

Retourner cette formule à :

## Déclaration de revenu et d'indemnités reçus après l'accident (FDIO-13)

Utilisez cette formule pour les accidents survenus depuis le 1er janvier 1994 inclusivement.

N° de demande:

N° de police:

Date de l'accident:  
(AAAAMMJJ)

Les renseignements fournis ci-dessous aideront votre assureur à déterminer le montant exact des indemnités d'accident que vous êtes habilité à recevoir.

### Partie 1 Identification du demandeur

Nom		Prénom et initiale	
Adresse		Ville	
Province	Code postal	Téléphone (rés.) (      )	Date de l'accident (AAAAMMJJ)

### Partie 2 Revenu d'emploi

Depuis la date de l'accident, avez-vous reçu des revenus:

d'emploi de travailleur autonome  Oui (précisez ci-dessous)  Non (passez à la Partie 3)  
 Oui (précisez ci-dessous)  Non (passez à la Partie 3)

Nom de l'employeur / Entreprise		Nom de la personne-ressource de l'employeur	
Titre du poste		Numéro de téléphone (      )	
Date de début: (AAAAMMJJ)	Date de fin: (AAAAMMJJ)	Total des heures	Revenu total obtenu \$

Nom de l'employeur / Entreprise		Nom de la personne-ressource de l'employeur	
Titre du poste		Numéro de téléphone (      )	
Date de début: (AAAAMMJJ)	Date de fin: (AAAAMMJJ)	Total des heures	Revenu total obtenu \$

Nom de l'employeur / Entreprise		Nom de la personne-ressource de l'employeur	
Titre du poste		Numéro de téléphone (      )	
Date de début: (AAAAMMJJ)	Date de fin: (AAAAMMJJ)	Total des heures	Revenu total obtenu \$

Nom de l'employeur / Entreprise		Nom de la personne-ressource de l'employeur	
Titre du poste		Numéro de téléphone (      )	
Date de début: (AAAAMMJJ)	Date de fin: (AAAAMMJJ)	Total des heures	Revenu total obtenu \$

**Partie 3  
Indemnités  
d'invalidité  
de régimes  
privés**

**Avez-vous reçu des indemnités de remplacement de revenu ou des indemnités d'invalidité de sources privées depuis l'accident?**

Assurances collectives	Court terme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Long terme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Assurances individuelles	Court terme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Long terme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres	<input type="checkbox"/> Oui (précisez le type d'indemnités) _____ <input type="checkbox"/> Non	

Si vous avez répondu oui dans l'une ou l'autre des cases ci-dessus, veuillez fournir des détails ci-dessous.

Nom de l'assureur	Nom de la personne assurée	N° de police / de certificat d'assurance collective	Pendant combien de semaines êtes-vous admissible?	Date du début des versements (AAAAMMJJ)	Montant total reçu
					\$
					\$

**Partie 4  
Régimes de  
prestation  
publics**

**Avez-vous reçu des prestations provenant d'un régime public depuis l'accident?**

Prestation d'invalidité du RPC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (autres que les pensions permanentes)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prestations de maladie en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre <input type="checkbox"/> Oui (précisez le type de prestations) _____ <input type="checkbox"/> Non	

Si vous avez répondu oui dans l'une ou l'autre des cases ci-dessus, veuillez fournir des détails ci-dessous.

N° de la réclamation	Prestations	Montant total reçu
	Date de début: (AAAAMMJJ)    Date de fin: (AAAAMMJJ)	\$
	Date de début: (AAAAMMJJ)    Date de fin: (AAAAMMJJ)	\$

**Partie 5  
Indemnités  
pour soins  
médicaux et  
dentaires**

**Avez-vous présenté des reçus couvrant des frais pour soins médicaux ou dentaires reliés à votre accident aux types de régimes suivants?**

Régime d'assurance collectif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Régime d'assurance privé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres	<input type="checkbox"/> Oui (précisez le type d'indemnités) _____ <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu oui dans l'une ou l'autre des cases ci-dessus, veuillez fournir des détails ci-dessous.

Nom de l'assureur	Nom de la personne assurée	N° de police	Genre de frais

**Partie 6  
Signature**

Je certifie que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je comprends que le fait de fournir sciemment une déclaration ou une présentation fautive ou trompeuse à un assureur relativement à un contrat d'assurance constitue une infraction en vertu de la *Loi sur les assurances*. De plus, je comprends que le fait de frauder ou de tenter de frauder une compagnie d'assurances par voie de tromperie, de falsification ou de tout autre acte malhonnête constitue une infraction au *Code criminel* fédéral. Je comprends également que les renseignements figurant sur ce formulaire peuvent être utilisés et divulgués de la façon décrite dans ma Demande d'indemnités d'accident.

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