

Veillez envoyer la présente formule à :

# Activités quotidiennes (FDIO-12)

<b>NE RIEN ÉCRIRE ICI</b>	Numéro de demande
	Numéro de police

Veillez utiliser cette formule pour les accidents survenus le 1<sup>er</sup> janvier 1994 ou par la suite. Le demandeur (la demanderesse) doit remplir cette formule. S'il (si elle) ne peut le faire, il (elle) peut demander l'aide de son (sa) tuteur(trice) ou d'un membre de sa famille. L'information recueillie dans la présente formule aidera votre compagnie d'assurance à déterminer les services dont vous pourriez avoir besoin à la suite de l'accident et toute autre indemnité d'accident que vous êtes en droit de recevoir. **Veillez écrire en lettres moulées.**

## Section 1 Information sur le demandeur ou la deman- deresse

Nom de famille		Prénom et initiale						
Adresse								
Ville				Province		Code postal		
Téléphone à la maison	Indicatif régional	Date de l'accident	année	mois	jour	<input checked="" type="checkbox"/> Cochez une case	<input type="checkbox"/> Demande initiale	<input type="checkbox"/> Suivi

## Section 2 Description du domicile

<b>Type d'habitation</b>							
<input type="checkbox"/> Maison	<input type="checkbox"/> Copropriété	<input type="checkbox"/> Autre (Précisez)	Nombre d'occupants _____		Nombre d'étages _____		
<input type="checkbox"/> Appartement	<input type="checkbox"/> Maison en rangée	_____	Dimensions du terrain _____		Nombre de marches _____		

## Section 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 Tout	En partie	Avec de l'aide	Ne peux pas faire	Peux faire Tout	En partie	
<b>Soins personnels</b>	Bain							
	Soins de toilette							
	Se vêtir, se dévêtir							
	Aller aux toilettes							
	Autre							
<b>Mobilité</b>	Marcher							
	Monter les escaliers							
	Conduire							
	Passager d'un véhicule							
	Transports publics							
	Position assise							
	Position debout							
Autre								

**Section 3  
Activités  
physiques  
(suite)**

	Activité	Avant l'accident			Après l'accident			Limitations (Expliquez brièvement)
		Peux faire Tout	En partie	Avec de l'aide	Ne peux pas faire	Peux faire Tout	En partie	
Magasinage	Épicerie							
	Autre							
Repas	Préparation des repas							
	Cuisson des repas							
	Laver la vaisselle							
Entretien	Balayer							
	Épousseter							
	Passer l'aspirateur							
	Faire le lit							
	Nettoyer la salle de bain							
	Laver les planchers							
	Nettoyer le four							
	Nettoyer le réfrigérateur							
	Sortir les ordures							
	Autre							
Lessive	Laver, sécher							
	Repasser							
	Coudre							
Entretien extérieur	Tondre le gazon							
	Jardinage							
	Pelleter la neige							
	Autre							

**Section 4  
Autres  
capacités**

	Activité	Avant l'accident			Après l'accident			Limitations (Expliquez brièvement)
		Peux faire Tout	En partie	Avec de l'aide	Ne peux pas faire	Peux faire Tout	En partie	
Activités cognitives	Rapprocher son compte de banque							
	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							
	Établir la priorité des activités							
	Autre							

**Section 4  
Autres  
capacités  
(suite)**

	Activité	Avant l'accident			Après l'accident			Limitations (Expliquez brièvement)
		Peux faire Tout	En partie	Avec de l'aide Ne peux pas faire	Peux faire Tout	En partie	Avec de l'aide Ne peux pas faire	
<b>Contrôle des émotions/ comporte- ment</b>	Conduire ou être passager							
	Avoir des rapports avec les autres sans irritabilité ou mauvaise humeur							
	Participer à des activités sociales							
	Autre							
<b>Communi- cation</b>	Suivre une conversation							
	Exprimer clairement sa pensée							
	Écrire de manière à se faire comprendre							
	Autre							

**Section 5  
Autre  
information**

Veuillez décrire toute autre activité normale à laquelle vous ne pouvez plus vous adonner depuis l'accident.

Feuilles additionnelles ci-jointes

**Section 6  
Signature**

J'atteste que l'information fournie est vraie et exacte. Je sais qu'il est illégal de sciemment faire une fausse déclaration ou une demande exagérée pour obtenir des indemnités auxquelles je n'ai pas droit.

Signature du demandeur (de la demanderesse) ou du parent ou du tuteur (de la tutrice)

Date	année	mois	jour