

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

## Demande de prestations de décès et d'indemnités funéraires (FDIO-4)

*Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1994*

<b>N° de la demande :</b>	
<b>N° de la police :</b>	
<b>Date de l'accident :</b> (AAAAMJJ)	

Ce formulaire doit être rempli par le conjoint ou la conjointe et la ou les personnes à charge de la personne décédée et toute autre personne en droit de présenter une demande de prestations, ou pour le compte de ces personnes. Lorsque plusieurs personnes sollicitent des prestations et indemnités, elles peuvent présenter leur demande conjointement ou séparément. Remplissez la **Demande d'indemnités d'accident** si vous ne l'avez pas encore fait. Joignez à la présente une copie du certificat de décès.

**Veillez écrire lisiblement.**

### Partie 1 Renseignements sur la personne décédée

Nom de la personne décédée				<b>État matrimonial</b> <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Veuf (veuve)	
Prénom et initiale de la personne décédée					
Adresse					
Ville		Province		Code postal	
Date de naissance		(AAAAMJJ)		Date de l'accident	
				(AAAAMJJ)	
				<b>Y avait-il des personnes à charge au moment du décès?</b> <input type="checkbox"/> Si oui, combien de personnes?... <input type="checkbox"/> Non <b>Certificat de décès joint</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date du décès				(AAAAMJJ)	

### Partie 2 Renseignements sur le survivant

(joindre des pages supplémentaires au besoin)

**Si vous faites une demande de prestations de décès, indiquez votre relation avec la personne décédée.**

#### Demandeur 1

Nom				<b>Relation avec la personne décédée</b> <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Pers. à charge <input type="checkbox"/> Ex-conjoint(e) recevant une pension alim. <input type="checkbox"/> Autre personne dont dépendait la personne décédée (précisez) .....	
Prénom et initiale					
Adresse					
Ville		Province		Code postal	
Téléphone (rés.)	Code régional	Téléphone (travail)	Code régional	Téléco-pieur	Code régional
	- -		- -		- -

#### Demandeur 2

Nom				<b>Relation avec la personne décédée</b> <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Pers. à charge <input type="checkbox"/> Ex-conjoint(e) recevant une pension alim. <input type="checkbox"/> Autre personne dont dépendait la personne décédée (précisez) .....	
Prénom et initiale					
Adresse					
Ville		Province		Code postal	
Téléphone (rés.)	Code régional	Téléphone (travail)	Code régional	Téléco-pieur	Code régional
	- -		- -		- -

#### Demandeur 3

Nom				<b>Relation avec la personne décédée</b> <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Pers. à charge <input type="checkbox"/> Ex-conjoint(e) recevant une pension alim. <input type="checkbox"/> Autre personne dont dépendait la personne décédée (précisez) .....	
Prénom et initiale					
Adresse					
Ville		Province		Code postal	
Téléphone (rés.)	Code régional	Téléphone (travail)	Code régional	Téléco-pieur	Code régional
	- -		- -		- -

*Nota* – Afin de faciliter la lecture du présent formulaire, le masculin est utilisé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

**Partie 3**  
**Frais**  
**funéraires**  
 (joindre des pages supplémentaires au besoin)

Joignez à la présente tous les reçus originaux. Si une pièce est manquante, expliquez pourquoi dans l'espace ci-dessous.

Date (AAAA MMJJ)	Description du service et nom du fournisseur	Montant réclamé
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
	<b>MONTANT TOTAL RÉCLAMÉ</b>	<b>\$</b>

Détails des factures ou reçus manquants

--

**Partie 4**  
**Signature**  
 (joindre des pages supplémentaires au besoin)

**Demandeur 1**

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la <i>Loi sur les assurances</i> , que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du <i>Code criminel</i> fédéral et que les renseignements fournis dans le présent formulaire peuvent être utilisés et divulgués de la manière décrite dans ma Demande d'indemnités d'accident.		
Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAA MMJJ)

**Demandeur 2**

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la <i>Loi sur les assurances</i> , que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du <i>Code criminel</i> fédéral et que les renseignements fournis dans le présent formulaire peuvent être utilisés et divulgués de la manière décrite dans ma Demande d'indemnités d'accident.		
Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAA MMJJ)

**Demandeur 3**

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la <i>Loi sur les assurances</i> , que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du <i>Code criminel</i> fédéral et que les renseignements fournis dans le présent formulaire peuvent être utilisés et divulgués de la manière décrite dans ma Demande d'indemnités d'accident.		
Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAA MMJJ)

*Nota* – Afin de faciliter la lecture du présent formulaire, le masculin est utilisé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.