

# Dossier de demande d'indemnités d'accident

*Dossier à utiliser pour toute demande d'indemnités relative à des blessures subies dans un accident d'automobile survenu à partir du 1<sup>er</sup> novembre 1996.*

## À propos de cette demande d'indemnités d'accident

Veillez noter que tout accident d'automobile entraînant des lésions corporelles doit être signalé à la police. Pour certaines indemnités d'accident, les demandes doivent être faites dans les sept jours. Communiquez avec votre expert d'assurance pour obtenir de plus amples renseignements.

Ce dossier contient cinq formulaires :

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

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

Ce formulaire doit être renvoyé dans les 30 jours suivant la réception du dossier. Si vous n'êtes pas en mesure de respecter ces délais, envoyez quand même le formulaire à votre assureur en lui indiquant pourquoi vous n'avez pas pu le remplir dans les 30 jours. Envoyez l'original du formulaire et conservez une copie pour vos dossiers.

### ■ Confirmation de l'employeur (FDIO-2)

Si votre assureur vous en fait la demande, remettez ce formulaire à votre employeur. Ce formulaire sera rempli conjointement par vous-même (ou votre représentant) et par votre employeur. Si vous avez eu plusieurs employeurs durant les 52 dernières semaines, il est possible que chacun de vos employeurs doive remplir 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, remplissez la première partie et remettez le formulaire à votre professionnel de la santé (chiropraticien, dentiste, ergothérapeute, infirmier praticien, 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)

Remplissez ce formulaire si votre assureur vous en fait la demande. L'assureur a besoin des renseignements médicaux vous concernant pour déterminer correctement votre admissibilité à des indemnités. Les professionnels de la santé doivent avoir votre autorisation écrite pour communiquer ces renseignements à l'assureur.

### ■ Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées (FDIO-23)

Remplissez ce formulaire pour confirmer le traitement reçu en vertu des Lignes directrices pré-autorisées. Il existe des exceptions. Vérifiez auprès de votre compagnie d'assurance si ce formulaire est exigé.

Lorsque l'assureur aura examiné votre dossier de demande au complet, il communiquera avec vous pour vous aviser des indemnités auxquelles vous avez droit. Si votre assureur a besoin de renseignements complémentaires pour traiter votre demande, il communiquera avec vous.

#### Attention – infractions

Toute déclaration fausse ou trompeuse faite sciemment à un assureur relativement à 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, par supercherie, mensonge ou 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 concernant une somme de plus de 5 000 \$ et, dans les autres cas, d'une peine maximale de deux années de prison.

**La communication de tout renseignement incomplet ou incorrect  
peut mener au rejet de votre demande.**

---

# Où dois-je envoyer les formulaires de demande?

Veuillez 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 conjointe ou conjoint ou une autre personne dont vous dépendez (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 le véhicule d'un employeur mis à votre disposition pour un usage régulier?

- Oui** – Si vous avez coché une seule option, faites parvenir les formulaires à l'assureur de ce véhicule.
- 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 concernés, faites parvenir les formulaires à l'assureur de votre choix.
- Non** – Si aucune de ces options ne s'applique à vous, passez au point 2.

---

## 2. Si vous êtes un conducteur inscrit

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

Envoyez votre formulaire à l'assureur

- Oui** – qui a émis la police où vous êtes inscrit.
- Non** – Dans le cas contraire, passez au point 3.

---

### Les catégories suivantes s'appliquent uniquement si :

- ni vous, ni votre conjointe ou conjoint, ni toute personne dont vous dépendez **n'êtes propriétaire ou locataire d'un véhicule ni ne conduisez régulièrement de véhicule fourni par un employeur;**
- vous **n'êtes pas inscrit** comme conducteur dans une police d'assurance.

---

## 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 heurté par un véhicule assuré au moment de l'accident?

- Oui** – Faites parvenir les formulaires à l'assureur du véhicule qui vous a heurté.
- 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** – Faites parvenir vos formulaires à la compagnie d'assurance de tout autre véhicule en cause 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 titulaire d'une assurance-automobile et si aucun des véhicules en cause 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 le dossier de demande au complet et consulter la partie 11.

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

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

*Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à partir du 1<sup>er</sup> novembre 1996.*

<b>N° de la demande :</b>	
<b>N° de la police :</b>	
<b>Date de l'accident :</b> (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 l'information est incomplète ou inexacte. Veuillez écrire lisiblement.**

## Partie 1 Renseignements sur le demandeur

Nom				Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		<b>État matrimonial</b>					
Prénom et initiale				Ville		<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Séparé(e)				
Ville				Province		<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)				
Code postal				Télécopieur	Code régional	<input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Veuf (veuve)					
Date de naissance				année	mois	jour	<b>Y a-t-il une ou plusieurs personnes qui dépendent de vous pour un soutien financier ou des soins?</b>				
Téléphone (rés.)				Code régional		<input type="checkbox"/> Oui – combien de personnes? _____					
Téléphone (travail)				Code régional		<input type="checkbox"/> Non					
<b>On peut communiquer avec vous?</b>				<b>Langue utilisée :</b>				<b>Quel est le meilleur moment pour communiquer avec vous :</b>			
<input type="checkbox"/> par téléphone				<input type="checkbox"/> au domicile				Jour(s) de la semaine			
<input type="checkbox"/> en personne				<input type="checkbox"/> au travail				Heure <input type="checkbox"/> matin			
<input type="checkbox"/> autre _____								<input type="checkbox"/> après-midi ou soir			

## 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				<b>Relations avec le demandeur</b>					
Prénom et initiale				<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Tuteur					
Adresse				<input type="checkbox"/> Avocat <input type="checkbox"/> Autre _____					
Ville				Province		Code postal			
Téléphone (rés.)	Code régional		Téléphone (travail)	Code régional		Télécopieur	Code régional		

## Partie 3 Détails de l'accident et renseignements sur la santé

Date de l'accident	année	mois	jour	Heure de l'accident	<input type="checkbox"/> matin	<input type="checkbox"/> après-midi ou soir	Vous étiez <input type="checkbox"/> conducteur <input type="checkbox"/> piéton			
								<input type="checkbox"/> passager <input type="checkbox"/> autre _____		
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)		<input type="checkbox"/> Non		
Nom de l'agent			N° de matricule			Date où l'accident a été reporté 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 des blessures.										
Avez-vous pu reprendre vos occupations habituelles après l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										

Feuilles supplémentaires jointes

**Partie 3**  
**Détails de**  
**l'accident et**  
**renseignements**  
**sur la santé**  
**(suite)**

Êtes-vous allé à l'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, chiropraticienne ou physiothérapeute) <input type="checkbox"/> Oui (donnez des détails ci-dessous) <input type="checkbox"/> Non		
Nom du professionnel de la santé		Nom de l'établissement
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Ce praticien a-t-il commencé un traitement? <input type="checkbox"/> Oui (donnez des détails ci-dessous) <input type="checkbox"/> Non		

Feuilles supplémentaires jointes

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

Afin de déterminer quel assureur 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. Veuillez remplir la partie suivante à cet effet :

**A** Êtes-vous couvert par l'une des polices d'assurance-automobile suivantes?

Votre propre police d'assurance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La police de votre conjoint	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La police d'une personne dont vous dépendez (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 un ami)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La police de votre employeur (p. ex., véhicule fourni par l'employeur) ou de l'employeur de votre conjoint	<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 la police
Automobile (marque, modèle et année du véhicule)	Numéro 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 ci-dessous des détails concernant la police supplémentaire :

Nom du titulaire de la police d'assurance	
Nom de l'assureur	Numéro de la police
Automobile (marque, modèle et année du véhicule)	Numéro 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 dans lequel vous vous trouviez au moment de l'accident ou, si vous étiez piéton ou cycliste, du véhicule qui vous a heurté. Si ce véhicule n'était pas assuré ou n'a pas été identifié, décrivez, s'il y a lieu, tout autre véhicule en cause dans l'accident. **Donnez des détails ci-dessous.**

<p><b>La police en vertu de laquelle vous faites une réclamation couvre :</b></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 heurté alors que j'étais piéton/cycliste.</p> <p><input type="checkbox"/> Un autre véhicule en cause dans l'accident.</p>	<p><b>Type de véhicule couvert par cette police :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Voiture <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Camion</span></p> <p><input type="checkbox"/> Motocyclette <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Autobus</span></p> <p><input type="checkbox"/> Taxi/Limousine <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Motoneige</span></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
Automobile (marque, modèle et année du véhicule)		
Nom de l'assureur	Numéro de la police	
Nom du titulaire de la police d'assurance	Numéro d'immatriculation	
<b>Avez-vous signalé l'accident à un autre assureur?</b> <input type="checkbox"/> Oui (donnez des détails ci-dessous) <input type="checkbox"/> Non		
Nom de l'assureur	Type de couverture	

**Partie 5**  
**Situation**  
**du**  
**demandeur**

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

<b>Employé</b> <input type="checkbox"/> Employé au travail <input type="checkbox"/> Travailleur autonome	<b>Non employé</b> <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"/> À la retraite	<input type="checkbox"/> Étudiant ou diplômé récent  <input type="checkbox"/> Personne soignante
--	--	--

**Partie 6**  
**Étudiant**  
**fréquentant**  
**un**  
**établissement**  
**d'enseignement**

**Faisiez-vous des études à plein temps au moment de l'accident ou aviez-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	Date prévue de fin des études	année	mois	jour

**Faites-vous présentement des études?**  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, vous étiez le principal responsable de la prestation de soins à des personnes vivant sous votre toit et âgées de moins de 16 ans ou de plus de 16 ans et 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 (remplissez la section ci-dessous)  Non (passez à la partie 8)

**Receviez-vous une rémunération pour les soins que vous prodiguez à ces personnes?**  Oui (passez à la partie 8)  Non

**Énumérez les personnes dont vous étiez la principale personne soignante 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"/>

Feuilles supplémentaires jointes

**Partie 7**  
**Personne soignante (suite)**

Comme suite à vos blessures, avez-vous pu 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

Feuilles supplémentaires jointes

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

Oui (À quelle date)      année      mois      jour       Non

**Partie 8**  
**Calcul du remplacement de revenu**

Fournissez les détails de votre situation d'emploi dans les 52 dernières semaines. Commencez par votre emploi actuel ou le plus récent. Si vous avez occupé plusieurs postes 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 section.**

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

Feuilles supplémentaires jointes

Vos blessures vous ont-elles empêché de travailler?

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

Avez-vous pu reprendre le travail après l'accident?

Oui Depuis quelle date?      année      mois      jour       Non

Le montant de vos indemnités est calculé à partir de votre revenu antérieur. Durant laquelle de ces périodes avez-vous eu le revenu hebdomadaire moyen 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)

**Partie 9**  
**Situation fiscale**

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

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

Oui (précisez la date)       Non

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

Feuilles supplémentaires jointes

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

**Partie 10**  
**Autres**  
**assurances**  
**ou revenus**  
**auxiliaires**

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

Oui (donnez des détails ci-dessous)  Non

Nom du payeur 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 les dates)  Non

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

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_            \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_            \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_            \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_            \_\_\_\_\_

Feuilles supplémentaires jointes

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

**Partie 11**  
**Fonds**  
**d'indemnisation**  
**des victimes**  
**d'accidents**  
**de véhicules**  
**automobiles**

**NE REMPLISSEZ PAS CETTE PARTIE QUE SI LES POINTS (1) À (5) DE LA PAGE 2 NE S'APPLIQUENT PAS À VOTRE CAS ET SI VOUS FAITES 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 auxquelles vous pourriez réclamer une indemnité et de leur réclamer cette 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 \*
- Le formulaire 3 - Section 6 du FIVAVA - Demande d'indemnités d'accident légales, rempli, signé et joint\*
- Un rapport d'accident de véhicule automobile rédigé par un policier, rempli et joint

avant que le demandeur puisse présenter une demande de versement d'indemnités d'accident au FIVAVA.  
 (\* Ces formulaires sont disponibles à l'adresse suivante : [www.fsco.gov.on.ca](http://www.fsco.gov.on.ca).)

J'atteste que j'ai lu cette partie et que je comprends que ma demande d'indemnités d'accident ne sera pas complète tant que je n'aurai pas fait parvenir au FIVAVA les formulaires exigés, dûment remplis et signés.

Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAMJJ)

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

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

**À L'INTENTION DE L'ASSUREUR AUQUEL CETTE DEMANDE EST PRÉSENTÉE**

**JE RECONNAIS** que vous-même et les personnes agissant en votre nom collecterez et utiliserez des renseignements personnels (sur la santé et autres) me concernant qui se rapportent à mes demandes d'indemnités d'accident liées à l'accident décrit dans la présente demande, et que tous ces renseignements seront obtenus directement de moi-même, ou de toute autre personne avec mon consentement.

**JE RECONNAIS ÉGALEMENT** que ces renseignements seront collectés et utilisés uniquement tel que cela sera raisonnablement nécessaire aux fins suivantes :

- enquêter sur mes demandes d'indemnités et les traiter conformément à la loi, y compris la *Police d'assurance-automobile de l'Ontario*;
- obtenir ou vérifier les renseignements relatifs à mes demandes d'indemnités afin d'établir mes droits et le montant correct à verser;
- recouvrer des sommes des assureurs et des autres parties responsables en droit pour les montants que vous versez relativement à mes demandes d'indemnités;
- déterminer et analyser la nature et les coûts des produits et services fournis aux victimes de l'accident d'automobile par les fournisseurs de soins de santé;
- empêcher les fraudes et les détecter lorsqu'il existe des motifs raisonnables de soupçonner une telle éventualité;
- compiler des statistiques anonymes pour des institutions gouvernementales;
- évaluer les risques liés à la souscription et les données relatives aux demandes d'indemnités.

**JE RECONNAIS ÉGALEMENT** que vous-même et les personnes agissant en votre nom pouvez divulguer ces renseignements aux personnes suivantes, qui peuvent à leur tour collecter et utiliser cette information uniquement tel que cela sera raisonnablement nécessaire pour vous permettre de réaliser les activités suivantes :

- assureurs, experts d'assurance, agents et courtiers; employeurs; professionnels de la santé; hôpitaux; comptables; conseillers financiers; avocats; organisations qui compilent l'information concernant les demandes d'indemnités et la souscription pour l'industrie des assurances; les mandataires ou représentants que je désignerai pour agir en mon nom, le cas échéant.

**JE CONSENS** à ce que vous collectiez, utilisiez et divulguiez ces renseignements de la manière indiquée ci-avant, dans la mesure où il ne s'agit que des renseignements raisonnablement nécessaires pour atteindre le but légitime de cette collecte, utilisation ou divulgation.

**JE RECONNAIS** que je peux en toute liberté consulter le représentant de ma compagnie d'assurance ou mon conseiller juridique avant de signer le présent document si j'ai des questions concernant ce consentement.

**JE RECONNAIS ÉGALEMENT** que vous-même et les personnes agissant en votre nom pourriez être dans l'obligation de divulguer ces renseignements à d'autres parties à mon insu ou sans mon consentement, ou être autorisés par la loi à le faire.

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts.

Je reconnais que toute déclaration fautive ou trompeuse sciemment faite 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 par supercherie, mensonge 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 (AAAAMMJJ)