Renvoyer le formulaire à*

Demande d'indemnités d'accident (FDIO-1)

Nº de la demande	
Nº de la police	
Date de l'accident (aaaa/mm/jj)	

**Pour les compagnies d'assurance : Ajoutez vos coordonnées et vos instructions de retour*

Remplissez ce formulaire si vous demandez des indemnités à la suite d'un accident de voiture et que vous n'avez jamais demandé d'indemnités pour cet incident auparavant. Vous devez informer votre compagnie d'assurance de votre intention de demander des indemnités dans les 7 jours suivant l'accident. Si vous ne pouvez pas le faire dans les 7 jours, informez-en votre compagnie d'assurance dès que possible.

Ce formulaire de demande d'indemnités d'accident doit être renvoyé dans les 30 jours suivant sa réception. Si vous n'êtes pas en mesure de le renvoyer dans les 30 jours, présentez-le à votre compagnie d'assurance et expliquez la raison du retard. Renvoyez le formulaire original à la compagnie d'assurance et faites-en une copie pour vos dossiers. Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements sur la procédure de demande d'indemnisation, veuillez consulter le site Web de l'ARSF.

Partie 1 – Renseignements sur le demandeur

Prénom	Nom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Numéro de permis de conduire

Adresse

Nº d'appartement	Nº de la rue	Rue	Ville

Province	Code postal	Téléphone	Courriel

Sexe	Langues utilisées

État matrimonial

◯ Séparé(e) ◯ Conjoint de fait ◯ Marié(e) ◯ Célibataire ◯ Divorcé(e) ◯ Veuf/veuve

Si votre assureur vous le propose, consentez-vous à l'utilisation de la communication électronique? ◯ Oui ◯ Non

Remarque : Votre assureur peut ne pas proposer la communication électronique.

Partie 2 - Détails de la police d'assurance

Quel est votre lien de parenté avec le titulaire de la police? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- ☐ Je suis titulaire de la police
- ☐ Conjoint ou conjointe du titulaire de la police
- ☐ Conducteur inscrit
- ☐ Employé du titulaire de la police
- ☐ Véhicule que vous avez loué pendant plus de 30 jours
- ☐ Personne à charge du titulaire de la police ou de son conjoint ou sa conjointe
- ☐ Je n'ai aucun lien avec le titulaire de la police

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario

Savez-vous si vous êtes couvert par d'autres polices d'assurance-automobile qui s'appliqueraient à vous?

◯ Oui ◯ Non ◯ Je ne sais pas

Si oui, inscrivez le nom de l'assureur ou des assureurs et le ou les numéros de police

Comment avez-vous été impliqué dans l'accident?

◯ Conducteur du véhicule assuré au titre de la présente police

◯ Passager du véhicule assuré au titre de la présente police

◯ Piéton ou cycliste

◯ Conducteur ou passager d'un véhicule non assuré au titre de la présente police

◯ Autre, veuillez préciser

Partie 3 - Détails de l'accident

Lieu de l'accident (intersection, ville, province ou État)	Date (aaaa/mm/jj) et moment de l'accident ◯ Matin ◯ Après-midi ou soir

Donnez une brève description de l'accident. Décrivez toutes les blessures subies à la suite de l'accident.

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent

☐ Me suis rendu au centre de signalement des collisions

☐ La police est intervenue

☐ L'ambulance est intervenue

☐ Me suis rendu à l'hôpital

☐ Ai consulté un médecin, une infirmière ou un autre prestataire de soins de santé réglementé (p. ex. physiothérapeute, chiropraticien, etc.)

Si vous disposez de renseignements complémentaires, tels qu'un rapport de police ou un rapport médical, veuillez les joindre à ce formulaire ou les envoyer dès réception.

Avez-vous été inculpé?

◯ Oui ◯ Non Si vous, indiquez le chef d'accusation :

L'accident s'est-il produit pendant que vous travailliez? ◯ Oui ◯ Non

L'accident s'est-il produit pendant que vous vous rendiez au travail ou en reveniez? ◯ Oui ◯ Non

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario

Partie 4 - Situation du demandeur

Au moment de l'accident, exerciez-vous l'une des activités suivantes?
(Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

Employé ☐ À temps plein ☐ À temps partiel ☐ Travailleur autonome

Non employé
☐ Sans emploi ☐ Recevant des prestations d'assurance-emploi ☐ À la retraite
☐ Étudiant ☐ Personne soignante ☐ Ayant travaillé 26 des 52 dernières semaines
☐ Recevant des prestations de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail

Sélectionnez Oui, Non ou Sans objet (S.O.) pour chacune des réponses suivantes

En raison de l'accident, j'ai dû interrompre mes activités antérieures à l'accident.	◯ Oui	◯ Non	◯ S.O.	Date de reprise des activités antérieures à l'accident (aaaa/mm/jj)	
J'ai manqué du temps au travail à cause de l'accident	◯ Oui	◯ Non	◯ S.O.	Date de retour au travail (aaaa/mm/jj)	
J'ai manqué du temps à l'école à cause de l'accident	◯ Oui	◯ Non	◯ S.O.	Date de retour à l'école (aaaa/mm/jj)	

Partie 5 - Autre assurance

Est-ce que vous, votre conjoint ou conjointe, ou une personne à votre charge bénéficiez d'un autre régime de prestations qui vous couvre (p. ex. des prestations de groupe, une couverture maladie complémentaire, etc.)? ◯ Oui ◯ Non

Nom des compagnies d'assurance et numéro(s) de police

Type de couverture (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

☐ Médicale ☐ Dentaire ☐ Invalidité de courte durée ☐ Invalidité de longue durée ☐ Autre

Partie 6 - Autorisation de paiement direct par le demandeur

(Ne s'applique qu'aux demandeurs qui reçoivent des traitements ou des services auprès d'un prestataire de services titulaire d'un permis)

☐ Je demande à l'assureur, y compris le Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles, de payer directement le fournisseur de services titulaire d'un permis pour les services et les biens approuvés dans le formulaire de Confirmation du traitement (FDIO-23) ou dans le Plan de traitement et d'évaluation (FDIO-18) ou les deux, qui ne sont pas visés par une assurance-santé complémentaire ou supplémentaire.

Les demandeurs ayant souscrit une assurance-santé complémentaire ou supplémentaire qui répondent à une réclamation pourraient devoir payer eux-mêmes avant que l'assureur ne les rembourse.

Initiales du demandeur ou du mandataire

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario

Partie 7- Fonds d’indemnisation des victimes d’accidents de véhicules automobiles

L’assureur qui reçoit en premier votre demande d’indemnités d’accident dûment remplie est tenu de vous verser sans délai les indemnités auxquelles vous avez droit. Si vous n’avez pas déposé votre demande auprès du bon assureur, vos indemnités ne seront pas affectées. Il incombe à l’assureur de prendre les mesures nécessaires pour que la bonne compagnie d’assurance réponde à votre demande. Vous ne devez vous adresser au Fonds d’indemnisation des victimes d’accidents de véhicules automobiles **que si vous n’avez pas d’autre assurance**.

Votre mandataire et vous-même reconnaissez qu’il vous incombe de vérifier tous les assureurs auxquels le demandeur peut réclamer une indemnité et de leur réclamer cette indemnité AVANT de faire appel au Fonds d’indemnisation des victimes d’accidents de véhicules automobiles (FIVAVA) au 222, rue Jarvis, 7e étage, Toronto (Ontario) M7A 0B6. Si vous avez des questions concernant votre demande d’indemnisation au FIVAVA, communiquez avec : FIVAVA à Toronto au 416-250-1422 ou sans frais, au 1-800-268-7188.

Votre mandataire et vous-même reconnaissez que la demande **DOIT INCLURE** les documents suivants dûment remplis :

☐ UN FORMULAIRE D’AVIS DE COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS, signé et joint*

☐ Le formulaire 3 – Section 6 du FIVAVA – Demande d’indemnités d’accident légales, signé et joint*

☐ Un rapport d’accident de véhicule automobile rédigé par un policier, joint

(*Ces formulaires sont disponibles à l’adresse suivante : Fonds d’indemnisation des victimes d’accidents de véhicules automobiles)

J’atteste que j’ai lu cette partie et que je comprends que ma demande d’indemnités d’accident ne sera pas complète tant que je n’aurai pas fait parvenir au FIVAVA les formulaires exigés, dûment remplis et signés.

Nom du demandeur ou du mandataire	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (aaaa/mm/jj)

© Imprimeur du Roi pour l’Ontario

À l’attention de l’assureur auquel cette demande est présentée

JE RECONNAIS que vous, et les personnes agissant pour votre compte, recueillerez des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels à mon sujet en rapport avec mes demandes d’indemnités d’accident découlant de l’accident décrit dans la présente demande, et que tous ces renseignements seront recueillis directement auprès de moi ou d’une autre personne avec mon consentement.

JE RECONNAIS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom collecterez des renseignements sur mon dossier de conduite, mon historique de police d’assurance-automobile et mon historique de réclamations d’assurance-automobile, s’il y a lieu.

JE RECONNAIS ÉGALEMENT que si je suis titulaire d’une police d’assurance-automobile, vous-même et les personnes agissant en votre nom collecterez des renseignements sur le dossier de conduite, l’historique de police d’assurance-automobile et l’historique de réclamations d’assurance-automobile de tous les conducteurs inscrits dans ma police d’assurance-automobile ou de tout autre conducteur que j’ai autorisé à conduire mon automobile.

JE RECONNAIS ÉGALEMENT que ces renseignements seront collectés et utilisés uniquement tel que cela sera raisonnablement nécessaire aux fins suivantes :

- enquêter sur mes demandes d’indemnités et les traiter conformément à la loi, y compris la Police d’assurance-automobile de l’Ontario;
- obtenir ou vérifier les renseignements relatifs à mes demandes d’indemnités afin d’établir mes droits et le montant correct à verser;
- recouvrer des sommes des assureurs et des autres parties responsables en droit pour les montants que vous versez relativement à mes demandes d’indemnités;
- déterminer et analyser la nature et les coûts des produits et services fournis aux victimes d’accident d’automobile par les fournisseurs de soins de santé;
- prévenir, détecter et éliminer la fraude;
- compiler des statistiques anonymes pour des institutions gouvernementales;
- évaluer les risques liés à la souscription et les données relatives aux demandes d’indemnités.

JE RECONNAIS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom pouvez divulguer ces renseignements aux personnes suivantes, qui peuvent à leur tour collecter et utiliser cette information uniquement tel que cela sera raisonnablement nécessaire pour vous permettre de réaliser les activités :

assureurs, experts d’assurance, agents et courtiers; employeurs; professionnels de la santé; hôpitaux; comptables; conseillers financiers; avocats; organisations qui compilent l’information concernant les demandes d’indemnités et la souscription pour l’industrie des assurances; organismes de prévention des fraudes, autres compagnies d’assurance; autorités policières; bases de données ou registres utilisés par l’industrie des assurances pour analyser et vérifier l’information fournie par rapport à l’information existante; mandataires ou représentants que je désignerai pour agir en mon nom, le cas échéant.

JE RECONNAIS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom pouvez mettre en commun ces renseignements avec des renseignements d’autres sources et analyser ces renseignements à la seule fin de prévenir, de détecter ou d’éliminer la fraude.

JE CONSENS et, si je suis le titulaire d’une police d’assurance-automobile, je déclare avoir obtenu le consentement des conducteurs inscrits dans ma police et de tout autre conducteur que j’ai autorisé à conduire mon automobile, à ce que vous collectiez, utilisiez et divulguiez ces renseignements de la manière indiquée ci-dessus, dans la mesure où il ne s’agit que des renseignements raisonnablement nécessaires pour atteindre le but légitime de cette collecte, utilisation ou divulgation.

JE RECONNAIS que je peux en toute liberté consulter le représentant de ma compagnie d’assurance ou mon conseiller juridique avant de signer le présent document si j’ai des questions concernant ce consentement.

JE RECONNAIS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom pourriez être dans l’obligation de divulguer ces renseignements à d’autres parties à mon insu ou sans mon consentement, ou être autorisés par la loi à le faire. J’atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts.

© Imprimeur du Roi pour l’Ontario

Je reconnais que le fait de faire sciemment une déclaration fausse ou trompeuse à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue un délit en vertu de la *Loi sur les assurances*. Je reconnais également que toute personne qui, par tromperie, mensonge ou autre acte malhonnête, escroque ou tente d'escroquer une compagnie d'assurance commet une infraction au titre du *Code criminel*.

Pour en savoir davantage sur la façon dont votre consentement est lié à la mise en commun et à l'analyse des données pour prévenir et détecter la fraude, veuillez vous rendre sur le site Bureau d'assurance du Canada.

Attention – Infractions

Toute déclaration fausse ou trompeuse faite sciemment à un assureur relativement à l'admissibilité à une indemnité dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction en vertu de la *Loi sur les assurances*. Cette infraction est passible, en cas de condamnation, d'une amende maximale de 250 000 $ pour une première infraction et d'une amende maximale de 500 000 $ pour toute infraction subséquente.

Le fait de rédiger ou d'utiliser sciemment un faux document avec l'intention de le faire reconnaître comme authentique constitue une infraction en vertu du *Code criminel* fédéral et cette infraction est passible, en cas de condamnation, d'une peine maximale de 10 années de prison. Le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur, par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête, constitue une infraction en vertu du *Code criminel* fédéral. Cette infraction est passible, en cas de condamnation, d'une peine maximale de 14 années de prison pour une fraude concernant une somme de plus de 5 000 $ et, dans les autres cas, d'une peine maximale de 2 années de prison.

Nom du demandeur ou du mandataire	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (aaaa/mm/jj)

Imprimer Effacer Sauvegarder

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario