Retourner cette formule à :

Demande de remboursement de frais encourus (FDIO-6)

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

Nº de demande :	
Nº de police :	
Date de l'accident: (AAAAMMJJ)	

Vous pouvez réclamer le remboursement d'un montant raisonnable et nécessaire de frais encourus suite à votre accident et qui ne font l'objet d'aucun remboursement d'autre source. Ces dépenses comprennent les coûts des soins médicaux et de réadaptation, des droits de scolarité perdus, des personnes soignantes, des soins auxiliaires, des travaux ménagers et de l'entretien de la résidence, les frais de déplacement ainsi que le coût de remplacement de vêtements perdus ou endommagés, de prothèses auditives, etc. Veuillez joindre en annexe toutes les factures ou reçus correspondants.

Partie 1 Identification du demandeur

Nom	Prénom et initiale				Sexe ☐ M ☐ F
Adresse					
Ville	Province			Code postal	
Date de naissance (année mois jour)		Téléphone (rés.)	Code régional	Téléphone (travail)	Code régional

Partie 2 Frais encourus

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

Veuillez joindre toutes les factures ou reçus. Si une pièce est manquante, expliquez pourquoi. Si vous avez besoin de plus d'espace, ajoutez des pages en annexe.

Article	Date	Description du service et nom du fournisseur	Montant
		Montant total	

Partie 3 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, 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 (en lettres moulées)	Date (AAAAMMJJ)