

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

Choix des indemnités : remplacement de revenu, personne sans revenu d'emploi ou personne soignante (FDIO-10)

Formulaire applicable à tout cas d'accident survenu depuis le 1^{er} novembre 1996.

N° de la demande :

N° de police :

Date de l'accident :
(AAAAMMJJ)

Il est possible que vous soyez admissible aux indemnités de remplacement de revenu, de personne sans revenu d'emploi ou de soignant, mais vous ne pouvez bénéficier qu'une seule de ces indemnités. Vous devez donc choisir l'indemnité que vous désirez recevoir. **Il convient de noter que vous ne pouvez pas changer l'indemnité choisie après la présentation de ce formulaire à la compagnie d'assurance, à moins que la blessure ne soit considérée invalidante. Si vous avez besoin d'aide pour choisir l'indemnité, veuillez entrer en contact immédiatement avec le représentant de votre compagnie d'assurance.** Renvoyez le présent formulaire au plus tard **30 jours** après le jour où vous le recevez. Faites-en une copie pour vos dossiers. Veuillez écrire lisiblement en lettres moulées.

Partie 1 Renseignements sur le demandeur

Nom	Prénom et initiale	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Date de naissance (AAAAMMJJ)	Téléphone (résidence) ()	Téléphone (travail) ()

Partie 2 Choix des indemnités

Je préfère recevoir le type de prestations suivant :

Indemnités de remplacement de revenu Indemnités de personne sans revenu d'emploi Indemnités de soignant

Partie 3 Signature

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite en connaissance de cause à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une violation de la *Loi sur l'assurance*. Je reconnais également que frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance par supercherie, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du *Code criminel* 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 (AAAAMMJJ)
--	---	-----------------