

Dossier de demande d'indemnités d'accident

Dossier à utiliser pour toute demande d'indemnités relative à des blessures subies dans un accident d'automobile survenu à partir du 1^{er} novembre 1996

À propos de cette demande d'indemnités d'accident

Veillez noter que tout accident d'automobile entraînant des lésions corporelles doit être signalé à la police. Pour certaines indemnités d'accident, les demandes doivent être faites dans les sept jours. Communiquez avec votre expert d'assurance pour obtenir de plus amples renseignements.

Ce dossier contient cinq formulaires :

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

Remplissez ce formulaire s'il s'agit de votre **première** demande d'indemnités à la suite d'un accident, y compris si vous avez subi des blessures et demandez des indemnités de remplacement de revenu. Vous pouvez être admissible à des indemnités hebdomadaires même si vous étiez sans revenu d'emploi ou à la retraite au moment de l'accident.

Ce formulaire doit être renvoyé dans les 30 jours suivant la réception du dossier. Si vous n'êtes pas en mesure de respecter ces délais, envoyez quand même le formulaire à votre assureur en lui indiquant pourquoi vous n'avez pas pu le remplir dans les 30 jours. Envoyez l'original du formulaire et conservez une copie pour vos dossiers.

■ Confirmation de l'employeur (FDIO-2)

Si votre assureur vous en fait la demande, remettez ce formulaire à votre employeur. Ce formulaire sera rempli conjointement par vous-même (ou votre représentant) et par votre employeur. Si vous avez eu plusieurs employeurs durant les 52 dernières semaines, il est possible que chacun de vos employeurs doive remplir un formulaire distinct. Votre assureur peut demander des preuves de revenu additionnelles.

■ Certificat d'invalidité (FDIO-3)

Si votre assureur vous en fait la demande, remplissez la première partie et remettez le formulaire à votre professionnel de la santé (chiropraticien, dentiste, ergothérapeute, infirmier praticien, optométriste, médecin, physiothérapeute, orthophoniste ou psychologue). Ce formulaire doit être rempli conjointement par vous-même (ou votre représentant) et par votre professionnel de la santé.

■ Autorisation de divulguer des renseignements médicaux (FDIO-5)

Remplissez ce formulaire si votre assureur vous en fait la demande. L'assureur a besoin des renseignements médicaux vous concernant pour déterminer correctement votre admissibilité à des indemnités. Les professionnels de la santé doivent avoir votre autorisation écrite pour communiquer ces renseignements à l'assureur.

■ Confirmation du traitement (FDIO-23)

Ce formulaire doit être rempli pour confirmer le traitement reçu en vertu de la *Ligne directrice sur les blessures légères* pour les accidents survenus à compter du 1^{er} septembre 2010. Il existe des exceptions à cette règle. Veuillez communiquer avec votre compagnie d'assurance pour déterminer si ce formulaire est à remplir.

Lorsque l'assureur aura examiné votre dossier de demande au complet, il communiquera avec vous pour vous aviser des indemnités auxquelles vous avez droit. Si votre assureur a besoin de renseignements complémentaires pour traiter votre demande, il communiquera avec vous.

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.

Où dois-je envoyer les formulaires de demande?

Veillez suivre les instructions ci-dessous.

1. Si vous êtes propriétaire ou locataire d'un véhicule ou utilisez régulièrement un véhicule appartenant à votre employeur

À la date de l'accident, est-ce que vous-même, votre conjointe ou conjoint ou une autre personne dont vous dépendez (cochez toutes les options qui vous concernent) :

- possédiez une automobile?
- louiez ou aviez convenu, par contrat, de louer un véhicule pour plus de 30 jours?
- conduisiez le véhicule d'un employeur mis à votre disposition pour un usage régulier?
- Oui - Si vous avez coché une seule option, faites parvenir les formulaires à l'assureur de ce véhicule. Non - Si aucune de ces options ne s'applique à vous, passez au point 2.
- Oui - Si vous avez coché plus d'une option, faites parvenir les formulaires à l'assureur du véhicule dans lequel vous vous trouviez au moment de l'accident.
- Oui - Si vous avez coché plus d'une option et si vous ne vous trouviez dans aucun des véhicules concernés, faites parvenir les formulaires à l'assureur de votre choix.

2. Si vous êtes un conducteur inscrit

Êtes-vous inscrit comme conducteur dans la police d'assurance d'une autre personne?

- Oui - Envoyez vos formulaires à l'assureur qui a émis la police où vous êtes inscrit. Non – Si non, passez au point 3.

Les catégories suivantes s'appliquent uniquement si :

- ni vous, ni votre conjointe ou conjoint, ni toute personne dont vous dépendez **n'êtes propriétaire ou locataire d'un véhicule ni ne conduisez régulièrement de véhicule fourni par un employeur;**
- vous n'êtes **pas inscrit** comme conducteur dans une police d'assurance.

3. Occupant du véhicule d'une autre personne

Vous trouviez-vous, au moment de l'accident, dans le véhicule d'une autre personne qui était assurée?

- Oui - Faites parvenir les formulaires à l'assureur qui couvre ce véhicule. Non – Si non, passez au point 4.

4. Piéton ou cycliste

Étiez-vous un piéton ou un cycliste heurté par un véhicule assuré au moment de l'accident?

- Oui - Faites parvenir les formulaires à l'assureur du véhicule qui vous a heurté. Non – Si non, passez au point 5.

5. Véhicule non assuré

Vous trouviez-vous, au moment de l'accident, dans un véhicule qui n'était pas assuré?

- Oui - Faites parvenir vos formulaires à l'assureur de tout autre véhicule en cause dans l'accident. Non – Si non, passez au point 6.

6. Aucune des réponses ci-dessus ne s'applique à vous

Si vous n'êtes pas titulaire d'une assurance-automobile et si aucun des véhicules en cause dans l'accident n'était assuré ou n'a pu être identifié, vous pouvez avoir droit aux indemnités du Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles. Veuillez remplir le dossier de demande au complet et consulter la partie 10.

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

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

Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à partir du 1^{er} novembre 1996.

N° de la demande : _____

N° de la police : _____

Date de l'accident : (AAAAMMJJ) _____

Chaque personne qui demande des indemnités d'accident doit remplir un formulaire distinct. Il est obligatoire de remplir TOUTES les sections. **Votre demande peut être refusée si l'information est incomplète ou inexacte. Veuillez écrire lisiblement.**

Partie 1 Renseignements sur le demandeur

Nom	Prénom et initiale	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	État matrimonial <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)
Numéro de permis de conduire		Date de naissance année mois jour	Y a-t-il une ou plusieurs personnes qui dépendent de vous pour un soutien financier ou des soins? <input type="checkbox"/> Oui - combien de personnes? _____ <input type="checkbox"/> Non
Adresse			
Ville		Province	Code postal
Téléphone (résidence)		Téléphone (travail)	Télécopieur
On peut communiquer avec vous... <input type="checkbox"/> par téléphone <input type="checkbox"/> au domicile <input type="checkbox"/> en personne <input type="checkbox"/> au travail <input type="checkbox"/> autre _____		Langue utilisée :	Quel est le meilleur moment pour communiquer avec vous : Jour(s) de la semaine _____ Heure _____ <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi ou soir
		Courriel :	

Partie 2 Représentant du demandeur (le cas échéant)

Remplissez cette section uniquement si le demandeur blessé dans l'accident est décédé, s'il est mineur, s'il ne peut remplir le formulaire lui-même ou s'il vous a désigné comme son représentant.

Nom	Relations avec le demandeur <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Avocat <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> Autre représentant rémunéré
Prénom et initiale	
Adresse	
Ville	Province
Code postal	
Téléphone (travail)	Télécopieur
Courriel :	

Partie 3 Détails de l'accident et renseignements sur la santé

Date de l'accident	Année	mois	jour	Heure de l'accident <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi ou soir	Vous étiez : <input type="checkbox"/> conducteur <input type="checkbox"/> piéton <input type="checkbox"/> passager <input type="checkbox"/> autre _____
Lieu de l'accident : n° de route/nom de la rue				Ville	Province
L'accident a-t-il eu lieu pendant que vous étiez au travail?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous fait une réclamation auprès de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
L'accident a-t-il été signalé à la police?				<input type="checkbox"/> Oui (donnez des détails ci-dessous) <input type="checkbox"/> Non	
Nom de l'agent		N° de matricule		Date où l'accident a été signalé à la police année mois jour	
Poste de police/Centre de déclaration des collisions					
Avez-vous été inculpé? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (donnez des détails)					
Donnez une brève description de l'accident. Si vous avez subi des blessures lors de l'accident, décrivez la cause et l'étendue des blessures					
Avez-vous pu reprendre vos occupations habituelles après l'accident?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Êtes-vous allé à l'hôpital?				<input type="checkbox"/> Oui (donnez des détails ci-dessous) <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous consulté un professionnel de la santé? (p. ex., médecin, chiropraticien ou physiothérapeute?)				<input type="checkbox"/> Oui (donnez des détails ci-dessous) <input type="checkbox"/> Non	

Feuilles supplémentaires jointes

**Partie 3
Détails de
l'accident et
renseigne-
ments sur la
santé (suite)**

Nom du professionnel de la santé		Nom de l'établissement	
Adresse			
Ville		Province	Code postal
Ce praticien a-t-il commencé un traitement?		<input type="checkbox"/> Oui (donnez des détails)	<input type="checkbox"/> Non

Feuilles supplémentaires jointes

**Partie 4
Détails de
l'assurance-
automobile**

Afin de déterminer quel assureur doit payer les indemnités, nous devons savoir si vous possédez votre propre assurance ou si vous êtes couvert par l'assurance d'une autre personne. Veuillez remplir la partie suivante à cet effet :

A Êtes-vous couvert par l'une des polices d'assurance-automobile suivantes?

Votre propre police d'assurance	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La police de votre conjoint	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La police d'une personne dont vous dépendez (p. ex., un parent)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une police où vous êtes inscrit comme conducteur (p. ex., celle d'un ami)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La police de votre employeur (p. ex., véhicule fourni par l'employeur) ou de l'employeur de votre conjoint	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Une police assurant la location de véhicules à long terme (location de plus de 30 jours)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu « **Non** » à **toutes** les lignes précédentes, passez à la partie **B**. Si vous avez répondu « **Oui** » à **au moins** une de ces lignes, complétez la partie suivante :

Nom du titulaire de la police d'assurance	
Nom de l'assureur	Numéro de la police
Automobile (marque, modèle et année du véhicule)	Numéro d'immatriculation
Étiez-vous un occupant du véhicule au moment de l'accident?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Si vous avez répondu « **Oui** » à plus d'une des lignes dans cette partie, donnez ci-dessous des détails concernant la police supplémentaire.

Nom du titulaire de la police d'assurance	
Nom de l'assureur	Numéro de la police
Automobile (marque, modèle et année du véhicule)	Numéro d'immatriculation
Étiez-vous un occupant du véhicule au moment de l'accident?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

B Si vous avez répondu « **Non** » à toutes les questions posées à la partie **A**, **vous devez faire parvenir** votre demande à l'assureur du véhicule dans lequel vous vous trouviez au moment de l'accident ou, si vous étiez piéton ou cycliste, du véhicule qui vous a heurté. Si ce véhicule n'était pas assuré ou n'a pas été identifié, décrivez, s'il y a lieu, tout autre véhicule en cause dans l'accident. **Donnez des détails ci-dessous.**

<p>La police en vertu de laquelle vous faites une réclamation couvre :</p> <p><input type="checkbox"/> Le véhicule que je conduisais au moment de l'accident.</p> <p><input type="checkbox"/> Le véhicule qui m'a heurté alors que j'étais piéton ou cycliste.</p> <p><input type="checkbox"/> Un autre véhicule en cause dans l'accident.</p>	<p>Type de véhicule couvert par cette police :</p> <p><input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Camion</p> <p><input type="checkbox"/> Motocyclette <input type="checkbox"/> Autobus</p> <p><input type="checkbox"/> Taxi/Limousine <input type="checkbox"/> Motoneige</p> <p><input type="checkbox"/> Autre _____</p>
---	---

Propriétaire du véhicule		Téléphone (résidence)	
Adresse		Téléphone (travail)	
Ville	Province	Code postal	
Automobile (marque, modèle et année du véhicule)		Numéro d'immatriculation	
Nom de l'assureur		Numéro de la police	
Nom du titulaire de la police d'assurance		Numéro de permis de conduire	
Avez-vous signalé l'accident à un autre assureur?		<input type="checkbox"/> Oui (donnez des détails)	<input type="checkbox"/> Non
Nom de l'assureur		Type de couverture	

Partie 5
Situation du demandeur

Laquelle des catégories suivantes correspond à votre situation au moment de l'accident?

Employé <input type="checkbox"/> Employé au travail <input type="checkbox"/> Travailleur autonome	Non employé <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Sans emploi et <input type="checkbox"/> ayant travaillé pendant 26 des 52 dernières semaines <input type="checkbox"/> recevant des prestations d'assurance-emploi <input type="checkbox"/> À la retraite	<input type="checkbox"/> Étudiant ou diplômé récent <input type="checkbox"/> Personne soignante
--	--	--

Partie 6
Étudiant fréquentant un établissement d'enseignement

Faisiez-vous des études à plein temps au moment de l'accident ou aviez-vous terminé vos études moins d'un an avant l'accident?

Oui (donnez des détails ci-dessous) Non (passez à la partie 7)

Nom de l'établissement		Date de la dernière présence	année	mois	jour	
Adresse		Programme et niveau				
Ville	Province	Code postal	Date prévue de fin des études	année	mois	jour

Faites-vous présentement des études? Oui (précisez la date) Non

Avez-vous pu continuer vos études après l'accident? Oui (précisez la date) Non

Partie 7
Personne soignante

Étiez-vous, au moment de l'accident, la personne soignante principale de personnes vivant sous votre toit?

Oui (remplissez la section ci-dessous) Non (passez à la partie 8)

Recevez-vous une rémunération pour les soins que vous prodiguez à ces personnes? Oui (passez à la partie 8) Non

Identifiez les personnes dont vous étiez la personne principale soignante au moment de l'accident.

Nom	Date de naissance			Personne handicapée	
	année	mois	jour	Oui	Non
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Feuilles supplémentaires jointes

Vos blessures vous ont-elles empêché de dispenser les soins que vous prodiguez avant l'accident?

Oui (précisez ci-dessous) Depuis quelle date? Non

Explications

Feuilles supplémentaires jointes

À tout moment depuis l'accident, avez-vous pu recommencer à prodiguer des soins?

Oui (À quelle date) Non

Partie 8
Calcul du
remplacement de
revenu

Fournissez les détails de votre situation d'emploi dans les 52 dernières semaines. Commencez par votre emploi actuel ou le plus récent. Si vous avez occupé plusieurs postes chez le même employeur, utilisez une ligne distincte pour chacun des postes. Indiquez votre revenu brut avant tout impôt et toute retenue à la source.

Si vous étiez travailleur autonome durant les 4 semaines qui ont précédé l'accident, considérez-vous comme un employeur aux fins de la présente section.

Date année/mois/jour	Nom et adresse de l'employeur le plus récent	Poste/tâches essentielles	Nbre d'heures par semaine	Revenu brut de cette période
Du : au :				\$
Du : au :				\$
Du : au :				\$
Du : au :				\$

Feuilles supplémentaires jointes

Vos blessures vous ont-elles empêché de travailler?

Oui (à partir de quelle date?) année mois jour Non (passez à la partie 9)

À tout moment depuis l'accident, avez-vous pu retourner au travail?

Oui (à partir de quelle date?) année mois jour Non

Le montant de vos indemnités est calculé à partir de votre revenu antérieur. Durant laquelle de ces périodes avez-vous eu le revenu hebdomadaire moyen le plus élevé?

- Les 4 dernières semaines (ne s'applique pas aux travailleurs autonomes)
- Les 52 dernières semaines
- La dernière année financière (travailleur autonome seulement)

Partie 9
Autres
assurances ou
paiements
accessoirs

Est-ce que vous-même, votre conjointe ou conjoint ou toute personne dont vous dépendez (p. ex., vos parents) détenez un autre régime d'assurance qui vous couvre (p. ex., une assurance collective ou individuelle, syndicale, médicale ou dentaire, assurance-invalidité, etc.)?

Oui (donnez des détails ci-dessous) Non

Nom du payeur des indemnités	Type de couverture	Numéro du certificat ou de la police

Au cours des 52 dernières semaines, avez-vous reçu un revenu provenant d'un régime d'assurance-invalidité? Oui (spécifiez les dates) Non

Du : année mois jour Au : année mois jour Montant total reçu _____ \$

Avez-vous reçu des prestations d'assurance-emploi? Oui (spécifiez les dates) Non

Du : année mois jour Au : année mois jour Montant total reçu _____ \$

Feuilles supplémentaires jointes

Avez-vous reçu des prestations d'aide sociale? Oui Non

Partie 10
Fonds
d'indemnisation
des victimes
d'accidents de
véhicules
automobiles

NE REMPLISSEZ CETTE PARTIE QUE SI LES POINTS (1) À (5) DE LA PAGE 2 NE S'APPLIQUENT PAS À VOTRE CAS ET SI VOUS FAITES UNE DEMANDE AUPRÈS DU FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACCIDENTS DE VÉHICULES AUTOMOBILES.

Votre représentant 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 5160, rue Yonge, 16^e étage, C.P. 85, Toronto (Ontario) M2N 6L9. 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 représentant et vous-même reconnaissez que la demande DOIT INCLURE les documents suivants dûment remplis avant que le demandeur puisse présenter une demande de versement d'indemnités d'accident au FIVAVA :

- 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

avant que le demandeur puisse présenter une demande de versement d'indemnités d'accident du FIVAVA.

(* Ces formulaires sont disponibles à l'adresse suivante : www.fSCO.gov.on.ca.)

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

Partie 11
Autorisation
de paiement
direct par le
demandeur

(s'applique
uniquement aux
demandeurs qui
reçoivent des
traitements ou des
services d'un
fournisseur 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

À L'INTENTION DE L'ASSUREUR, Y COMPRIS LE FIVAVA, AUQUEL CETTE DEMANDE EST PRÉSENTÉE

JE RECONNAIS que vous-même et les personnes agissant en votre nom collecterez et utiliserez des renseignements personnels (sur la santé et autres) me concernant qui se rapportent à mes demandes d'indemnités d'accident liées à l'accident décrit dans la présente demande, et que tous ces renseignements seront obtenus directement de moi-même, ou de toute 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.

JE RECONNAIS que toute déclaration fausse ou trompeuse faite en connaissance de cause à mon assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue **UNE VIOLATION DE LA LOI SUR LES ASSURANCES**.

JE COMPRENDS QUE LE CODE CRIMINEL (CANADA) CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance 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 DÉTECTER, À PRÉVENIR ET À ÉLIMINER LES FRAUDES**.

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 <http://www.ibc.ca/fr/privacy-terminology.asp>.

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