

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

Demande de prestations de décès et d'indemnités funéraires (FDIO-4)

Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à compter du 1^{er} janvier 1994

N° de la demande :	
N° de la police :	
Date de l'accident : (AAAAMJJ)	

Ce formulaire doit être rempli par le conjoint ou la conjointe et la ou les personnes à charge de la personne décédée et toute autre personne en droit de présenter une demande de prestations, ou pour le compte de ces personnes. Lorsque plusieurs personnes sollicitent des prestations et indemnités, elles peuvent présenter leur demande conjointement ou séparément. Remplissez la **Demande d'indemnités d'accident** si vous ne l'avez pas encore fait. Joignez à la présente une copie du certificat de décès.

Veillez écrire lisiblement.

Partie 1 Renseignements sur la personne décédée

Nom de la personne décédée				État matrimonial	
Prénom et initiale de la personne décédée				<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Séparé(e)
Adresse				<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)
Ville				<input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait	<input type="checkbox"/> Veuf (veuve)
Province		Code postal		Y avait-il des personnes à charge au moment du décès?	
Date de naissance (AAAAMJJ)		Date de l'accident (AAAAMJJ)		<input type="checkbox"/> Si oui, combien de personnes?... <input type="checkbox"/> Non	
Date du décès (AAAAMJJ)				Certificat de décès joint <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Partie 2 Renseignements sur le survivant

(joindre des pages supplémentaires au besoin)

Si vous faites une demande de prestations de décès, indiquez votre relation avec la personne décédée.

Demandeur 1

Nom				Relation avec la personne décédée	
Prénom et initiale				<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Parent
Adresse				<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Pers. à charge
Ville				<input type="checkbox"/> Ex-conjoint(e) recevant une pension alim.	
Province		Code postal		<input type="checkbox"/> Autre personne dont dépendait la personne décédée (précisez)	
Téléphone (rés.)	Code régional - -	Téléphone (travail)	Code régional - -	Téléco-pieur	Code régional - -

Demandeur 2

Nom				Relation avec la personne décédée	
Prénom et initiale				<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Parent
Adresse				<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Pers. à charge
Ville				<input type="checkbox"/> Ex-conjoint(e) recevant une pension alim.	
Province		Code postal		<input type="checkbox"/> Autre personne dont dépendait la personne décédée (précisez)	
Téléphone (rés.)	Code régional - -	Téléphone (travail)	Code régional - -	Téléco-pieur	Code régional - -

Demandeur 3

Nom				Relation avec la personne décédée	
Prénom et initiale				<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Parent
Adresse				<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Pers. à charge
Ville				<input type="checkbox"/> Ex-conjoint(e) recevant une pension alim.	
Province		Code postal		<input type="checkbox"/> Autre personne dont dépendait la personne décédée (précisez)	
Téléphone (rés.)	Code régional - -	Téléphone (travail)	Code régional - -	Téléco-pieur	Code régional - -

Nota – Afin de faciliter la lecture du présent formulaire, le masculin est utilisé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

