

Retourner cette formule à :

Formule de demande de prestation de décès et d'indemnité pour frais funéraires (FDIO - 4)

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

N° de demande :	
N° de police :	
Date de l'accident : (AAAAMMJJ)	

Cette formule doit être remplie par les survivants de la personne décédée ou toute autre personne ayant droit aux prestations de décès. Si plus d'une personne sollicite les indemnités, elles peuvent faire une demande conjointe si elles le désirent. Sinon, remplissez la présente formule de demande de prestation de décès et d'indemnité pour frais funéraires. Veuillez joindre une copie du certificat de décès. Veuillez écrire lisiblement.

Partie 1 Identification de la personne décédée

Nom de la personne décédée						État marital ou de partenaire de même sexe <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Veuf (veuve)					
Prénom de la personne décédée et initiale						Y avait-il des personnes à charge au moment du décès? <input type="checkbox"/> Si oui, combien de personnes? _____ <input type="checkbox"/> Non Certificat de décès joint <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Adresse											
Ville		Province		Code postal		Date de naissance		Date de l'accident		Date du décès	
année	mois	jour	année	mois	jour	année	mois	jour	année	mois	jour

Partie 2 Identification du survivant

(joindre des pages additionnelles en annexe, au besoin)

Si vous faites une demande de prestation de décès, veuillez indiquer votre relation avec la personne décédée.

Demander 1

Nom						Relation avec la personne décédée <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Part. de même sexe <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Pers. à charge <input type="checkbox"/> Ex-conjoint(e) recevant une pension alimentaire <input type="checkbox"/> Autre personne ayant la charge de la personne décédée (précisez) _____							
Prénom et initiale						Province Code postal _____							
Adresse													
Ville						Téléphone (rés.)		Code régional		Téléphone (travail)		Code régional	
année	mois	jour	année	mois	jour								

Demander 2

Nom						Relation avec la personne décédée <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Part. de même sexe <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Pers. à charge <input type="checkbox"/> Ex-conjoint(e) recevant une pension alimentaire <input type="checkbox"/> Autre personne ayant la charge de la personne décédée (précisez) _____							
Prénom et initiale						Province Code postal _____							
Adresse													
Ville						Téléphone (rés.)		Code régional		Téléphone (travail)		Code régional	
année	mois	jour	année	mois	jour								

Demander 3

Nom						Relation avec la personne décédée <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Part. de même sexe <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Pers. à charge <input type="checkbox"/> Ex-conjoint(e) recevant une pension alimentaire <input type="checkbox"/> Autre personne ayant la charge de la personne décédée (précisez) _____							
Prénom et initiale						Province Code postal _____							
Adresse													
Ville						Téléphone (rés.)		Code régional		Téléphone (travail)		Code régional	
année	mois	jour	année	mois	jour								

Partie 3

Frais funéraires

(Joindre des pages additionnelles en annexe, au besoin.)

Joindre tous les reçus originaux en annexe. Si une pièce est manquante, expliquez pourquoi dans l'espace ci-dessous.

Date	Description du service et nom du matériel ou des services	Montant réclamé	\$
MONTANT TOTAL RÉCLAMÉ			\$

Détails des factures ou reçus manquants

Date (AAAAMJJ)

Partie 4

Signature

(Joindre des pages additionnelles en annexe, au besoin.)

Demander 1

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, 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 (AAAAMJJ)

Demander 2

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, 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 (AAAAMJJ)

Demander 3

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, 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 (AAAAMJJ)