Retournez cette formule à :

Confirmation de l'employeur (FDIO-2)

Utilisez cette formule pour les accidents survenus depuis le 1er novembre 1996 inclusivement.

Numéro de la demande :

Numéro de police :

Date de l'accident (aaaa/mm/jj) :

Si votre assureur vous demande de remplir cette formule, remplissez les parties 1 à 3 et remettez la formule à votre employeur ou à votre (vos) employeur(s) précédent(s) afin que le reste de la formule puisse être rempli. Veuillez faire remplir une formule distincte par chacun des employeurs que vous indiquez dans votre formule **Demande d'indemnités d'accident**. Votre assureur peut vous fournir des formules additionnelles. Les formules seront directement acheminées à l'assureur par votre (vos) employeur(s). **Veuillez écrire lisiblement.**

Partie 1 - Identification du demandeur

Nom	Prénom et initiale

Adresse

Ville	Province	Code postal

Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Sexe	Téléphone (rés.)	Téléphone (travail)

Information sur la compagnie d'assurance

Nom de l'assureur

Adresse

Ville	Province	Code postal

Nom du titulaire de la police d'assurance	Numéro de la police

Partie 2 - Autorisation

J'autorise mon employeur à divulguer à mon assureur, ou à son représentant autorisé, tout renseignement pertinent sur mon emploi, y compris des copies de documents pertinents qui ont un lien direct avec ma demande d'indemnités de remplacement de revenu et des détails sur toute source de revenu ou avantage accessoire.

Nom du demandeur ou de son mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou de son mandataire	Date (aaaa/mm/jj)

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario

Partie 3 - Renseignements requis sur la rémunération

Employé

Pour mon employeur actuel ou antérieur :

J'ai été impliqué dans un accident automobile qui a eu lieu le (aaaa/mm/jj):

Pour traiter ma demande, ma compagnie d'assurance a besoin de renseignements sur mon salaire durant la période précédant la date de l'accident. (Si les deux options sont cochées, la compagnie d'assurance déterminera quelle période présente le plus d'avantages.)

☐ 4 semaines ☐ 52 semaines

Travailleur autonome

Si vous êtes travailleur autonome ou si vous l'étiez au cours des quatre dernières semaines avant l'accident, veuillez vous considérer comme l'employeur aux fins de la présente formule

J'étais travailleur autonome durant quatre semaines avant l'accident, et je désigne la période suivante pour le calcul de mon revenu (cochez une option et passez à la partie 4).

Du (aaaa/mm/jj)	Au (aaaa/mm/jj)

☐ 52 semaines ☐ Dernier exercice fiscal complet

Le reste de cette formule doit être rempli par votre employeur actuel ou antérieur.

Partie 4 - Revenu du demandeur

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

Quel était le revenu brut du demandeur durant la période précédant la date de l'accident indiquée ci-dessus? Si le revenu de l'employé ne couvrait qu'une partie de cette période, veuillez préciser le revenu brut que vous lui avez versé pendant la période.

	Salaire hebdomadaire brut pendant les 4 dernières semaines avant la date de l'accident				Salaire brut pendant les 52 dernières semaines avant la date de l'accident		Travailleur autonome : revenu brut
	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Nbre de semaines de travail	Revenu brut	
Salaire							
Pourboires et commissions							
Autre rémunération en argent							
Total:							

Le demandeur s'est-il absenté du travail durant la période indiquée dans la partie 3?

◯ Oui (fournir les détails ci-dessous) ◯ Non

Y a-t-il d'autres types de rémunération offerts par l'employeur?

◯ Oui (fournir les détails ci-dessous) ◯ Non

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario

Partie 5 - Autres indemnités

Le demandeur est-il admissible, selon vous, à recevoir les indemnités suivantes?

Indemnités de continuité de revenu (régime d'invalidité de courte ou de longue durée)	◯ Oui ◯ Non	Assureur	Numéro de police
Indemnités additionnelles de réhabilitation, de soins auxiliaires ou de soins médicaux	◯ Oui ◯ Non	Assureur	Numéro de police
Congé de maladie	◯ Oui ◯ Non	Le demandeur a-t-il utilisé des prestations de maladie suite à l'accident automobile?	◯ Oui ◯ Non
Le demandeur est-il membre d'un syndicat?			◯ Oui ◯ Non
Le demandeur contribue-t-il ou a-t-il contribué au Régime de pensions du Canada ou à un régime similaire?			◯ Oui ◯ Non
Y a-t-il eu une demande soumise à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail en raison de cet accident?			◯ Oui ◯ Non

Partie 6 - Détails de l'emploi

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

Période d'emploi	Du (aaaa/mm/jj) :	Au (aaaa/mm/jj) :	Titre du dernier poste occupé :
Dernier jour à l'emploi	(aaaa/mm/jj)	Date de retour au travail (le cas échéant)	(aaaa/mm/jj)

Description succincte de l'emploi :

Tâches essentielles à l'emploi (joindre une analyse des exigences physiques si disponible) :

Type d'emploi ◯ Temps plein ◯ Temps partiel ◯ Occasionnel ◯ Saisonnier

Partie 7 - Identification de l'employeur

Nom de l'entreprise	Personne-ressource	
Adresse	Numéro d'enr. fiscal ou Numéro d'identification de l'entreprise (NIE)	
Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario

Partie 8 - Signature

Je confirme que les renseignements fournis sont véridiques et exacts.

Je comprends que la *Loi sur les assurances* considère comme une infraction le fait de faire sciemment une déclaration ou une affirmation fausse ou trompeuse à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance. Les secteurs réglementés peuvent faire l'objet d'un examen ou d'une enquête concernant des questions relatives à un permis ou à toute pratique ou tout acte malhonnête ou mensonger. Le non-respect des règlements applicables peut entraîner des mesures d'exécution, allant d'une sanction administrative pécuniaire à la poursuite en vertu de la *Loi sur les infractions provinciales.*

Je comprends également que le Code *criminel* (Canada) considère comme une infraction le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête. Les renseignements serviront à traiter les paiements des indemnités réclamées, à déterminer et à analyser la nature, les effets et les coûts des produits et services fournis aux victimes d'accidents d'automobile par les fournisseurs de soins de santé, ainsi qu'**à prévenir, à détecter et à éliminer les fraudes.**

Signature de l'employeur :	Date (aaaa/mm/jj)

Nom de l'employeur (en lettres moulées)	Titre

Imprimer Effacer Sauvegarder

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario