

Trousse de demande d'indemnités d'accident

Utilisez cette trousse pour toute demande d'indemnités relative à des blessures subies dans un accident d'automobile survenu depuis le 1^{er} novembre 1996 inclusivement.

À propos de cette demande d'indemnités d'accident

Veillez noter que tout accident d'automobile qui implique des blessures corporelles doit être signalé à la police. Les demandes d'indemnités d'accident doivent être faites dans les sept jours. Communiquez avec votre expert en sinistres pour obtenir de plus amples renseignements. Cette trousse contient cinq formulaires :

■ Demande d'indemnités d'accident (FDIO-1)

Remplissez ce formulaire s'il s'agit de **votre première demande d'indemnités** suite à un accident, y compris si vous avez subis des blessures et si vous effectuez une demande d'indemnités de remplacement de revenu. Vous pouvez être admissible à des indemnités hebdomadaires même si vous étiez sans revenu d'emploi ou si vous étiez à la retraite au moment de l'accident.

Ce formulaire doit être retourné dans les 30 jours suivant la réception de la trousse. Si vous n'êtes pas en mesure de l'envoyer dans ces délais, remettez la trousse partiellement remplie à votre assureur en lui indiquant pourquoi vous n'avez pas pu la compléter en 30 jours. Remettez-lui l'original du formulaire et conservez une copie pour vos dossiers.

■ Formulaire de confirmation de l'employeur (FDIO-2)

Si votre assureur vous en fait la demande, remettez ce formulaire à votre employeur. Ce formulaire doit être rempli conjointement par vous-même, ou votre représentant, et votre employeur. Si vous avez eu plus d'un employeur durant les 52 dernières semaines, il peut être nécessaire que chacun de vos employeurs remplisse un formulaire distinct. Votre assureur peut demander des preuves de revenu additionnelles.

■ Certificat d'invalidité (FDIO-3)

Si votre assureur vous en fait la demande, veuillez remplir la première partie et remettre le formulaire à votre professionnel de la santé (chiropraticien(ne), dentiste, ergothérapeute, infirmier(ère) praticien(ne), optométriste, médecin, physiothérapeute, orthophoniste ou psychologue). Ce formulaire doit être rempli conjointement par vous-même (ou votre représentant) et par votre professionnel de la santé.

Autorisation de divulguer des renseignements médicaux (FDIO-5)

- Si votre assureur vous en fait la demande, veuillez remplir ce formulaire. L'assureur a besoin de vos renseignements médicaux afin de déterminer correctement votre admissibilité à des indemnités. Les professionnels de la santé ont besoin de votre autorisation écrite afin de pouvoir communiquer vos renseignements médicaux à l'assureur.

■ Formulaire de confirmation du traitement selon le cadre d'action pré-approuvé (FDIO-23)

Pour confirmer le traitement reçu en vertu de la ligne directrice relative à un cadre d'action pré-approuvé, veuillez remplir ce formulaire. Il existe des exceptions. Veuillez vous renseigner auprès de votre compagnie d'assurance pour savoir si elle exige que vous lui transmettiez ce formulaire.

Après que l'assureur aura examiné votre trousse de demande complète, on communiquera avec vous pour vous aviser des indemnités auxquelles vous avez droit. Si votre assureur a besoin de plus de renseignements pour traiter votre demande, l'assureur communiquera avec vous.

Attention - infractions

Toute déclaration fautive ou trompeuse faite sciemment à un assureur en relation avec l'admissibilité à une indemnité dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction en vertu de la Loi sur les assurances. Cette infraction est passible, en cas de condamnation, d'une amende maximale de 100 000 \$ pour une première infraction et d'une amende maximale de 200 000 \$ pour toute infraction subséquente.

Le fait de rédiger ou d'utiliser sciemment un faux document avec l'intention de le faire reconnaître comme authentique constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral et cette infraction est passible, en cas de condamnation, d'une peine maximale de dix années de prison.

Le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur, soit par supercherie, soit par contrefaçon, soit par tout autre acte malhonnête, constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral. Cette infraction est passible, en cas de condamnation, d'une peine maximale de dix années de prison pour une fraude impliquant plus de 5 000 \$ et, dans les autres cas, d'une peine maximale de deux années de prison.

Tout renseignement fourni qui est incomplet ou incorrect peut mener au rejet de votre demande.

Où dois-je envoyer les formulaires de demande?

Veillez suivre les instructions ci-dessous.

1. Si vous êtes propriétaire ou locataire d'un véhicule ou utilisez régulièrement un véhicule appartenant à votre employeur

À la date de l'accident, est-ce que vous-même, votre conjoint(e) ou une autre personne dont vous êtes à charge (cochez toutes les options qui vous concernent) :

- Possédiez une automobile?
 Louiez ou aviez convenu, par contrat, de louer un véhicule pour plus de 30 jours?
 Conduisiez un véhicule fourni par l'employeur et mis à votre disposition pour un usage personnel?

- Oui - Si vous avez coché une seule option, faites parvenir les formulaires à l'assureur de ce véhicule. Non - Si aucune de ces options ne s'applique à vous, passez au point 2.
- Oui - Si vous avez coché plus d'une option, faites parvenir les formulaires à l'assureur du véhicule dans lequel vous vous trouviez au moment de l'accident.
- Oui - Si vous avez coché plus d'une option et si vous ne vous trouviez dans aucun des véhicules, faites parvenir les formulaires à l'assureur de votre choix.
-

2. Si vous êtes un conducteur inscrit

Êtes-vous inscrit comme conducteur dans la police d'assurance d'une autre personne?

- Oui - Si vous avez répondu Oui, envoyez votre formulaire à l'assureur qui a émis la police dans laquelle vous êtes inscrit(e). Non - Dans le cas contraire, passez au point 3.
-

Les catégories suivantes s'appliquent uniquement si :

- Ni vous, ni votre conjoint(e), ni toute personne dont vous êtes à charge **n'êtes propriétaire ou locataire d'un véhicule ni ne conduisez de véhicule fourni par un employeur.**
 - Vous **n'êtes pas inscrit** comme conducteur dans la police d'assurance d'une autre personne.
-

3. Occupant du véhicule d'une autre personne

Vous trouviez-vous, au moment de l'accident, dans le véhicule d'une autre personne qui était assurée?

- Oui - Faites parvenir les formulaires à l'assureur qui couvre ce véhicule. Non - Dans le cas contraire, passez au point 4.
-

4. Piéton ou cycliste

Étiez-vous un piéton ou un cycliste frappé par un véhicule assuré au moment de l'accident?

- Oui - Faites parvenir les formulaires à l'assureur du véhicule qui vous a frappé. Non - Dans le cas contraire, passez au point 5.
-

5. Véhicule non assuré

Vous trouviez-vous, au moment de l'accident, dans un véhicule qui n'était pas assuré?

- Oui - Si oui, faites parvenir vos formulaires à la compagnie d'assurance de tout autre véhicule impliqué dans l'accident. Non - Dans le cas contraire, passez au point 6.
-

6. Aucune des réponses ci-dessus ne s'applique à vous

Si vous n'êtes pas une personne assurée et si aucun des véhicules impliqués dans l'accident n'était assuré ou n'a pu être identifié, vous pouvez avoir droit aux indemnités du Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles. Veuillez remplir toute la trousse de demande et consulter la Partie 11.

Retournez ce formulaire à :

Demande d'indemnités d'accident (FDIO-1)

Utilisez cette formule pour les accidents survenus depuis le 1^{er} novembre 1996 inclusivement.

N° de la demande :	
N° de police :	
Date de l'accident : (AAAAMMJJ)	

Chaque personne qui demande des indemnités d'accident doit remplir un formulaire distinct. Il est obligatoire de remplir TOUTES les sections. **Votre demande peut être refusée si des renseignements sont incomplets ou inexacts. Veuillez écrire clairement.**

Partie 1 Identification du demandeur

Nom		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		État marital ou partenariat avec partenaire de même sexe <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Partenaire de même sexe	
Prénom et initiale			Adresse		
Ville		Province			
Code postal		Numéro de télécopieur	Code régional		
Date de naissance	année	mois	jour	Téléphone (rés.)	Code régional
Téléphone (travail)	Code régional				

On peut communiquer avec vous :

- par téléphone
 en personne
 autre _____
- au domicile
 au travail

Langue utilisée :

Quel est le meilleur moment pour communiquer avec vous :

Jour(s) de la semaine	
Heure du jour	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.

Partie 2 Représentant du demandeur (le cas échéant)

Remplissez cette section uniquement si le demandeur blessé dans l'accident est décédé, s'il est mineur, s'il ne peut remplir le formulaire lui-même ou s'il vous a désigné comme son représentant.

Nom		Relation avec le demandeur <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Tuteur			
Prénom et initiale		<input type="checkbox"/> Avocat <input type="checkbox"/> Autre _____			
Adresse					
Ville			Province		Code postal
Téléphone (rés.)	Code régional	Téléphone (travail)	Code régional	Numéro de télécopieur	Code régional

Partie 3 Détails de l'accident

Date de l'accident	année	mois	jour	Heure de l'accident	:	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Vous étiez : <input type="checkbox"/> Conducteur <input type="checkbox"/> Piéton		
Lieu de l'accident : n° de route / nom de la rue		Ville			Province				
L'accident a-t-il eu lieu pendant vos heures de travail?						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Avez-vous fait une réclamation auprès de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail?						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
L'accident a-t-il été signalé à la police?						<input type="checkbox"/> Oui (donnez des détails ci-dessous) <input type="checkbox"/> Non			
Nom de l'agent		N° de matricule		Date où l'accident a été signalé à la police		année		mois	jour
Poste de police / Centre de déclaration des collisions									
Avez-vous été inculpé? <input type="checkbox"/> Oui (donnez des détails) <input type="checkbox"/> Non									
Donnez une brève description de l'accident. Si vous avez subi des blessures lors de l'accident, décrivez la cause et l'étendue exacte des blessures.									

Pages additionnelles jointes en annexe

**Partie 3
Détails de
l'accident
(suite)**

Avez-vous pu revenir à vos occupations habituelles après l'accident?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous visité un hôpital?	<input type="checkbox"/> Oui (donnez des détails ci-dessous)	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous consulté un professionnel de la santé? (p. ex. médecin, chiropraticien(ne) ou physiothérapeute)	<input type="checkbox"/> Oui (donnez des détails ci-dessous)	<input type="checkbox"/> Non

Nom de l'établissement	Nom du professionnel de la santé	
Adresse		
Ville	Province	Code postal

Ce fournisseur de soins a-t-il commencé un traitement?

Pages additionnelles jointes en annexe

**Partie 4
Détails de
l'assurance-
automobile**

Afin de déterminer l'assureur qui doit payer les indemnités, nous devons savoir si vous possédez votre propre assurance ou si vous êtes couvert par l'assurance d'une autre personne. Pour le déterminer, veuillez remplir la partie suivante :

A Êtes-vous couvert par l'une ou l'autre des polices d'assurance suivantes?

Votre propre police d'assurance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La police de votre conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La police d'une personne dont vous êtes à charge (p. ex. un parent)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une police où vous êtes inscrit comme conducteur (p. ex. celle d'un ami)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La police de votre employeur (p. ex. le véhicule fourni par l'employeur) ou celle de votre conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une police assurant la location de véhicules à long terme (location de plus de 30 jours)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu « **Non** » à **toutes** les lignes précédentes, passez à la partie **B**.

Si vous avez répondu « **Oui** » à au moins une de ces lignes, complétez la partie suivante :

Nom du titulaire de la police d'assurance	
Nom de l'assureur	Numéro de police
Marque, modèle et année du véhicule	Numéro de la plaque d'immatriculation
Étiez-vous un occupant du véhicule au moment de l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Si vous avez répondu « **Oui** » à plus d'une de ces lignes, donnez des détails ci-dessous :

Nom du titulaire de la police d'assurance	
Nom de l'assureur	Numéro de police
Marque, modèle et année du véhicule	Numéro de la plaque d'immatriculation
Étiez-vous un occupant du véhicule au moment de l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

B Si vous avez répondu « **Non** » à **toutes** les questions posées à la partie **A**, vous **devez faire parvenir** votre demande à l'assureur du véhicule où vous vous trouviez au moment de l'accident, ou du véhicule qui vous a frappé si vous étiez piéton ou cycliste. Si ce véhicule n'était pas assuré ou n'a pas été identifié, décrivez, s'il y a lieu, tout autre véhicule impliqué dans l'accident. Donnez des détails ci-dessous.

<p>La police en vertu de laquelle vous faites une réclamation couvre :</p> <p><input type="checkbox"/> Le véhicule que je conduisais au moment de l'accident</p> <p><input type="checkbox"/> Le véhicule qui m'a frappé alors que j'étais piéton/cycliste</p> <p><input type="checkbox"/> Un autre véhicule impliqué dans l'accident</p>	<p>Type de véhicule couvert par la police :</p> <p><input type="checkbox"/> Automobile <input type="checkbox"/> Camion</p> <p><input type="checkbox"/> Motocyclette <input type="checkbox"/> Autobus</p> <p><input type="checkbox"/> Taxi/Limousine <input type="checkbox"/> Motoneige</p> <p><input type="checkbox"/> Autre _____</p>
---	---

**Partie 4
Détails de
l'assurance-
automobile
(suite)**

Propriétaire du véhicule		Téléphone (rés.)	Code régional	
Adresse		Téléphone (travail)	Code régional	
Ville		Province	Code postal	
Marque, modèle et année du véhicule				
Assureur		Numéro de la police		
Nom du titulaire de la police d'assurance		Numéro de la plaque d'immatriculation		
Avez-vous signalé l'accident à un autre assureur? <input type="checkbox"/> Oui (donnez des détails ci-dessous) <input type="checkbox"/> Non				
Assureur		Type de couverture		

**Partie 5
Situation
du
demandeur**

Laquelle des catégories suivantes correspond à votre situation au moment de l'accident?

<p>Employé</p> <input type="checkbox"/> Employé au travail <input type="checkbox"/> Travailleur autonome	<p>Non employé</p> <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Sans emploi et <input type="checkbox"/> ayant travaillé pendant 26 des 52 dernières semaines <input type="checkbox"/> ayant reçu des prestations d'assurance-emploi <input type="checkbox"/> muni d'une entente écrite stipulant le début d'un emploi d'ici moins d'un an <input type="checkbox"/> À la retraite	<input type="checkbox"/> Étudiant ou diplômé récent <input type="checkbox"/> Personne soignante
--	---	--

**Partie 6
Étudiant
fréquentant
un
établissement d'en-
seignement**

Étiez-vous aux études à plein temps au moment de l'accident ou avez-vous terminé vos études moins d'un an avant l'accident?

Oui (donnez des détails ci-dessous) Non (passez à la Partie 7)

Nom de l'établissement		Date de la dernière présence	année	mois	jour
Adresse		Programme et niveau			
Ville	Province	Code postal	année	mois	jour
		Date prévue de fin des études	année	mois	jour

Êtes-vous aux études présentement? Oui (précisez la date) Non

année mois jour

Avez-vous pu continuer vos études après l'accident?

Oui (précisez la date) Non

année mois jour

**Partie 7
Personne
soignante**

Vous pouvez demander une indemnité à titre de personne soignante si, au moment de l'accident, votre occupation principale consistait à prendre soin d'une personne de moins de 16 ans ou d'une personne de plus de 16 ans souffrant d'un handicap physique ou mental. Si vous êtes admissible à cette indemnité, vous devez présenter les factures ou reçus des frais engagés pour les soins des personnes dont vous avez la charge.

Étiez-vous, au moment de l'accident, la personne soignante principale de personnes vivant sous votre toit?

Oui (remplir la section ci-dessous) Non (passez à la Partie 8)

Avez-vous reçu une rémunération pour les soins que vous avez prodigués à ces personnes?

Oui (passez à la Partie 8) Non

Énumérez les personnes dont vous étiez la personne soignante principale au moment de l'accident.

Nom	Date de naissance			Personne handicapée	
	année	mois	jour	Oui	Non
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pages additionnelles jointes en annexe

**Partie 7
Personne
soignante
(suite)**

Les blessures subies vous ont-elles empêché de prodiguer les soins que vous prodiguez à ces personnes au moment de l'accident?

Oui (précisez ci-dessous) Depuis quelle date? année mois jour Non

Explications :

Pages additionnelles jointes en annexe

Avez-vous pu recommencer à prodiguer ces soins après l'accident?

Oui (spécifiez la date) année mois jour Non

**Partie 8
Calcul du
remplacement
de
revenu**

Fournissez les détails de votre situation d'emploi depuis les 52 dernières semaines. Commencez par votre emploi actuel ou le plus récent. Si vous avez occupé un autre poste chez le même employeur, utilisez une ligne distincte pour chacun des postes. Indiquez votre revenu brut avant toute retenue à la source. **Si vous étiez travailleur autonome durant au moins 4 semaines avant l'accident, considérez-vous comme un employeur aux fins de la présente demande.**

Date année/mois/jour	Nom et adresse de l'employeur le plus récent	Poste / tâches essentielle	Nb d'heures par semaine	Revenu brut de cette période	N'INSCRIVEZ RIEN ICI Code de profession
Du : au :				\$	
Du : au :				\$	
Du : au :				\$	
Du : au :				\$	

Pages additionnelles jointes en annexe

Vos blessures vous ont-elles empêché de travailler?

Oui Depuis quelle date? année mois jour Non (passez à la Partie 10)

Avez-vous pu retourner au travail après l'accident?

Oui (précisez la date) année mois jour Non

Le montant de vos indemnités est calculé d'après votre revenu antérieur. Durant laquelle de ces périodes avez-vous eu le revenu hebdomadaire le plus élevé?

- Les 4 dernières semaines (ne s'applique pas aux travailleurs autonomes)
- Les 52 dernières semaines
- La dernière année fiscale (travailleur autonome seulement)

**Part 9
Situation
fiscale**

Le montant des indemnités auxquelles vous êtes admissible dépend de votre situation aux fins de l'impôt sur le revenu. Nous avons besoin des renseignements suivants pour calculer le montant de vos indemnités. Vous pouvez avoir à fournir des renseignements additionnels afin d'aider votre assureur à calculer vos indemnités (p. ex.: relevé de paie, reçus d'impôt).

À la date de l'accident, aviez-vous à payer une pension alimentaire ou autre à votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e)?

Oui (précisez la date) Non

Du : année mois jour Au : année mois jour Montant total : \$

Pages additionnelles jointes en annexe

<p>État marital aux fins de l'impôt?</p> <p><input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de même sexe</p> <p><input type="checkbox"/> Marié(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Équivalent du mariage</p>	<p>Si vous êtes marié(e) ou de statut équivalent, quel est le salaire annuel anticipé de votre conjoint(e) ou de votre personne à charge pendant l'année civile au cours de laquelle l'accident est survenu?</p> <p>\$</p>	<p>Avez-vous réclamé le crédit fiscal non remboursable du Montant pour personne handicapée dans votre déclaration fiscale la plus récente?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
---	--	--

**Partie 10
Autres
assurances
ou
revenus
auxiliaires**

Est-ce que vous-même, votre conjoint(e) ou toute personne dont vous êtes à charge (p. ex. vos parents) détenez un autre régime d'assurance qui couvre votre personne (p. ex. une assurance collective ou individuelle, syndicale, médicale, assurance-invalidité, etc.)?

Oui (donnez des détails ci-dessous) Non

Nom du payeurs des indemnités	Type de couverture	Numéro du certificat ou de la police

Au cours des 52 dernières semaines, avez-vous reçu un revenu provenant d'un régime d'assurance-invalidité? Oui (spécifiez la date) Non

Du : année mois jour Au : année mois jour Montant total : \$

Avez-vous reçu des prestations d'assurance-emploi? Oui (spécifiez la date) Non

Du : année mois jour Au : année mois jour Montant total : \$

Pages additionnelles jointes en annexe

Avez-vous reçu des prestations d'aide sociale? Oui Non

**Partie 11
Fonds
d'indemni-
sation des
victimes
d'accidents
de
véhicules
automobiles**

NE REMPLISSEZ PAS CETTE PARTIE À MOINS QUE LES POINTS (1) À (5) DE LA PAGE 2 NE S'APPLIQUENT PAS À VOUS ET QUE VOUS FASSIEZ UNE DEMANDE AUPRÈS DU FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACCIDENTS DE VÉHICULES AUTOMOBILES

Votre représentant et vous-même reconnaissez qu'il vous incombe de vérifier toutes les assurances auprès desquelles vous pourriez réclamer une indemnité AVANT de faire appel au Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles (FIVAVA).

Votre représentant et vous-même reconnaissez que la demande DOIT INCLURE les documents suivants :

- UN FORMULAIRE D'AVIS DE COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS, rempli, signé et joint aux présentes*
- Le formulaire 3 - Section 6 du FIVAVA - Demande d'indemnités d'accident légales, rempli, signé et joint aux présentes*
- Un rapport d'accident de véhicule automobile rédigé par un policier, joint aux présentes

avant que le demandeur puisse présenter une demande de versement d'indemnités d'accident du FIVAVA.

(* Ces formulaires sont disponibles à l'adresse suivante : www.fsco.gov.on.ca)

J'atteste que j'ai lu cette partie et que je comprends que ma demande d'indemnités d'accident n'est pas complète tant que je n'ai pas acheminé les formulaires exigés dûment signés au FIVAVA.

**Fonds d'indemnisation des victimes
d'accidents de véhicules automobiles
Case postale 85
5160, rue Yonge
Toronto (Ontario) M2N 6L9**

**Dans la région de Toronto : (416) 250-1422
Sans frais : 1-800 268-7188**

**Part 12
Signature**

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fautive ou trompeuse faite sciemment à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction en vertu de la Loi sur les assurances. Je reconnais également que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral.

Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAA-MM-JJ)
--	---	-------------------