

# Demande d'indemnités pour le témoin

Le Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels est administré par la Direction des services aux victimes de Justice Manitoba; il indemnise les témoins admissibles conformément à la *Loi modifiant la Déclaration des droits des victimes* et au *Règlement sur les droits des victimes*. Le Programme ne couvre que le préjudice physique ou psychologique causé par un acte criminel au Manitoba. Tout dommage à un bien qui est causé par un acte criminel devrait être couvert par des polices d'assurance privées.

Si vous êtes témoin d'un acte criminel grave, vous avez peut-être le droit d'être indemnisé (argent, services, soutien) pour des troubles affectifs subis. On entend par « témoin » quiconque assiste à la perpétration d'un acte criminel, sans être en cause ou subir de blessures physiques. Pour obtenir de plus amples détails sur le Programme ou sur des indemnités précises, veuillez consulter la feuille de renseignements intitulée *Soutien aux témoins* et la feuille de renseignements généraux intitulée *Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels*.

**Utilisez le présent formulaire pour demander des indemnités si vous êtes témoin d'un acte criminel, et âgé de 18 ans au moins.** Si vous êtes un parent ou le tuteur d'un enfant mineur (âgé de moins de 18 ans) qui est témoin d'un acte criminel, vous pouvez utiliser le présent formulaire de demande pour réclamer des indemnités au nom d'un enfant.

## Instructions

1. Remplir le formulaire de demande.
2. Répondre à toutes les questions en détail afin que votre demande puisse être évaluée rapidement.
3. Écrire toutes vos réponses en caractères d'imprimerie de façon claire.
4. Signer le formulaire d'autorisation à la section 9 (W5).
5. Signer le formulaire de déclaration à la section 10 (W6).

**Les demandes qui ne comprennent pas les formulaires d'autorisation et de déclaration signés seront retournées à l'auteur de la demande.**

6. Envoyer l'original de la demande et toute annexe par la poste ou par télécopieur à :

**Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels**

**405, Broadway, bureau 1410**

**Winnipeg (Manitoba) R3C 3L6**

**Télécopieur : 204 948-3071**

7. En cas de changement d'adresse ou de numéro de téléphone après l'envoi de votre demande, vous devez en informer immédiatement le personnel du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels.

Dans le cadre de l'examen de la présente demande, le personnel du Programme :

- demandera à la police un rapport sur l'acte criminel;
- examinera les antécédents judiciaires du témoin;
- vérifiera les rapports médicaux, le cas échéant.

Si vous avez des questions à propos de votre demande, appelez au 204 945-0899 à Winnipeg; numéro sans frais au Manitoba : 1 800 262-9344; ou consultez le site à l'adresse suivante : [www.gov.mb.ca/justice/victims/index.fr.html](http://www.gov.mb.ca/justice/victims/index.fr.html).

## Section 1. Renseignements sur le témoin (auteur de la demande)

Cette section ne porte que sur les renseignements concernant le témoin d'un acte criminel.

Si vous êtes le tuteur d'un témoin (âgé de moins de 18 ans) ou un représentant légal qui présente une demande au nom d'un témoin, vous devez remplir la section 2 (Renseignements sur l'auteur de la demande), ainsi que le reste du formulaire de demande. Ne pas remplir la section 2 si vous aidez seulement un témoin à remplir la demande.

**Autre(s) nom(s) utilisé(s) (p. ex., un sobriquet, le nom de jeune fille, un surnom) :** Si vous avez changé de nom ou utilisez un autre nom, énumérez le ou les noms.

**Adresse postale :** Donnez votre adresse postale actuelle, y compris la ville ou le village, la province et le code postal. Toutes les lettres provenant du Programme seront expédiées à cette adresse. Vous devez informer immédiatement le personnel du Programme en cas de changement dans ces renseignements.

**Numéros de téléphone :** Donnez votre numéro de téléphone principal (p. ex., domicile) et tout autre numéro auquel vous pouvez être joint (p. ex., téléphone cellulaire, travail). Ne pas oublier l'indicatif régional.

**Avez-vous déjà été condamné pour un acte criminel sans avoir été réhabilité?** Cochez la case « oui » ou « non ».

**Dans l'affirmative :** Indiquez le type d'acte(s) criminel(s) et la date de chaque condamnation. Inscrivez tous les actes criminels pour lesquels vous avez été condamné et la date de ces condamnations.

**Faites-vous l'objet d'accusations au criminel en instance?** Cochez la case « oui », « non » ou « ne sais pas ».

**Dans l'affirmative :** Indiquez le type d'infraction et la ou les dates auxquelles les accusations ont été portées, le cas échéant. (Utilisez une feuille supplémentaire au besoin.)

**Avez-vous déjà habité à l'extérieur du Manitoba?**

**Dans l'affirmative :** Donnez les adresses où vous avez habité (ville/village, province/État, pays) au cours des dix dernières années.

**Section 1. Renseignements sur le témoin (auteur de la demande)**

Nom du témoin <i>Nom</i> _____ <i>Prénom</i> _____ <i>Initiale du second prénom</i> _____			Sexe <input type="checkbox"/> <i>Femme</i> <input type="checkbox"/> <i>Homme</i>
Autres noms utilisés <i>(P. ex., sobriquet, nom de jeune fille, surnom)</i>			Date de naissance <i>mois / jour / année</i>
Numéro d'identification médical personnel <i>(Le numéro de neuf chiffres ou votre carte de Santé Manitoba)</i>		Numéro de carte d'Indien visé par un traité ou de Métis <i>(si vous en avez une)</i>	
Adresse postale <i>Numéro de rue ou C.P.</i> _____ <i>Rue</i> _____ <i>Ville</i> _____ <i>Province</i> _____ <i>Code postal</i> _____			
Numéro de téléphone principal <i>(p. ex., domicile)</i> et autres numéros <i>(p. ex., téléphone cellulaire, travail)</i>			
Adresse électronique <i>(Si vous en avez une)</i>		Lien avec la victime, le cas échéant <i>(P. ex., aucun, ami, voisin)</i>	
Avez-vous déjà été condamné pour un acte criminel sans avoir été réhabilité? <b>Dans l'affirmative :</b> <i>Indiquez le type d'infraction et la ou les dates des condamnations, le cas échéant.</i>			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<i>Infraction</i>		<i>Date de la condamnation : mois / jour / année</i>	
1. _____		_____	
2. _____		_____	
3. _____		_____	
Faites-vous l'objet d'accusations au criminel en instance? <b>Dans l'affirmative :</b> <i>Indiquez le type d'infraction et la ou les dates auxquelles les accusations ont été portées, le cas échéant.</i>			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas <input type="checkbox"/>
<i>Infraction</i>		<i>Date de l'accusation : mois / jour / année</i>	
1. _____		_____	
2. _____		_____	
3. _____		_____	
Avez-vous déjà habité à l'extérieur du Manitoba? <b>Dans l'affirmative :</b> <i>Donnez l'adresse et les dates.</i>			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<i>Ville/village</i>	<i>Province/État</i>	<i>Pays</i>	<i>Date : mois / jour / année</i>
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
Avez-vous déjà présenté une demande au Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels? <b>Dans l'affirmative :</b> <i>Quand?</i>			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

## Section 2. Renseignements sur l'auteur de la demande (si l'auteur de la demande n'est pas le témoin de l'acte criminel)

Cette section ne porte que sur les renseignements personnels de l'auteur de la demande.

Ne remplissez cette section que si vous êtes le parent, le tuteur ou le représentant légal qui présente une demande au nom d'un témoin mineur (âgé de moins de 18 ans) ou d'un témoin souffrant d'incapacité mentale. Vous devez être âgé de 18 ans ou plus pour présenter une demande. Ne pas remplir la section 2 si vous aidez seulement le témoin à remplir la demande.

**Adresse postale :** Donnez votre adresse postale actuelle, y compris la ville ou le village, la province et le code postal. Toutes les lettres provenant du Programme seront expédiées à cette adresse. Vous devez informer immédiatement le personnel du Programme en cas de changement dans ces renseignements.

**Numéros de téléphone :** Donnez votre numéro de téléphone principal (p. ex., domicile) et tout autre numéro auquel vous pouvez être joint (p. ex., téléphone cellulaire, travail). Ne pas oublier l'indicatif régional.

**Quel est votre lien avec le témoin?** Déclarez si vous êtes un parent, le tuteur, un avocat, etc.

Êtes-vous le tuteur ou le représentant légal du témoin? Cochez la case « oui » ou « non ».

**Dans l'affirmative :** Joignez une copie de l'ordonnance judiciaire ou de l'autorisation qui énonce que vous avez l'autorité légale ou que la tutelle vous a été confiée. Si vous êtes le parent ayant la garde légale du témoin, il n'est pas nécessaire d'annexer de document.

## Section 3. Renseignements sur le délai d'un an

Il y a un délai d'un an pour présenter une demande d'indemnités au titre d'une blessure causée par un acte criminel. Toutefois, le Programme peut accorder plus de temps (accorder une prorogation) s'il existe un motif valable pour le retard. Si vous présentez une demande d'indemnités après le délai d'un an, donnez les motifs pour lesquels vous ne l'avez pas présentée avant.

**Indemnisation des victimes d'actes criminels :  
Demande d'indemnités pour le témoin**

**Numéro de la demande :** \_\_\_\_\_

**Section 2. Renseignements sur l'auteur de la demande (si l'auteur de la demande n'est pas le témoin de l'acte criminel)**

Ne remplissez cette section que si vous êtes le parent, le tuteur ou le représentant légal qui présente une demande au nom d'un témoin mineur (âgé de moins de 18 ans) ou d'un témoin souffrant d'incapacité mentale. Vous devez être âgé de 18 ans ou plus pour présenter une demande. Ne pas remplir la section 2 si vous aidez seulement le témoin à remplir la demande.

Nom de l'auteur de la demande		
Nom _____	Prénom _____	Initiale du second prénom _____
Adresse postale		
Numéro de rue ou C.P. _____	Rue _____	
Ville _____	Province _____	Code postal _____
Numéro de téléphone principal (p. ex., domicile) et autres numéros (p. ex., téléphone cellulaire, travail)		
Adresse électronique (Si vous en avez une)	Quel est votre lien avec le témoin? (P. ex., « parent » « tuteur » « avocat » « autre »)	
Êtes-vous le tuteur ou le représentant légal du témoin? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
<b>Dans l'affirmative :</b> Joignez une copie de l'ordonnance judiciaire ou de l'autorisation qui énonce que vous avez l'autorité légale ou que la tutelle vous a été confiée. Si vous êtes le parent ayant la garde légale du témoin, il n'est pas nécessaire d'annexer de document.		

**Section 3. Renseignements sur le délai d'un an**

La présente demande est-elle présentée dans l'année suivant la date de l'acte criminel? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
<b>Dans la négative :</b> Dites brièvement pourquoi vous n'avez pas présenté la demande avant.	

## Section 4. Renseignements sur la victime de l'acte criminel



Cette section porte sur les renseignements concernant la victime de l'acte criminel. Elle permettra au personnel du Programme d'obtenir les renseignements nécessaires aux fins de l'évaluation de votre admissibilité au Programme.

## Section 5. Renseignements sur l'acte criminel



Cette section présente l'acte criminel de façon détaillée. Le personnel du Programme s'en servira pour obtenir les renseignements nécessaires auprès de la police.

**Type d'acte criminel :** Décrivez brièvement (en quelques mots) le type d'acte criminel (p. ex., invasion de domicile, voies de fait).

**Date(s) de l'acte criminel :** Donnez la ou les dates auxquelles l'acte criminel a été commis. Si l'acte criminel a été commis sur une certaine période, donnez des dates approximatives (p. ex., septembre 2001 à décembre 2002).

**Lieu de l'acte criminel :** Donnez la ville ou le village au Manitoba où l'acte criminel a été commis. Si l'acte criminel a été commis sur une certaine période dans plusieurs emplacements, énumérez tous les emplacements.

**Lien entre l'auteur présumé de l'infraction et la victime (le cas échéant) :** Énoncez le lien entre la victime, le cas échéant, et la personne qui aurait commis l'acte criminel (p. ex., l'auteur présumé de l'infraction est l'ex-mari, la mère, l'ami intime de la famille de la victime).

**Décrivez brièvement l'acte criminel en vos propres termes : Décrivez brièvement l'incident dont vous avez été témoin.**

## Section 4. Renseignements sur la victime de l'acte criminel

Nom de la victime			Sexe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nom	Prénom	Initiale du second prénom	Femme	Homme
Autres noms utilisés (P. ex., sobriquet, nom de jeune fille, surnom, si vous les connaissez)			Date de naissance : mois / jour / année	
La victime a-t-elle été blessée ou est-elle décédée sur son lieu de travail?			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas <input type="checkbox"/>	
La victime est-elle décédée des suites de l'acte criminel? <b>Dans l'affirmative :</b> Inscrivez la date du décès (si vous la connaissez)			oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

## Section 5. Renseignements sur l'acte criminel

Type d'acte criminel (P. ex., voies de fait, vol qualifié)	Date(s) de l'acte criminel mois / jour / année
Lieu de l'acte criminel (village / ville / quartier)	
L'acte criminel a-t-il été signalé à la police? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas <input type="checkbox"/>	Date du signalement de l'acte criminel : mois / jour / année
Le service de police à qui l'acte criminel a été signalé (P. ex., Service de police de Winnipeg, GRC)	Numéro du rapport de police (Si vous le connaissez)
Nom de l'enquêteur (si vous le connaissez)	
Nom de la personne soupçonnée d'avoir commis l'acte criminel (auteur présumé de l'infraction) (si vous le connaissez)	
Lien entre l'auteur présumé de l'infraction et la victime (si vous le connaissez)	
L'auteur présumé de l'infraction a-t-il été accusé? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas <input type="checkbox"/>	
Décrivez brièvement l'acte criminel en vos propres termes.	

## Section 6. Renseignements sur les blessures ou les troubles subis par le témoin

Cette section porte sur les renseignements concernant les blessures subies par le témoin du simple fait de sa présence sur les lieux de l'acte criminel.

**Décrivez brièvement les troubles affectifs subis à cause de l'acte criminel** (p. ex., flashback, manque de sommeil).

## Section 7. Renseignements médicaux sur le témoin

Cette section présente de façon détaillée le ou les traitements que vous avez reçus du fait de l'acte criminel. Le personnel du Programme pourra ainsi avoir les renseignements nécessaires sur vos blessures ou vos troubles en interrogeant les personnes qui vous ont traité.

Remplissez toutes les sections qui s'appliquent à votre cas, y compris les adresses et les numéros de téléphone.

**Professionnels de la santé que vous avez consultés à cause de l'acte criminel :** Donnez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de chaque professionnel de la santé (p. ex., médecin, psychologue) que vous avez consulté du fait de vos troubles. Énumérez la ou les dates auxquelles vous avez reçu le ou les traitements.

## Section 8. Témoins admissibles aux prestations

Cette section porte sur les renseignements concernant les prestations auxquelles vous êtes admissible. Cochez toutes les cases qui s'appliquent à l'heure actuelle, plus toutes celles qui pourraient s'appliquer à l'avenir.



## Section 6. Renseignements sur les blessures ou les troubles subis par le témoin

Avez-vous subi des blessures ou des troubles du fait de l'acte criminel?      oui  non

**Dans l'affirmative :** Décrivez brièvement les troubles affectifs subis à cause de cet acte criminel.

## Section 7. Renseignements médicaux sur le témoin

Professionnel de la santé que vous avez consulté à cause de l'acte criminel :

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Dates du traitement : mois/jour/année \_\_\_\_\_

Conseiller : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Dates du traitement : mois/jour/année \_\_\_\_\_

Psychologue ou psychiatre : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Dates du traitement : mois/jour/année \_\_\_\_\_

Autres (p. ex., aîné autochtone, chef spirituel) : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Dates du traitement : mois/jour/année \_\_\_\_\_

Avez-vous reçu, ou recevrez-vous, du financement auprès d'une autre source (p. ex., la Croix-Bleue) pour des services de counselling?

oui  non

**Dans l'affirmative :** Inscrivez le nom du fournisseur (p. ex., la Croix-Bleue, un programme d'aide aux employés) et le numéro du régime, le cas échéant.

## Section 8. Témoins admissibles aux prestations

Cochez toutes les cases qui s'appliquent maintenant, AINSI que celles qui pourraient s'appliquer à l'avenir.

- Services de counselling
- Frais de déplacement ou dépenses connexes (p. ex., hôtel, repas)
- Vêtements endommagés ou détruits que vous portiez au moment de l'acte criminel
- Nettoyage de la scène de l'acte criminel

## Section 9. Autorisation

### LIRE LA PRÉSENTE AUTORISATION

Cette section autorise le personnel du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels à obtenir des renseignements auprès de la police, des thérapeutes, des employeurs, d'autres programmes gouvernementaux et de tout autre organisme ou organisation. Le personnel du Programme ne demandera que les renseignements dont il a besoin pour évaluer si vous avez droit aux indemnités conformément à la *Loi modifiant la Déclaration des droits des victimes* et au *Règlement sur les droits des victimes*.

Les renseignements personnels recherchés par la présente demande sont colligés sous le régime de la *Loi modifiant la Déclaration des droits des victimes*. Le personnel du Programme utilisera ces renseignements conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et à la *Loi sur les renseignements médicaux personnels*.

Votre signature sur la présente autorisation sera valide pendant deux ans à compter de la date à laquelle vous l'avez signée. Si vous souhaitez annuler la présente autorisation, vous devez envoyer une lettre au gestionnaire du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels.

#### Signature de l'auteur de la demande

- Si vous êtes âgé de 18 ans ou plus, vous pouvez signer et dater la présente autorisation.
- Si vous êtes âgé de moins de 18 ans, un de vos parents ou votre tuteur doit signer et dater l'autorisation.
- Si vous présentez la demande au nom du témoin, vous pouvez signer l'autorisation à titre d'auteur de la demande.

**Votre demande vous sera retournée si cette section n'est pas signée et datée.**

## Section 9. Autorisation

---

*Nom du témoin*

---

*Date de naissance du témoin*

Conformément à la *Déclaration des droits des victimes* [paragraphe 52(2) et article 53], le directeur des Services aux victimes (ou tout employé délégué par lui) peut colliger les renseignements nécessaires à l'évaluation de l'admissibilité aux indemnités auprès du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels. La présente autorisation est signée par le témoin (susnommé) afin de permettre la divulgation des renseignements suivants.

J'autorise par les présentes :

1. le service de police ou tout autre organisme ou ministère gouvernemental (p. ex., médecin légiste) qui participe à l'enquête sur l'acte criminel, à fournir au directeur tout renseignement directement ou indirectement lié à l'acte criminel ou aux actes criminels figurant dans la présente demande;
2. tout professionnel de la santé ou fournisseur de soins de santé (p. ex., médecin, psychiatre, psychologue ou thérapeute fournissant des services de counselling), qui a soigné les blessures ou les troubles du témoin, à fournir au directeur tout document personnel directement ou indirectement lié aux blessures ou troubles visés par la présente demande;
3. Service Canada, Affaires indiennes et du Nord Canada, la Commission des accidents du travail du Manitoba, la Société d'assurance publique du Manitoba, l'Assurance-emploi, le Régime de pensions du Canada, ou tout autre régime d'assurance-emploi ou de retraite public ou privé similaire à fournir les renseignements nécessaires au personnel du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels pour ce qui est de la présente demande d'indemnités;
4. le directeur à obtenir des renseignements sur toutes les accusations au criminel en instance et toutes les condamnations criminelles du témoin;
5. le directeur à divulguer des renseignements, notamment les sections pertinentes de la demande, à la police, aux professionnels de la santé ou à d'autres organismes s'ils sont nécessaires pour obtenir des renseignements demandés (aux points 1 à 5 ci-dessus) afin qu'ils soient utilisés dans le cadre de l'évaluation de l'admissibilité aux indemnités du témoin.

Je comprends que je peux annuler la présente autorisation, à tout moment, en écrivant une lettre au directeur du Programme. Je comprends que si la présente autorisation est annulée, ou que si j'ometts de fournir les renseignements que me demande le directeur, une telle révocation peut entraver la capacité du personnel du Programme à évaluer la présente demande. Une télécopie de la présente demande a valeur d'original lorsqu'elle est présentée à un établissement de soins de santé, un professionnel de la santé, à un service de police ou à tout autre organisme. La présente autorisation est valide pendant deux ans à compter de la date de signature, à moins qu'elle ne soit annulée par écrit par le témoin ou par le représentant (auteur de la demande) qui signe le présent formulaire.

---

*Signature du témoin ou de l'auteur de la demande*

---

*Date*

## Section 10. Déclaration

En signant cette section, vous déclarez que les renseignements que vous avez fournis sont véridiques et exacts.

**La présente demande peut être refusée si vous faites une fausse déclaration (si vous ne dites pas la vérité).**

Si, en tout temps, il est découvert que vous avez fourni des renseignements erronés, vous serez légalement tenu de rembourser immédiatement au Programme le montant des indemnités que vous aurez déjà reçues.

Remplissez, signez et datez cette section.

**Votre demande vous sera retournée si cette section n'est pas signée et datée.**

## **Section 10. Déclaration**

Vous devez remplir cette section, la signer et la dater.

Je présente une demande de prestations offertes aux témoins conformément à la *Loi modifiant la Déclaration des droits des victimes* et

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ déclare que les renseignements déclarés dans la  
*Nom du témoin ou de l'auteur de la demande (écrivez lisiblement)*

présente demande sont véridiques et exacts.

\_\_\_\_\_  
*Signature du témoin ou de l'auteur de la demande*

\_\_\_\_\_  
*Date*

**Votre demande vous sera retournée si cette section n'est pas signée et datée.**

## Section 11. Autorisation facultative



Remplissez cette section si vous souhaitez que le personnel du Programme discute de votre dossier avec un tiers. La loi sur la protection de la vie privée n'autorise pas le personnel du Programme à parler à une autre personne que le témoin ou l'auteur de la demande.

Le personnel du Programme ne peut parler à des tiers des renseignements contenus dans votre dossier qu'avec votre permission écrite (autorisation).

Ne remplissez la présente autorisation que si vous nous autorisez à parler à la personne dont le nom figure dans votre dossier.

**Section 11. Autorisation facultative**

Il s'agit de l'autorisation (permission écrite) nous autorisant à discuter de votre dossier avec un tiers.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ autorise le Programme d'indemnisation des  
*Nom du témoin ou de l'auteur de la demande (écrivez lisiblement)*

victimes d'actes criminels à discuter de ma demande avec

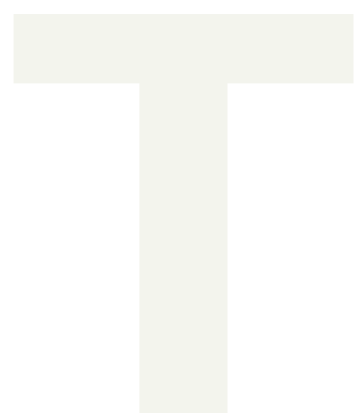
\_\_\_\_\_  
*Nom de la personne à laquelle vous autorisez le personnel du Programme à parler (écrivez lisiblement)*

Numéro de téléphone de la personne autorisée \_\_\_\_\_

Lien avec le témoin (p. ex., conjoint, conjoint de fait, etc.)

\_\_\_\_\_  
*Signature du témoin ou de l'auteur de la demande*

\_\_\_\_\_  
*Date*



**Remarque :**

**Le Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels ne couvre pas :**

- les blessures ou les pertes subies dans un accident d'automobile;
- les blessures ou les pertes liées à l'emploi, si vous êtes admissible à la couverture d'indemnisation des accidentés du travail;
- les souffrances et les douleurs;
- les biens personnels perdus ou volés, notamment l'argent.

**Les prestations que les auteurs de demande touchent en provenance d'autres sources seront déduites des prestations offertes conformément à la *Loi*.**