Retourner ce formulaire à :

Demande de remboursement de frais encourus (FDIO-6)

Utilisez cette formule pour les accidents survenus depuis le 1er janvier 1994 inclusivement.

No de demande :	
No de police :	
Date de l'accident : (AAAAMMJJ)	

Le présent formulaire est à utiliser exclusivement pour demander le remboursement de frais non présentés en votre nom par votre fournisseur de soins de santé.

Vous pouvez réclamer le remboursement des frais raisonnables et nécessaires encourus comme suite à votre accident et qui ne font l'objet d'aucun remboursement d'un autre régime d'assurance. Ces dépenses comprennent les coûts des soins médicaux et de réadaptation, les frais d'études engagés inutilement, les frais de soins auxiliaires, de personnes soignantes et de travaux ménagers, les frais de déplacement, les frais des personnes en visite ainsi que le coût de remplacement d'objets perdus ou endommagés (vêtements, prothèses dentaires, auditives et autres, lunettes, etc.). Veuillez joindre en annexe toutes les factures et tous les reçus correspondants.

Partie 1 Identification du demandeur

Nom	Prénom et initiale	Sexe ☐ H ☐ F
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Date de naissance (AAAAMMJJ)	Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)

Partie 2 Frais Encourus

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

Veuillez joindre toutes les factures et tous les reçus. Si une pièce est manquante, expliquez pourquoi. Si vous avez besoin de plus d'espace, ajoutez des pages en annexe.

Article	Date	Description des biens et services et nom du fournisseur	Montant
		Montant total	

Partie 3 Signature

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la *Loi sur les assurances*. Je reconnais également que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du *Code criminel* fédéral

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