

Retournez ce formulaire à :

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

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

N° de la demande :

N° de police :

Date de l'accident :  
(AAAAMMJJ)

Bien que vous puissiez être habilité à recevoir des indemnités de remplacement de revenu, de personne sans revenu d'emploi ou de personne soignante principale telles qu'énumérées dans le formulaire « **Explication des indemnités versées par la compagnie d'assurance** » (OCF-9), vous ne pouvez recevoir qu'une seule catégorie de prestations. Vous devez choisir le type de prestations que vous souhaitez recevoir. **Si vous avez besoin d'aide pour faire votre choix, communiquez avec le représentant de votre assureur.** Retournez ce formulaire au plus tard **30 jours** après la date de réception et conservez une copie pour vos dossiers. **Veillez écrire lisiblement.**

### Partie 1 Identification du demandeur

Nom						Prénom et initiale						Sexe		
												<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
Address														
Ville					Province					Code Postal				
Date de nais- sance	année		mois		année		Téléphone (rés.)		Code régional		Téléphone (travail)		Code régional	

### Partie 2 Choix des indemnités

Je préfère recevoir le type de prestations suivant :																							
Indemnités de remplacement de revenu				<input type="checkbox"/>				Indemnités de personne sans revenu d'emploi				<input type="checkbox"/>				Indemnités de personne soignante principale				<input type="checkbox"/>			

### Partie 3 Signature

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fautive 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.

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