d'un véhicule motorisé (voiture, camion, deux-roues motorisé, bus, train, ferry) et ce, même si l'identité de ce véhicule n'est pas connue et même si vous êtes en partie responsable de l'accident vous-même. Vous pouvez aussi recevoir des indemnités si l'accident est sans faute.

Le montant des indemnités que vous recevrez dépendra des critères suivants :

- (a) La gravité de vos blessures et comment elles restreignent votre mode de vie normal.
- (b) Si vous avez souffert et/ou subi une perte de revenus (ex : salaire, opportunités d'emploi).
- (c) L'importance du traitement médical que vous avez reçu ou dont vous aurez besoin dans le futur.
- (d) Si la gravité de vos blessures vous oblige à avoir recours à des aides et des soins à domicile et pour vos déplacements.

Dans le cas où vous seriez partiellement responsable de l'accident, le montant des indemnités que vous recevrez sera calculé en fonction de votre degré de responsabilité (ex : si vous êtes à 50% fautif, vous ne recevrez que 50% des indemnités).

Procédure initiale pour faire une réclamation auprès de l'Assurance au Tiers Obligatoire (Compulsory Third Party ou CTP)

Les faits doivent être déclarés à la police dans les 28 jours suivant l'accident. Passé ce délai, la réclamation pourra être rejetée.

Vous devrez compléter le formulaire de réclamation pour Dommages Corporels (Personal Injury claim) puis le rendre à l'assurance Carte Verte (Green Slip) du véhicule motorisé en tort, dans les 6 mois suivant l'accident (passé ce délai, vous devrez rendre à cet assureur un compte rendu complet des faits).

Il y a plusieurs assurances Carte Verte (Green Slip). Vous pouvez connaître le nom de l'assurance du véhicule d'en face en téléphonant au Service des Véhicules Motorisés (Motor Accident Authority) au 1300 656 919, en leur communiquant le numéro de la plaque d'immatriculation, la marque et le modèle du véhicule, la date de l'accident et, si possible, le nom du propriétaire.

Le formulaire de réclamations pour Dommages Corporels contient un certificat médical. Celui-ci doit être complété par un médecin et inclus dans le dossier que vous envoyez à l'assurance.

Si l'identité du véhicule en tort est inconnue (ex : le véhicule ne s'est pas arrêté) ou qu'il ne possède pas d'assurance Carte Verte (ex : le véhicule motorisé n'est pas immatriculé), la réclamation est portée contre le défendeur non responsable (Nominal Defendant) et est prise en charge par le Service des Véhicules Motorisés (Motor Accident Authority) de la Nouvelle Galle du Sud (New South Wales, ou NSW), 22ème étage, 80 George Street, Sydney (Téléphone 1300 137131). Si la réclamation est portée contre le Nominal Defendant parce que le véhicule n'a pas été identifié, vous devez au préalable avoir mené des recherches pour tenter d'identifier le véhicule, avant de pouvoir faire la demande en réclamation.

Ce que l'assureur doit faire dès la réception du formulaire de réclamation :

1. Décider d'accepter ou non la responsabilité dans les 3 mois après réception du formulaire de réclamation. L'assureur peut accepter la responsabilité, la refuser entièrement, ou l'accepter en alléguant que vous êtes en partie responsable de l'accident (ex : faute partagée). Si l'assureur refuse la responsabilité ou allègue une faute partagée, l'assureur est dans l'obligation de donner ses raisons expliquant comment il est arrivé à cette décision.
2. Une fois que la responsabilité est admise, entièrement ou partiellement, l'assureur devra payer vos dépenses médicales raisonnables et nécessaires au fur et à mesure. En cas de dommages sérieux, l'assureur payera pour les soins à domicile et les coûts relatifs aux déplacements. Notez que l'assureur n'est pas obligé de payer vos revenus/salaires perdus.

Ce que nous ferons

Si nous prenons en charge votre dossier, nous nous engageons à:

1. Obtenir les rapports de la police, de l'ambulance, de l'hôpital et des médecins.
2. Vous envoyer une copie de la déclaration que vous nous aurez délivrée lors de notre premier rendez-vous.
3. Le cas échéant, vous organiser des consultations de médecins spécialistes pour estimer la gravité de vos blessures, établir un pronostic sur le long terme, évaluer votre aptitude au travail et la nécessité d'une intervention médicale, chirurgicale ou de soins à domicile.

4. Payer les attestations médicales, les comptes-rendus de l'hôpital, le rapport de l'ambulance, le rapport de la police et tout autre rapport dont nous aurons besoin pour préparer votre dossier.
5. Le cas échéant (réclamations majeures), obtenir le rapport des experts non-médicaux (ex : architectes, psychologues). Si la responsabilité n'est pas admise par l'assureur, nous nous procurerons le rapport d'un ingénieur routier.
6. Vous alerter de toutes consultations et rendez-vous que nous vous aurons organisés. Notez que dans la majorité des cas il vous sera nécessaire de vous munir de vos radiographies, IRM, scans et autres lors de vos consultations.
7. Donner aux médecins qui vous suivront tous les rapports, détails et comptes rendus médicaux.
8. Rester informés sur l'évolution de votre situation, et organiser des entretiens de temps en temps afin de faire le point ensemble sur l'avancement de votre dossier et vos réclamations.
9. Obtenir des preuves pour toute réclamation concernant une perte de salaire ou une perte potentielle de source de revenu, et, le cas échéant, engager un comptable qui préparera un rapport de perte de revenus.
10. Vous tenir informé régulièrement sur l'avancement de votre dossier.
11. Si la responsabilité n'est pas admise, nous nous engageons à nous rendre sur les lieux de l'accident pour faire un constat.
12. Au moment opportun, après avoir récupéré toutes les preuves que votre état de santé est stabilisé et que nous connaissons votre pronostic sur le long terme, nous organiserons une conférence de règlement avec la compagnie d'assurance.
13. Établir avec vous une estimation détaillée des dommages et des indemnités avant la conférence de règlement.
14. Tenter de négocier un règlement de votre réclamation.
15. Suite à cette procédure, si votre cas n'est pas réglé, faire appel à un expert ou nous adresser au tribunal.

Ce que l'assureur est susceptible de faire

L'assureur est susceptible de:

1. Faire appel à un expert pour obtenir votre déclaration des faits. Nous

n'autorisons généralement pas les assureurs ou les experts à s'entretenir avec nos clients, surtout si la responsabilité de l'accident (ex: faute) n'est pas identifiée.

2. Vous organiser des consultations avec les spécialistes médico-légaux auxquels il est affilié.
3. Dans le cas où la responsabilité a été admise, payer vos dépenses médicales, bien que ça ne soit pas toujours le cas.
4. Rendre une décision sur la responsabilité (voir plus haut).
5. Une fois que votre état de santé est stable, admettre ou refuser que vos dommages corporels représentent une invalidité permanente de plus de 10% de vos capacités totales, rendant nécessaire l'indemnisation de vos douleurs et souffrances (pertes non financières), et faire une offre de règlement.

Ce que vous devez faire:

1. Vous présenter à tous les rendez-vous médicaux organisés pour vous et faire preuve de coopération avec les médecins qui vous traitent, qu'ils aient été appelés par notre compagnie, par l'assureur ou par le Service des Accidents de Véhicules Motorisés (Motor Accidents Authority).
2. Nous garder informés de l'évolution de votre état de santé, votre situation professionnelle, un éventuel changement d'adresse, ou tout autre changement. Il n'est pas nécessaire de nous appeler de façon régulière. Plutôt, il est préférable que vous preniez note de tous changements et nous en informer lors de nos conférences régulières ou conférences téléphoniques pré-organisées.
3. Nous faire parvenir toutes vos dépenses, factures, reçus, et autres, relatifs aux dépenses médicales, en incluant les dépenses de rééducation, dans les enveloppes pré-affranchies que nous vous aurons fournies, afin que nous puissions obtenir de la part de l'assureur un remboursement de toutes vos dépenses, préparer un récapitulatif de vos réclamations pour dépenses médicales et les présenter à l'assurance ou devant le tribunal si l'affaire y est amenée.
4. Vous comporter normalement (ex: si les médecins attestent que vous pouvez reprendre le travail, vous devez le faire).
5. Si vous réclamez une perte de salaire ou une perte potentielle de revenus, faites-nous parvenir des photocopies de vos avis d'imposition (tax-return) pour les 3 années précédant votre accident. Toute preuve d'emploi est bénéfique pour analyser vos revenus antérieurs à l'accident et vos potentiels revenus.

Rappelez-vous qu'il vous (par nous) incombe de prouver tout aspect de votre réclamation, afin de mettre toutes les chances de votre côté. L'assureur n'est pas en droit de prouver quoi que ce soit excepté votre part de responsabilité dans l'accident.

Quelles indemnités recevrez-vous?

1. Pertes non-financières

Cette indemnité prend en compte les douleurs et souffrances, la perte de jouissance de la vie, la perte de mobilité, etc.

Vous ne recevrez une indemnisation pour pertes non-financières que si l'assureur admet ou que vos blessures sont formellement attestées par un médecin spécialiste désigné comme représentant une invalidité permanente (Whole person Permanent Impairment ou WPI) de plus de 10% de vos capacités globales. Les critères d'évaluation d'un WPI sont établis par le Service d'Accidents de Véhicules Motorisés (Motor Accidents Authority).

Une fois que l'assureur a admis ou qu'il a été attesté que vos blessures et dommages corporels répondent aux critères d'un WPI supérieur à 10%, et qu'il est impossible de déterminer l'importance de votre incapacité permanente, les notions de handicap, restrictions, souffrances, changement de mode de vie et autres seront prises en compte.

2. Dépenses médicales passées et futures.

Celles-ci correspondent aux dépenses que vous avez effectuées depuis la date de l'accident, relatives à vos blessures et toutes celles que vous effectuerez pour votre traitement.

3. Perte de revenus

Si vous étiez employé au moment de l'accident ou si vous attendiez un potentiel revenu, et que vos blessures vous empêchent de travailler ou de percevoir votre potentiel revenu, vous êtes en droit de réclamer une indemnisation pour perte de revenus (ex: salaire).

Cette réclamation inclut la perte de revenu ou de potentiel revenu depuis la date de l'accident, et ce aussi longtemps que vos blessures affectent votre aptitude à travailler.

4. Les soins

Si vos blessures sont telles que vous devez avoir recours à des soins et aides réguliers de votre famille, amis ou autres, vous êtes en droit de recevoir des indemnités pour ces soins, à condition qu'ils soient dispensés pour une période minimum de 6 mois et à raison de 6 heures minimum par semaine. Seuls les médecins qui vous examineront pourront déterminer si votre état nécessite ces soins sur le long terme. Dans la majorité des cas, la demande

est basée sur le fait que les soins seront dispensés par des professionnels.

5. Modifications du mode de vie à domicile et de la mobilité

Dans les cas graves où les blessures affectent la mobilité, des réclamations sont faites pour l'augmentation des coûts relatifs à la modification du mode de vie à domicile et des déplacements.

Comment recevez vous cette compensation?

Cette compensation sera attribuée sous forme de montant forfaitaire exempt d'impôt, payé en une seule fois.

Combien de temps prendra votre cas?

Cela dépendra de la gravité de vos dommages corporels et du type de réclamation. Votre réclamation ne sera pas finalisée tant que votre état de santé n'est pas stable et qu'un pronostic sur le long terme n'a pas été établi. La plupart des réclamations prennent moins de 2 ans.

Si vos blessures se stabilisent relativement vite et qu'un pronostic peut être établi sur le long terme, votre réclamation sera finalisée dans de meilleurs délais.

Le cas doit t-il aller jusqu'au tribunal?

Il est peu probable que votre cas aille jusqu'au tribunal. Plus de 85% des cas sont résolus sans avoir recours à un procès. La majorité des cas sont réglés sans même qu'un procès n'ait été intenté.

Si la responsabilité est admise par la compagnie d'assurance, et que votre réclamation n'est pas encore réglée, elle est susceptible d'être évaluée par un expert contracté par le Service des Accidents de Véhicules Motorisés (Motor Accidents Authority).

Les délais à respecter

Votre réclamation devra être déclarée à l'assurance Green Slip du véhicule en tort dans les 6 mois suivant la date de l'accident. L'accident doit être rapporté à la police dans les 28 jours suivant l'accident.

Si un procès a lieu, il devra être intenté dans les 3 ans suivant la date de l'accident. Il existe cependant des exceptions pour lesquelles il sera possible de modifier les délais. De manière générale, à moins que le procès commence dans les 3 ans suivant la date de l'accident, vous devrez envoyer un dossier au tribunal de district (District Court) pour permettre d'intenter le procès.

Un procès ne peut être intenté sans un certificat délivré par la Motor Accidents Authority.

Qui paye les frais de justice?

Si votre réclamation est validée, l'assurance payera pour la majorité des frais de justice. Vous payerez la différence entre ce que l'assurance doit payer et les frais réels, qui correspond en général à un tiers.

Nous payerons toutes les dépenses (ex: rapports médicaux) et serons remboursés une fois l'affaire classée.

Dans le cas peu probable où votre affaire est perdue, nous ne demandons aucun frais ou ne recherchons aucun remboursement. L'assurance pourra cependant vous demander de lui rembourser les dépenses qu'elle aura effectuées.

Allons-nous exiger un pourcentage de l'indemnité qui vous sera versée?

Non, ceci est illégal.

Nous serons payés pour le travail effectué. Selon la loi, nous devons nous accorder avec vous sur le montant forfaitaire que nous percevrons, une fois que vous nous avez confié votre affaire.

À quelle fréquence serons-nous en contact?

Nous vous écrivons et vous verrons lorsque nécessaire.

Nous aurons maintes occasions de discuter ensemble de votre affaire, pour mettre à jour votre situation et vous expliquer les procédures, l'évolution et les résultats probables en fonction de l'avancement du cas.

Indemnités sans égard à la responsabilité jusqu'à 5000\$

Toute personne blessée après un accident de véhicule motorisé est en droit de recevoir jusqu'à 5000\$ d'indemnisation pour dépenses médicales et perte de revenus, sans égard à sa responsabilité. Cela signifie que même si vous étiez le conducteur en tort, vous avez droit de réclamer jusqu'à 5000\$ de d'indemnités pour ces dépenses.

Pour avoir accès aux indemnités sans égard à la responsabilité il vous sera nécessaire de remplir un Formulaire de Déclaration d'Accident (Accident Notification Form ou ANF) dans les 28 jours suivant la date de l'accident. L'ANF doit être remplie avec l'une des compagnies d'Assurance au Tiers Obligatoire (Compulsory Third Party ou CTP) des véhicules impliqués dans l'accident.

Il vous faudra suivre la procédure de réclamation précédemment énoncée même si vous réclamez une indemnité supérieure à 5000\$.

Indemnité sans égard à la responsabilité.

Les enfants de moins de 16 ans blessés lors d'un accident de la route entrent dans le cadre spécial du droit à indemnisation sans égard à la responsabilité. Dans la plupart des cas, les enfants de moins de 16 ans ont droit à une indemnité pour leurs dépenses médicales et de rééducation et pour le coût de leurs soins, quelque soit leur faute dans l'accident.

Néanmoins, il est toujours nécessaire de prouver la faute du conducteur du véhicule pour pouvoir réclamer une indemnité pour d'autres dommages, telles que douleurs, souffrances ou perte de salaire.

Dans certaines circonstances, il est aussi possible pour des adultes de recevoir une indemnisation pour un accident même en cas d'absence de responsabilité ou d'accident "sans faute" (blameless).

Ces cas d'indemnités sans égard à la responsabilité doivent suivre toutes les demandes de procédure exposées précédemment y inclus le logement d'un Formulaire de Réclamation pour Blessures Personnelles (Personal Injury Claim Form) dans les 6 mois suivant la date de l'accident. Le procès s'il a lieu, devra commencer dans les 3 ans après la date de l'accident.

SOINS À VIE ET PLANS D'AIDES

Si vous êtes blessé dans un accident de la route après le 1er Octobre 2007 et que les séquelles de ces blessures sont très graves, vous pouvez être affilié au Plan d'Aide et de Soins à Vie (Lifetime Care and Support Scheme ou LTCS). Le LTCS opère sans égard à la responsabilité. Cela veut dire que vous serez en droit de bénéficier de leur support même si vous ne pouvez pas prouver que quelqu'un d'autre était responsable de l'accident.

Les blessures suivantes peuvent rentrer dans le cadre du LTCS, en fonction de leur gravité:

- Dommages cérébraux
- Lésion de la moelle épinière
- Amputations
- Brûlures graves
- Cécité

Il n'y a pas de date limite pour devenir membre du plan LTCS bien que dans la majorité des cas, les personnes éligibles s'y affilient souvent dans de courts délais, parfois lorsqu'elles sont toujours hospitalisées.

Si vous devenez un participant du LTCS, les services du LTCS prendront en

charge financièrement votre traitement et vos soins tant que vous serez affilié chez eux. Votre éligibilité pour bénéficier de ce plan doit être réévaluée deux ans après la date de l'accident. À cette date, vous pourrez être dispensé de leur aide si votre état de santé s'est amélioré. Dans le cas où il n'y a eu aucune amélioration, vous pourrez être admis en tant que membre du plan LTCS à vie.

Si vous êtes exempté du plan LTCS, vous pourrez demander une indemnité pour votre traitement et vos soins dans le cadre de la réclamation de l'Assurance Obligatoire au Tiers (CTP) (Si vous êtes en mesure de prouver qu'un autre véhicule est responsable de l'accident). Si vous êtes admis en tant que membre du plan LTCS à vie, les services du LTCS prendront en charge financièrement votre traitement et vos soins à vie, et vous ne pourrez pas réclamer ces indemnités dans la réclamation CTP.