

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

Activités quotidiennes (FDIO-12)

N° de la demande :

N° de la police :

Date de l'accident :
(AAAAMMJJ)

Ce formulaire est à utiliser pour les accidents survenus à compter du 1^{er} janvier 1994. Il doit être rempli par le demandeur. Si cette personne ne peut pas le faire, un tuteur ou un membre de sa famille peut l'assister dans cette tâche. L'information recueillie dans le présent formulaire aidera la compagnie d'assurance à déterminer les services dont le demandeur pourrait avoir besoin à la suite de l'accident et toute autre indemnité d'accident qu'il est en droit de recevoir. **Veillez écrire en lettres moulées.**

Partie 1 Renseignements sur le demandeur

Nom		Prénom et initiale	
Adresse			
Ville		Province	Code postal
Téléphone - -	Date de l'accident	Date (AAAAMMJJ)	<input checked="" type="checkbox"/> Cochez une case <input type="checkbox"/> Initiale <input type="checkbox"/> Suivi

Partie 2 Description du domicile

Type d'habitation

Maison Copropriété Autre (précisez) _____ Nombre d'occupants _____ Nombre d'étages _____
 Appartement Maison en rangée _____ Dimensions du terrain _____ Nombre de marches _____

Partie 3 Activités physiques

Veillez parcourir la liste d'activités suivante et cochez vos activités habituelles avant et après l'accident. Décrivez toute limitation.

	Activité	Avant l'accident				Après l'accident				Limitations (expliquez brièvement)
		Peux faire			Ne peux pas faire	Peux faire			Ne peux pas faire	
		Tout	En partie	Avec de l'aide		Tout	En partie	Avec de l'aide		
Soins personnels	Bain									
	Soins de toilette									
	Se vêtir, se dévêtir									
	Aller aux toilettes									
	Autre									
Mobilité	Marcher									
	Monter les escaliers									
	Conduire									
	Passager d'un véhicule									
	Transports publics									
	Position debout									

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
Activités
physiques
(suite)**

	Activité	Avant l'accident				Après l'accident				Limitations (expliquez brièvement)
		Peux faire			Ne peux pas faire	Peux faire			Ne peux pas faire	
		Tout	En partie	Avec de l'aide		Tout	En partie	Avec de l'aide		
Mobilité (suite)	Position assise									
	Debout									
Maga- sinage	Épicerie									
	Autre									
Repas	Préparation des repas									
	Cuisson des repas									
	Laver la vaisselle									
Entre-tien	Balayer									
	Épousseter									
	Passer l'aspirateur									
	Faire le lit									
	Nettoyer la salle de bains									
	Laver les planchers									
	Nettoyer le four									
	Nettoyer le réfrigérateur									
	Sortir les ordures									
	Autre									
Lessive	Laver, sécher									
	Repasser									
	Coudre									
Extretien extérieur	Tondre le gazon									
	Jardinage									
	Pelleter la neige									
	Autre									

**Partie 4
Autres
capacités**

	Activité	Avant l'accident				Après l'accident				Limitations (expliquez brièvement)
		Peux faire			Ne peux pas faire	Peux faire			Ne peux pas faire	
		Tout	En partie	Avec de l'aide		Tout	En partie	Avec de l'aide		
Activités cognitives	Rapprocher son compte bancaire									
	Se présenter à ses rendez-vous									
	Se souvenir de faire les courses									
	Lire et se souvenir de ce qu'on a lu									
	Suivre le déroulement d'un film ou d'une émission de télévision									
	Planifier et organiser les repas ou les achats									
	Se souvenir des indications et les suivre									

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 4
Autres
capacités
(suite)**

	Activité	Avant l'accident				Après l'accident				Limitations (expliquez brièvement)
		Peux faire			Ne peux pas faire	Peux faire			Ne peux pas faire	
		Tout	En partie	Avec de l'aide		Tout	En partie	Avec de l'aide		
	Établir la priorité des activités									
	Autre									
Contrôle des émotions/ compor- tement	Conduire ou être passager									
	Avoir des rapports avec les autres sans irritabilité ni mauvaise humeur									
	Participer à des activités sociales									
	Autre									
	Suivre une conversation									
Commu- nication	Exprimer clairement sa pensée									
	Écrire de manière à se faire comprendre									
	Autre									

**Partie 5
Autres
renseigne-
ments**

Veillez décrire toute autre activité habituelle que vous ne pouvez plus accomplir depuis l'accident.

Feuilles supplémentaires ci-jointes

**Partie 6
Signature**

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 *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*.

Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAAMMJJ)
---	-----------------

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.