

Retournez cette formule à :

## Confirmation de l'employeur (FDIO-2)

Utilisez cette formule pour les accidents survenus depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1996 inclusivement.

N° de la demande :

N° de police :

Date de l'accident :  
(AAAAMMJJ)

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). **Veillez écrire lisiblement.**

### Partie 1 Identification du demandeur

Nom		Prénom et initiale			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse						
Ville		Province		Code postal		
Date de naissance	(aaaa/mm/jj)	Téléphone (rés.)	Code régional ( )	Téléphone (travail)	Code régional ( )	
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 (AAAAMMJJ)
---	---	-----------------

### 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 :

Date (AAAAMMJJ)

Afin de traiter ma demande, mon assureur a besoin de renseignements sur mon salaire au cours de la période suivante antérieurement à la date de l'accident. (Si vous cochez  les deux cases, l'assureur déterminera quelle période donne droit à l'indemnité la plus élevée.)

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 pendant les quatre dernières semaines avant l'accident et je spécifie la période suivante aux fins du calcul de mon revenu (veuillez cocher  une case et passer à la partie 4).

52 semaines  
 Dernier exercice fiscal complet

Du	Date (AAAAMMJJ)
Au	Date (AAAAMMJJ)

**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 pendant la période précédant la date de l'accident tel que spécifié dans la case cochée  ci-dessus? Si l'employé a travaillé uniquement pendant une partie de cette période, indiquez le revenu brut que l'employé a reçu de vous pendant cette 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 a-t-il été absent du travail pendant la période cochée () à la partie 3?

Oui (fournir les détails ci-dessus)  Non

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

Oui (fournir les détails ci-dessus)  Non

**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)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Assureur	N° de police
Indemnités additionnelles de réhabilitation, de soins auxiliaires ou de soins médicaux	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Assureur	N° de police
Congé de maladie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Le demandeur a-t-il utilisé des prestations de maladie suite à l'accident automobile?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Le demandeur est-il membre d'un syndicat?				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Le demandeur contribue-t-il ou a-t-il contribué au Régime de pensions du Canada ou à un régime similaire?				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
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?				<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

**Partie 6  
Détails de l'emploi**

Pages additionnelles jointes en annexe

Période d'emploi	Du : Date (AAAAMMJJ)	Au : Date (AAAAMMJJ)	Titre du dernier poste occupé :	
Dernier jour à l'emploi : Date (AAAAMMJJ)		Date de retour au travail (le cas échéant) : Date (AAAAMMJJ)		
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		N° d'enr. fiscal ou Numéro d'identification de l'entreprise (NIE)	
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone	Code régional (      )	Numéro de télécopieur	Code régional (      )

**Partie 8**  
**Signature**

<p><b>JE CONFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.</b></p> <p><b>JE COMPRENDS QUE LA LOI SUR LES ASSURANCES CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE</b> 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 <i>Loi sur les infractions provinciales</i>.</p> <p><b>JE COMPRENDS QUE LE CODE CRIMINEL (CANADA) CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE</b> frauder ou 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'<b>À DÉTECTER ET À PRÉVENIR LES FRAUDES.</b></p>	
Signature de l'employeur :	Date (AAAAMMJJ)
Nom de l'employeur (en lettres moulées) :	Titre :