

Retournez cette formule à :

Confirmation de l'employeur (FDIO-2)

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)	

Si votre assureur vous demande de remplir cette formule, remplissez les parties 1 à 3 et remettez la formule à votre employeur ou à votre (vos) employeur(s) précédent(s) afin que le reste de la formule puisse être rempli. Veuillez faire remplir une formule distincte par chacun des employeurs que vous indiquez dans votre formule **Demande d'indemnités d'accident**. Votre assureur peut vous fournir des formules additionnelles. Les formules seront directement acheminées à l'assureur par votre (vos) employeur(s). **Veillez écrire lisiblement.**

Partie 1 Identification du demandeur

Nom		Prénom et initiale		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse					
Ville		Province		Code postal	
Date de naissance	(aaaa/mm/jj)	Téléphone (rés.)	Code régional ()	Téléphone (travail)	Code régional ()
Nom de l'assureur					
Adresse					
Ville		Province		Code postal	
Nom du titulaire de la police d'assurance				Numéro de la police	

Partie 2 Autorisation

J'autorise mon employeur à divulguer à mon assureur, ou à son représentant autorisé, tout renseignement pertinent sur mon emploi, y compris des copies de documents pertinents qui ont un lien direct avec ma demande d'indemnités de remplacement de revenu et des détails sur toute source de revenu ou avantage accessoire.

Nom du demandeur ou de son mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou de son mandataire	Date (AAAAMMJJ)
--	---	-----------------

Partie 3 Renseignements requis sur la rémunération

Employé
Pour mon employeur actuel ou antérieur :
J'ai été impliqué dans un accident automobile qui a eu lieu le :
Date (AAAAMMJJ)

Travailleur autonome
Si vous êtes travailleur autonome ou si vous l'étiez au cours des quatre dernières semaines avant l'accident, veuillez vous considérer comme l'employeur aux fins de la présente formule.

Afin de traiter ma demande, mon assureur a besoin de renseignements sur mon salaire au cours de la période suivante antérieurement à la date de l'accident. (Si vous cochez les deux cases, l'assureur déterminera quelle période donne droit à l'indemnité la plus élevée.)

4 semaines
52 semaines

J'étais travailleur autonome pendant les quatre dernières semaines avant l'accident et je spécifie la période suivante aux fins du calcul de mon revenu (veuillez cocher une case et passer à la Partie 4).

52 semaines
 Dernier exercice fiscal complet

Date (AAAAMMJJ)
Du _____
Date (AAAAMMJJ)
Au _____

Le reste de cette formule doit être rempli par votre employeur actuel ou antérieur.

Partie 4 Revenu du demandeur

Quel était le revenu brut du demandeur pendant la période précédant la date de l'accident tel que spécifié dans la case cochée ci-dessus? Si l'employé a travaillé uniquement pendant une partie de cette période, indiquez le revenu brut que l'employé a reçu de vous pendant cette période.

	Salaire hebdomadaire brut pendant les 4 dernières semaines avant la date de l'accident				Salaire brut pendant les 52 dernières semaines avant la date de l'accident		Travailleur autonome : revenu brut
	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Nb de semaines de travail	Revenu brut	
Salaire							
Pourboires et commissions							
Autre rémunération en argent							
Total							

**Partie 4
Revenu du
demandeur
(suite)**

Pages
additionnelles
jointes en annexe

Le demandeur a-t-il été absent du travail pendant la période cochée () à la Partie 3?
 Oui (fournir les détails ci-dessous) Non

--

Y a-t-il d'autres types de rémunération offerts par l'employeur?
 Oui (fournir les détails ci-dessous) Non

--

**Partie 5
Autres indemnités**

Le demandeur est-il admissible, selon vous, à recevoir les indemnités suivantes?

Indemnités de continuité de revenu (régime d'invalidité de courte ou delongue durée)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Assureur	N° de police
Indemnités additionnelles de réhabilitation, de soins auxiliaires ou de soins médicaux	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Assureur	N° de police
Congé de maladie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Le demandeur a-t-il utilisé des prestations de maladie suite à l'accident automobile?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Le demandeur est-il membre d'un syndicat?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Le demandeur contribue-t-il ou a-t-il contribué au Régime de pensions du Canada ou à un régime similaire?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Y a-t-il eu une demande soumise à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail en raison de cet accident?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

**Partie 6
Détails de
l'emploi**

Pages
additionnelles
jointes en annexe

Période d'emploi Du: Date (AAAAMMJJ) Au: Date (AAAAMMJJ)	Titre du dernier poste occupé :
Dernier jour à l'emploi : Date (AAAAMMJJ)	Date de retour au travail (le cas échéant) : Date (AAAAMMJJ)
Description succincte de l'emploi :	
Tâches essentielles à l'emploi (joindre une analyse des exigences physiques si disponible) :	

Type d'emploi Temps plein Temps partiel Occasionnel Saisonnier

**Partie 7
Identification
de l'employeur**

Nom de l'entreprise		Personne-ressource	
Adresse		N° d'enr. fiscal ou Numéro d'identification de l'entreprise (NIE)	
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone	Code régional ()	Numéro de télécopieur	Code régional ()

**Partie 8
Signature**

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite sciemment à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la Loi sur les assurances. Je reconnais également que 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.	
Signature de l'employeur :	Date (AAAAMMJJ)
Nom de l'employeur : (en lettres moulées)	Poste :