

## Hit and Run Claim Form

## Formulaire de réclamation pour délit de fuite

A.	GUIDELINES	DIRECTIVES
1.	Hit and Run road traffic accident means an accident in which the person who has caused the accident remain untraceable.	Délit de fuite signifie un accident de la circulation routière lorsque la personne qui a causé l'accident reste introuvable.
2.	Supporting documents such as police report, medical reports etc. should be filed with the claim form.	Documents de preuve tels le rapport de police, les rapports médicaux, entre autres doivent être soumis avec le formulaire de demande.
3.	Provide as much information as possible including on your involvement in the accident, details of personal injuries sustained, any witnesses information etc.	Fournissez autant d'informations que possible, y compris sur votre implication dans l'accident, le détail des blessures personnelles encourues, toute information provenant des témoins etc.
4.	If you are not able to answer any of the questions because you do not have or are waiting for the information, please tell us on the form.	Si vous n'êtes pas en mesure de répondre à toutes les questions parce que vous n'avez pas ou vous êtes toujours en attente d'information, veuillez le préciser dans le formulaire.
5.	Fill in the form in sequential order, i.e., B .. B1.. B2.. C.....	Remplissez le formulaire par ordre séquentiel, à savoir B .. B1 .. B2 .. C ... ..
6.	If you need more space for your answers, write them on a separate sheet with the question number. Submit it with your claim form.	Si vous avez besoin de plus d'espace pour vos réponses, écrivez-les sur une feuille séparée en indiquant le numéro de question. Soumettez l'information munie de votre formulaire de réclamation.
7.	The victim means the person who was injured / dead in the accident while the claimant is the person making the claim.	La victime est l'individu blessé / décédé dans l'accident alors que le demandeur est la personne faisant la réclamation.
8.	Use only one claim form per victim.	Utilisez un seul formulaire de réclamation par victime.
9.	Making a claim to the IICF Hit and Run Sub-Fund <b>does not guarantee</b> you a compensation.	Une réclamation faite à l'IICF Hit and Run Sub-Fund <b>ne vous garantit</b> pas de compensation.
10.	One can only make a claim to the IICF Hit and Run Sub-Fund if:	Une réclamation peut être soumise auprès de l'IICF Hit and Run Sub-Fund si :
	✓ The claimant is / has been a victim of a hit and run in a road traffic accident on / after 1st January 2016.	✓ Le demandeur est / a été victime d'un délit de fuite dans un accident de la circulation routière survenu à partir du 1er janvier 2016.
	✓ The claimant is the legal guardian or heir of a victim of a hit and run in a road traffic accident on / after 1st January 2016.	✓ Le demandeur est le tuteur légal ou l'héritier d'une victime d'un délit de fuite dans un accident de la circulation routière survenu à partir du 1er janvier 2016.
	✓ The victim has suffered bodily injury or is dead as a result of the accident.	✓ La victime a subi des blessures ou est décédée à la suite de l'accident.
	✓ The police have not been able to identify the other party involved in the accident.	✓ La police n'a pas été en mesure d'identifier l'autre partie impliquée dans l'accident.
	✓ It has been more than 3 months since the date of the accident.	✓ Il y a eu plus de 3 mois depuis la date de l'accident.
11.	Contact details are found under section F of the form.	Les coordonnées figurent dans l'article F du formulaire.
<b>Any false or misleading representation to the IICF will give rise to legal action and will be reported to the Police.</b>		<b>Toute représentation fautive ou trompeuse à l'IICF donnera lieu à une action en justice et sera signalé à la Police.</b>

## Hit and Run Claim Form

## Formulaire de réclamation pour délit de fuite

B. VICTIM AND CLAIMANT DETAILS		DÉTAILS DU DEMANDEUR ET DE LA VICTIME	
		VICTIM VICTIME	CLAIMANT DEMANDEUR
B1.	Name and Surname <i>Nom de Famille et Prénom</i>		
B2.	National Identity Card number <i>Numéro de carte d'identité nationale</i>		
B3.	Address <i>Adresse</i>		
B4.	Phone number <i>Numéro de téléphone</i>		
B5.	Email <i>Courrier électronique</i>		
B6.	Occupation <i>Profession</i>		

C. DETAILS OF ACCIDENT		DÉTAILS DE L'ACCIDENT	
C1.	Date and Time of the accident <i>Date et heure de l'accident</i>	C2.	Location of accident <i>Lieu de l'accident</i>
C3.	Description of accident <i>Description de l'accident</i>	(If you need more space for your answers, write them on a separate sheet with the question number) (Si vous avez besoin de plus d'espace pour vos réponses, écrivez-les sur une feuille séparée en indiquant le numéro de question)	

D. DETAILS OF POLICE INVOLVEMENT		DÉTAILS DE LA PARTICIPATION DE LA POLICE	
D1.	Date and Police station where accident was reported <i>Date et poste de Police ou l'accident a été rapporté</i>	D2.	Police OB number <i>Numéro d'OB de la Police</i>

<b>Hit and Run Claim Form</b>	<b>Formulaire de réclamation pour délit de fuite</b>
-----------------------------------	--

E. DETAILS OF THE INJURY SUSTAINED	DÉTAILS DES BLESSURES SUBIES
E1. Provide a brief on the injuries sustained during the accident	Veuillez donner une brève description des blessures subies lors de l'accident
(If you need more space for your answers, write them on a separate sheet with the question number) (Si vous avez besoin de plus d'espace pour vos réponses, écrivez-les sur une feuille séparée en indiquant le numéro de question)	
E2. Hospital / Clinic attended and Patient file number  <i>Hôpital / Clinique admis et numéro de dossier</i>	E3. Number of days admitted as inpatient  <i>Nombre de jours hospitalisés</i>

F. WHAT TO DO NEXT	CE QU'IL FAUT FAIRE
1. Check that you answered all the questions as fully and accurately as possible.	Vérifiez que vous ayez répondu à toutes les questions aussi précises que possible.
2. Make sure you have read, completed and signed the declaration under section G before submitting your claim.	Assurez-vous d'avoir lu, rempli et signé la déclaration prévue à l'article G avant de soumettre votre réclamation.
3. Tick the following to indicate the supporting documents you are sending:	Veuillez indiquer en cochant ci-dessous les documents soumis :
<input type="checkbox"/> Copy of Claimant's National Identity Card / passport / birth certificate	<input type="checkbox"/> Copie de la carte nationale d'identité / passeport / certificat de naissance du demandeur
<input type="checkbox"/> Copy of victim's National Identity Card / passport / birth certificate	<input type="checkbox"/> Copie de la carte nationale d'identité / passeport / certificat de naissance de la victime
<input type="checkbox"/> Copy of witness details and statement (if any)	<input type="checkbox"/> Copie des détails et de déclaration des témoins (si disponible)
<input type="checkbox"/> Copy of Police report (if available)	<input type="checkbox"/> Copie du rapport de police (si disponible)
<input type="checkbox"/> Death Certificate (if applicable)	<input type="checkbox"/> Certificat de décès (si applicable)
<input type="checkbox"/> Affidavit of filiation / Deed of Notoriety (if applicable)	<input type="checkbox"/> Affidavit de filiation / Acte de notoriété / (si applicable)
4. <b>Send your claim form to the following address:</b>	<b>Envoyez votre formulaire de demande à l'adresse suivante:</b>
The Secretary Insurance Industry Compensation Fund Hit & Run Sub-Fund Level 8, Sicom Tower, Wall Street, Ebene Email: <a href="mailto:iicf@myt.mu">iicf@myt.mu</a> Tel: 489 9060 (during office hours)	Le Secrétaire Insurance Industry Compensation Fund Hit & Run Sub-Fund Level 8, Sicom Tower, Wall Street, Ebene Email: <a href="mailto:iicf@myt.mu">iicf@myt.mu</a> Tel: 489 9060 (pendant les heures de bureau)

<b>Hit and Run Claim Form</b>	<b>Formulaire de réclamation pour délit de fuite</b>
-----------------------------------	--

<b>G. DECLARATION</b>	<b>DECLARATION</b>				
<p>Please read this section carefully before you sign.</p> <p>This declaration is a proof of your consent for us to investigate your claim. Please note that any false or misleading representation to the IICF will give rise to legal action and will be reported to the Police.</p> <p>G1. I declare that I am the claimant / responsible for the claimant referred to in this claim form and that this form has been completed to the best of my knowledge and that the information provided are true and factual. If required, I undertake to provide any further assistance to the Insurance Industry Compensation Fund (IICF).</p> <p>G2. I recognise that the submission of this claim form does not in any way guarantee that the IICF will make a compensation payment to me.</p> <p>G3. I consent to the IICF and their representatives using my personal and sensitive information (such as medical information and criminal convictions relevant to the claim) in accordance to the Data Protection Act 2004.</p> <p>G4. I authorise the release of any information which may be relevant to my claim to the IICF or any of its representatives from any source. This may include, but is not limited to, information requested from:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• my employers or any other persons or organisations to whom I may have rendered services, (information requested may include, but is not limited to: absence / attendance records, precise contract details of any services provided);</li> <li>• any government department, (information requested may include, but is not limited to: all applications for benefit, tax records, payments made);</li> <li>• other public or private bodies, or individuals.</li> </ul> <p>G5. I hereby authorise any health professional, whom I have consulted at any point in time after the accident, to provide the IICF or its representatives with any relevant information concerning my past, present, or anticipated future physical and mental state. I expressly understand that by signing this form I am giving permission for all my health records and notes to be disclosed to the IICF or its representatives.</p> <p>G6. The IICF may substitute into the rights of any person compensated by the fund to another person, up to the amount compensated, in order to recover from any person whose liability is extinguished or reduced by the payment of compensation. Any sum recovered will be attributed to the IICF.</p>	<p>Lisez attentivement cette section avant de signer.</p> <p>Cette déclaration est une preuve de votre consentement pour que nous examinons votre demande. Il est à noter que toute représentation fautive ou trompeuse à l'IICF donnera lieu à une action en justice et sera signalé à la Police.</p> <p>Je déclare que je suis le demandeur / responsable de la victime référé ce formulaire de demande et que ce formulaire a été rempli en bonne connaissance de cause et que les renseignements fournis sont vraies et factuels. Si nécessaire, je m'engage à fournir plus d'assistance à l'Insurance Industry Compensation Fund (IICF).</p> <p>Je reconnais que la soumission de ce formulaire de réclamation ne garantit aucun paiement de compensation de l'IICF.</p> <p>Je consens à ce que l'IICF et ses représentants puissent utiliser mes données personnelles et confidentielles (tel les informations médicales et condamnations pénales relatives à la demande) selon la Data Protection Act 2004.</p> <p>J'autorise de divulguer toute information qui pourrait être pertinente à ma demande à l'IICF ou à ses représentants. Ceci pourrait inclure, sans toutefois s'y limiter, les informations requises auprès de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mes employeurs ou d'autres personnes ou organisations auxquels j'ai octroyé des services, (les informations demandées peuvent inclure, entres autres : rapport d'absence et de présence, les coordonnées précises des services fournis) ;</li> <li>• tous ministères ou organismes fédéraux, (les informations demandées peuvent inclure, entres autres: toutes les demandes de prestations, les dossiers fiscaux, les paiements effectués) ;</li> <li>• d'autres organismes publics ou privés, ou des individus.</li> </ul> <p>J'autorise aux professionnels de la santé, que j'ai consultée à tout moment après l'accident, de fournir à l'IICF ou ses représentants toute information pertinente concernant mon état physique et mental passé, présent, ou futur. Je suis conscient qu'en signant ce formulaire je donne la permission pour que tous mes documents de santé soient remis à l'IICF ou à ses représentants.</p> <p>L'IICF peut se substituer aux droits d'une personne indemnisée par l'IICF à une autre personne, jusqu'au montant payé, afin de récupérer auprès de toute personne dont la responsabilité est éteinte ou réduite par le versement d'une indemnité. Toute somme récupérée sera attribuée à l'IICF.</p>				
<p>G7.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 80px; text-align: center; vertical-align: middle;">✕</td> <td style="width: 25%; height: 80px; text-align: center; vertical-align: middle;">✕</td> <td style="width: 25%; height: 80px; text-align: center; vertical-align: middle;">✕</td> <td style="width: 25%; height: 80px; text-align: center; vertical-align: middle;">✕</td> </tr> </table>	✕	✕	✕	✕	
✕	✕	✕	✕		
<p style="text-align: center;">Name of claimant <i>Nom du demandeur</i></p>	<p style="text-align: center;">Signature of claimant <i>Signature du demandeur</i></p>	<p style="text-align: center;">Date <i>Date</i></p>	<p style="text-align: center;">Relationship to victim <i>Lien de parenté avec la victime</i></p>		