

Commission des services financiers de l'Ontario

Recherche

ALLER

[Recherche avancée](#)

[Accueil](#) | [Plan du site](#) | [Formules](#) | [Services en ligne](#) | [English](#) | [Contactez](#)

Services offerts dans différents secteurs de services financiers

[Assurance](#) [Retraites](#) [Audiences/Décisions](#) [Permis/Enregistrement](#) [Qui nous réglementons](#) [À propos de la CSFO](#) [Publications](#)

[Page d'accueil](#) > [Publications](#) > [Bulletins](#) > [AutomobileBulletins](#) > [2003](#) : Mise en œuvre du projet de loi 198 :

Nouveaux formulaires et formulaires révisés sur les demandes d'indemnités d'accident légales, l'avis de divulgation

Taille du texte :

relatif à un règlement et le Formulaire 1

Assurance multirisques - Bulletins - Auto

Bulletins sur les régimes de retraite

Bulletins de contrôle et de mise en application

Bulletins sur les changements à la délivrance de permis

Bulletins par secteur

Bulletin

No. A- 12/03

I.A.R.D.

– Auto

NOTE: Les bulletins affichés sur ce site Web vous sont offerts comme références historiques seulement. Les informations qu'ils renferment sont exactes à la date de publication, mais sont sujettes à changement et peuvent avoir été remplacées par un bulletin ultérieur. Les utilisateurs sont encouragés à vérifier ces informations avant de prendre toute décision.

Les bulletins affichés peuvent contenir des formules périmées. Pour la version actuelle des formules de la CSFO, veuillez consulter la [section formules](#) de ce site Web.

Mise en œuvre du projet de loi 198 : Nouveaux formulaires et formulaires révisés sur les demandes d'indemnités d'accident légales, l'avis de divulgation relatif à un règlement et le Formulaire 1

À l'attention de toutes les compagnies autorisées à faire

souscrire de l'assurance-automobile en Ontario

Par le présent Bulletin, la Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO) émet de nouveaux formulaires et des formulaires révisés pour les demandes d'indemnités d'accident légales approuvées par le surintendant. Ces formulaires tiennent compte de changements apportés au système d'assurance-automobile en vertu de la *Loi sur le respect de l'engagement d'assurer une économie saine (mesures budgétaires) (Projet de loi 198)* et les *Indemnités d'accident légales (IAL)*.

Trois formulaires seront applicables à des accidents survenant le 1er octobre 2003 ou après (« demandes d'indemnités en vertu du Projet de loi 198 »).

En outre, seize des nouveaux formulaires ont été conçus pour être utilisés à compter du 1er octobre 2003, pour des demandes d'indemnités en vertu du nouveau *Projet de loi 198 et du Projet de loi 59* actuel. Quelques-uns de ces formulaires continuent à être applicables à des demandes d'indemnités en vertu du *Projet de loi 164*.

Pour des raisons de commodité, la liste ci-jointe cite les formulaires applicables à toutes les demandes d'indemnités courantes et à celles qui relèvent du *Projet de loi 198* seulement. L'existence de deux ensembles de formulaires est un résultat inévitable de la transition au nouveau système.

Les changements à ces formulaires ont été effectués en consultation avec les membres de l'industrie de l'assurance, les professionnels des soins de la santé et avec d'autres intervenants. Les révisions tiennent également compte d'améliorations requises par ces intervenants.

De plus, la CSFO diffuse l'*Avis de divulgation relatif à un règlement* demandant des changements pour tenir compte des réformes introduites par le *Projet de loi 198*. Le principal changement décrit dans cet avis porte sur l'interdiction de tout règlement en espèces dans les 12 mois suivant l'accident (avec quelques exceptions).

L'évaluation des soins auxiliaires (Formulaire 1) a également été révisée et fait partie du Règlement de l'Ontario 403/96 - *Indemnités d'accident légales - Accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après* (tel que modifié par le Règlement 281/03). Pour votre commodité, le Formulaire 1 est joint au présent Bulletin.

Utilisations des formulaires

Veillez prendre note qu'à partir du 1er novembre 2003, conformément au *Règlement 7/00* sur les actes et pratiques injustes et trompeurs, l'utilisation d'un document au lieu d'un formulaire approuvé par le surintendant constitue un acte injuste et trompeur à moins qu'aucune des dérogations dans le document ne porte atteinte à sa substance ou ne soit conçue pour induire en erreur.

Manuel de l'utilisateur

Le BAC et les associations de professionnels des soins de la santé sont en train de mettre au point un manuel utilisateur destiné à aider les intéressés à remplir ces formulaires. Le manuel utilisateur sera offert ultérieurement sur le site Web de l'assurance-automobile du BAC à www.autoinsuranceforms.on.ca.

Comment obtenir les formulaires révisés et les nouveaux formulaires:

Vous trouverez annexés au présent Bulletin des copies des formulaires révisés et des nouveaux formulaires en anglais et en français. Vous pourrez également les trouver au site Web de la CSFO à : www.fSCO.gov.on.ca.

Bryan P. Davies

Directeur général

Surintendant des services financiers

13 août 2003

Pièces jointe:

(1) [Tableau](#)

(2) Exemples formulaires:

- [Trousse de demande d'indemnités d'accident](#)
- [Formulaire de confirmation de l'employeur \(OCF-2\)](#)
- [Certificat d'invalidité \(OCF-3\)](#)
- [Formulaire de demande de prestation de décès et d'indemnité pour frais funéraires \(OCF - 4\)](#)
- [Autorisation de divulguer des renseignements médicaux \(OCF-5\)](#)
- [Formulaire de demande de remboursement de frais encourus \(OCF-6\)](#)
- [Explication des indemnités versées par la compagnie d'assurance \(OCF-9\)](#)
- [Choix des indemnités : remplacement de revenu, personne sans revenu d'emploi ou personne soignante principale \(OCF-10\)](#)
- [Aiguillage, plan et sommaire d'évaluation du Centre d'évaluation désigné \(OCF-11\)](#)
- [Déclaration de revenu et d'indemnités reçus après l'accident \(OCF-13\)](#)
- [Autorisation de divulguer des renseignements médicaux au Centre d'évaluation désigné \(FDIO-14\)](#)
- [Avis d'arrêt des indemnités hebdomadaires et demande d'évaluation \(OCF-17\)](#)
- [Programme de traitement \(FDIO-18\)](#)
- [Demande d'évaluation d'une déficience invalidante \(OCF-19\)](#)

- [Détermination de l'existence d'une déficience invalidante et demande d'évaluation \(OCF-20\)](#)
- [Facture standard d'assurance automobile\(OCF-21/59\)](#)
- [Demande d'une approbation pour une évaluation ou un examen \(OCF-22\)](#)
- [Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées \(FDIO-23/198\)](#)
- [Rapport de statut et de congé aux fins des Lignes directrices pré-autorisées \(FDIO-24/198\)](#)
- [Avis de divulgation relatif à un règlement](#)
- [Évaluation des besoins en soins auxiliaires \(Form 1\)](#)



Pour visualiser les fichiers PDF, vous devez avoir la version 7.0 d'Adobe Acrobat® Reader. Vous pouvez télécharger ce logiciel gratuit à partir du [site Web d'Adobe](#).

Page: 344 Trouver la page:



ALLER



Version à imprimer



Marquer la page d'un signet



Envoyer cette page

[Avis importants](#) | [Confidentialité](#)

[Accueil](#) | [Ministère des Finances](#) | [Plan du site](#) | [Commentaires](#) | [English](#) | [Contactez](#)

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2006

Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge
Toronto, ON M2N 6L9
1 800 668-0128
416 250-7250



Dernière mise à jour :
8/23/2005 3:35:04 PM

Trousse de demande d'indemnités d'accident

Utilisez cette trousse pour toute demande d'indemnités relative à des blessures subies dans un accident d'automobile survenu depuis le 1^{er} novembre 1996 inclusivement.

À propos de cette demande d'indemnités d'accident

Veuillez noter que tout accident d'automobile qui implique des blessures corporelles doit être signalé à la police. Les demandes d'indemnités d'accident doivent être faites dans les sept jours. Communiquez avec votre expert en sinistres pour obtenir de plus amples renseignements. Cette trousse contient cinq formulaires :

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

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

Ce formulaire doit être retourné dans les 30 jours suivant la réception de la trousse. Si vous n'êtes pas en mesure de l'envoyer dans ces délais, remettez la trousse partiellement remplie à votre assureur en lui indiquant pourquoi vous n'avez pas pu la compléter en 30 jours. Remettez-lui l'original du formulaire et conservez une copie pour vos dossiers.

■ Formulaire de confirmation de l'employeur (FDIO-2)

Si votre assureur vous en fait la demande, remettez ce formulaire à votre employeur. Ce formulaire doit être rempli conjointement par vous-même, ou votre représentant, et votre employeur. Si vous avez eu plus d'un employeur durant les 52 dernières semaines, il peut être nécessaire que chacun de vos employeurs remplisse 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, veuillez remplir la première partie et remettre le formulaire à votre professionnel de la santé (chiropraticien(ne), dentiste, ergothérapeute, infirmier(ère) praticien(ne), 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)

- Si votre assureur vous en fait la demande, veuillez remplir ce formulaire. L'assureur a besoin de vos renseignements médicaux afin de déterminer correctement votre admissibilité à des indemnités. Les professionnels de la santé ont besoin de votre autorisation écrite afin de pouvoir communiquer vos renseignements médicaux à l'assureur.

■ Programme de traitement (FDIO-18)

Si votre état nécessite des soins médicaux ou de réadaptation, ce formulaire doit être rempli avant le début du traitement. Cependant, certaines exceptions s'appliquent. Veuillez communiquer avec votre assureur pour vérifier si le formulaire est exigé.

Après que l'assureur aura examiné votre trousse de demande complète, on communiquera avec vous pour vous aviser des indemnités auxquelles vous avez droit. Si votre assureur a besoin de plus de renseignements pour traiter votre demande, l'assureur communiquera avec vous.

Attention - infractions

Toute déclaration fausse ou trompeuse faite sciemment à un assureur en relation avec 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 100 000 \$ pour une première infraction et d'une amende maximale de 200 000 \$ 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 dix années de prison.

Le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur, soit par supercherie, soit par contrefaçon, soit par 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 dix années de prison pour une fraude impliquant plus de 5 000 \$ et, dans les autres cas, d'une peine maximale de deux années de prison.

Tout renseignement fourni qui est incomplet ou incorrect peut mener au rejet de votre demande.

Où dois-je envoyer les formulaires de demande?

Veuillez 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 conjoint(e) ou une autre personne dont vous êtes à charge (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 un véhicule fourni par l'employeur et mis à votre disposition pour un usage personnel?

☐ 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 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, 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 - Si vous avez répondu Oui, envoyez votre formulaire à l'assureur qui a émis la police dans laquelle vous êtes inscrit(e).

☐ Non - Dans le cas contraire, passez au point 3.

Les catégories suivantes s'appliquent uniquement si :

- Ni vous, ni votre conjoint(e), ni toute personne dont vous êtes à charge **n'êtes propriétaire ou locataire d'un véhicule ni ne conduisez de véhicule fourni par un employeur.**
 - Vous **n'êtes pas inscrit** comme conducteur dans la police d'assurance d'une autre personne.
-

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 - Dans le cas contraire, passez au point 4.

4. Piéton ou cycliste

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

☐ Oui - Faites parvenir les formulaires à l'assureur du véhicule qui vous a frappé.

☐ Non - Dans le cas contraire, 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 - Si oui, faites parvenir vos formulaires à la compagnie d'assurance de tout autre véhicule impliqué dans l'accident.

☐ Non - Dans le cas contraire, passez au point 6.

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

Si vous n'êtes pas une personne assurée et si aucun des véhicules impliqués 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 toute la trousse de demande et consulter la Partie 11.

Retournez ce formulaire à :

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

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

N° de la demande :

N° de 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 des renseignements sont incomplets ou inexacts. Veuillez écrire clairement.**

Partie 1 Identification du demandeur

Nom		Sexe ☐ M ☐ F		État marital ou partenariat avec partenaire de même sexe ☐ Célibataire ☐ Séparé(e) ☐ Partenaire de même sexe ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Conjoint(e) de fait ☐ Veuf(-ve)	
Prénom et initiale		Adresse			
Ville		Province			
Code postal		Numéro de télécopieur		Code régional	
Date de naissance		Téléphone (rés.)		Téléphone (travail)	
année mois jour		Code régional		Code régional	

On peut communiquer avec vous :

- ☐ par téléphone ☐ au domicile
☐ en personne ☐ au travail
☐ autre _____

Langue utilisée :

Quel est le meilleur moment pour
communiquer avec vous :

Jour(s) de la semaine

Heure du jour

☐ a.m.
☐ p.m.

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		Relation avec le demandeur ☐ Parent ☐ Tuteur ☐ Avocat ☐ Autre _____ ☐ Autre représentant rémunéré	
Prénom et initiale			
Adresse			
Ville		Province	Code postal
Téléphone (rés.)		Téléphone (travail)	Numéro de télécopieur
Code régional		Code régional	Code régional

Partie 3 Détails de l'accident

Date de l'accident	année mois jour	Heure de l'accident	: ☐ a.m. ☐ p.m.	Vous étiez : ☐ Conducteur ☐ Piéton ☐ Passager ☐ Autre _____	
Lieu de l'accident : n° de route / nom de la rue				Ville	Province
L'accident a-t-il eu lieu pendant vos heures de travail? ☐ Oui ☐ Non					
Avez-vous fait une réclamation auprès de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail? ☐ Oui ☐ Non					
L'accident a-t-il été signalé à la police? ☐ Oui (donnez des détails ci-dessous) ☐ 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? ☐ Oui (donnez des détails) ☐ Non					
Donnez une brève description de l'accident. Si vous avez subi des blessures lors de l'accident, décrivez la cause et l'étendue exacte des blessures.					

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

Partie 3 Détails de l'accident (suite)

Avez-vous pu revenir à vos occupations habituelles après l'accident?		☐ Oui	☐ Non
Avez-vous visité un hôpital?		☐ Oui (donnez des détails ci-dessous)	☐ Non
Avez-vous consulté un professionnel de la santé? (p. ex. médecin, chiropraticien(ne) ou physiothérapeute)		☐ Oui (donnez des détails ci-dessous)	☐ Non
Nom de l'établissement		Nom du professionnel de la santé	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	
Ce fournisseur de soins a-t-il commencé un traitement?			

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

Partie 4 Détails de l'assurance- automobile

Afin de déterminer l'assureur qui 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. Pour le déterminer, veuillez remplir la partie suivante :

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

Votre propre police d'assurance	☐ Oui	☐ Non
La police de votre conjoint(e)	☐ Oui	☐ Non
La police d'une personne dont vous êtes à charge (p. ex. un parent)	☐ Oui	☐ Non
Une police où vous êtes inscrit comme conducteur (p. ex. celle d'un ami)	☐ Oui	☐ Non
La police de votre employeur (p. ex. le véhicule fourni par l'employeur) ou celle de votre conjoint(e)	☐ Oui	☐ Non
Une police assurant la location de véhicules à long terme (location de plus de 30 jours)	☐ Oui	☐ 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 police
Marque, modèle et année du véhicule	Numéro de la plaque d'immatriculation
Étiez-vous un occupant du véhicule au moment de l'accident? ☐ Oui ☐ Non	

Si vous avez répondu « **Oui** » à plus d'une de ces lignes, donnez des détails ci-dessous :

Nom du titulaire de la police d'assurance	
Nom de l'assureur	Numéro de police
Marque, modèle et année du véhicule	Numéro de la plaque d'immatriculation
Étiez-vous un occupant du véhicule au moment de l'accident? ☐ Oui ☐ 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 où vous vous trouviez au moment de l'accident, ou du véhicule qui vous a frappé si vous étiez piéton ou cycliste. Si ce véhicule n'était pas assuré ou n'a pas été identifié, décrivez, s'il y a lieu, tout autre véhicule impliqué dans l'accident. Donnez des détails ci-dessous.

La police en vertu de laquelle vous faites une réclamation couvre : ☐ Le véhicule que je conduisais au moment de l'accident ☐ Le véhicule qui m'a frappé alors que j'étais piéton/cycliste ☐ Un autre véhicule impliqué dans l'accident	Type de véhicule couvert par la police : ☐ Automobile ☐ Camion ☐ Motocyclette ☐ Autobus ☐ Taxi/Limousine ☐ Motoneige ☐ Autre _____
--	--

Partie 4 Détails de l'assurance- automobile (suite)

Propriétaire du véhicule		Téléphone (rés.)	Code régional	
Adresse		Téléphone (travail)	Code régional	
Ville		Province	Code postal	
Marque, modèle et année du véhicule				
Assureur		Numéro de la police		
Nom du titulaire de la police d'assurance		Numéro de la plaque d'immatriculation		
Avez-vous signalé l'accident à un autre assureur? ☐ Oui (donnez des détails ci-dessous) ☐ Non				
Assureur		Type de couverture		

Partie 5 Situation du demandeur

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

Employé ☐ Employé au travail ☐ Travailleur autonome	Non employé ☐ Sans emploi ☐ Sans emploi et ☐ ayant travaillé pendant 26 des 52 dernières semaines ☐ ayant reçu des prestations d'assurance-emploi ☐ muni d'une entente écrite stipulant le début d'un emploi d'ici moins d'un an ☐ À la retraite	☐ Étudiant ou diplômé récent ☐ Personne soignante
--	---	--

Partie 6 Étudiant fréquentant un établissement d'en- seignement

Étiez-vous aux études à plein temps au moment de l'accident ou avez-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	année	mois	jour
		Date prévue de fin des études			

Étes-vous aux études présentement? ☐ Oui (précisez la date)

année mois jour ☐ Non

Avez-vous pu continuer vos études après l'accident?

☐ Oui (précisez la date)

année mois jour ☐ Non

Partie 7 Personne soignante

Vous pouvez demander une indemnité à titre de personne soignante si, au moment de l'accident, votre occupation principale consistait à prendre soin d'une personne de moins de 16 ans ou d'une personne de plus de 16 ans souffrant d'un handicap physique ou mental. Si vous êtes admissible à cette indemnité, vous devez présenter les factures ou reçus des frais engagés pour les soins des personnes dont vous avez la charge.

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

☐ Oui (remplir la section ci-dessous) ☐ Non (passez à la Partie 8)

Avez-vous reçu une rémunération pour les soins que vous avez prodigués à ces personnes?

☐ Oui (passez à la Partie 8) ☐ Non

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

Nom	Date de naissance			Personne handicapée	
	année	mois	jour	Oui	Non
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

Partie 7 Personne soignante (suite)

Les blessures subies vous ont-elles empêché de prodiguer les soins que vous prodiguez à ces personnes au moment de l'accident?

☐ Oui (précisez ci-dessous) Depuis quelle date? année mois jour ☐ Non

Explications :

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

Avez-vous pu recommencer à prodiguer ces soins après l'accident?

☐ Oui (spécifiez la date) année mois jour ☐ Non

Partie 8 Calcul du remplace- ment de revenu

Fournissez les détails de votre situation d'emploi depuis les 52 dernières semaines. Commencez par votre emploi actuel ou le plus récent. Si vous avez occupé un autre poste chez le même employeur, utilisez une ligne distincte pour chacun des postes. Indiquez votre revenu brut avant toute retenue à la source. **Si vous étiez travailleur autonome durant au moins 4 semaines avant l'accident, considérez-vous comme un employeur aux fins de la présente demande.**

Date année/mois/jour	Nom et adresse de l'employeur le plus récent	Poste / tâches essentielle	Nb d'heures par semaine	Revenu brut de cette période	N'INSCRIVEZ RIEN ICI Code de profession
Du : au :				\$	
Du : au :				\$	
Du : au :				\$	
Du : au :				\$	

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

Vos blessures vous ont-elles empêché de travailler?

☐ Oui Depuis quelle date? année mois jour ☐ Non (passez à la Partie 10)

Avez-vous pu retourner au travail après l'accident?

☐ Oui (précisez la date) année mois jour ☐ Non

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

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

Part 9 Situation fiscale

Le montant des indemnités auxquelles vous êtes admissible dépend de votre situation aux fins de l'impôt sur le revenu. Nous avons besoin des renseignements suivants pour calculer le montant de vos indemnités. Vous pouvez avoir à fournir des renseignements additionnels afin d'aider votre assureur à calculer vos indemnités (p. ex.: relevé de paie, reçus d'impôt).

À la date de l'accident, aviez-vous à payer une pension alimentaire ou autre à votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e)?

☐ Oui (précisez la date) ☐ Non

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

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

État marital aux fins de l'impôt? ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Équivalent du mariage	☐ Conjoint(e) de même sexe	Si vous êtes marié(e) ou de statut équivalent, quel est le salaire annuel anticipé de votre conjoint(e) ou de votre personne à charge pendant l'année civile au cours de laquelle l'accident est survenu? \$	Avez-vous réclamé le crédit fiscal non remboursable du Montant pour personne handicapée dans votre déclaration fiscale la plus récente? ☐ Oui ☐ Non
---	---	---	--

Partie 10
Autres
assurances
ou
revenus
auxiliaires

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

☐ Oui (donnez des détails ci-dessous) ☐ Non

Nom du payeurs 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 la date) ☐ Non

Du :

année mois jour

Au :

année mois jour

Montant
total :

\$

Avez-vous reçu des prestations d'assurance-emploi?

☐ Oui (spécifiez la date) ☐ Non

Du :

année mois jour

Au :

année mois jour

Montant
total :

\$

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

Avez-vous reçu des prestations d'aide sociale?

☐ Oui ☐ Non

Partie 11
Fonds
d'indemni-
sation des
victimes
d'accidents
de
véhicules
automobiles

NE REMPLISSEZ PAS CETTE PARTIE À MOINS QUE LES POINTS (1) À (5) DE LA PAGE 2 NE S'APPLIQUENT PAS À VOUS ET QUE VOUS FASSIEZ 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 toutes les assurances auprès desquelles vous pourriez réclamer une indemnité AVANT de faire appel au Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles (FIVAVA).

Votre représentant et vous-même reconnaissez que la demande DOIT INCLURE les documents suivants :

- ☐ UN FORMULAIRE D'AVIS DE COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS, rempli, signé et joint aux présentes*
- ☐ Le formulaire 3 - Section 6 du FIVAVA - Demande d'indemnités d'accident légales, rempli, signé et joint aux présentes*
- ☐ Un rapport d'accident de véhicule automobile rédigé par un policier, joint aux présentes

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 n'est pas complète tant que je n'ai pas acheminé les formulaires exigés dûment signés au FIVAVA.

Fonds d'indemnisation des victimes
d'accidents de véhicules automobiles
Case postale 85
5160, rue Yonge
Toronto (Ontario) M2N 6L9

Dans la région de Toronto : (416) 250-1422
Sans frais : 1-800 268-7188

Part 12
Signature

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite sciemment à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction en vertu de 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	Date (AAAAMMJJ)
--	---	-----------------

Retournez ce formulaire à :

Formulaire de confirmation de l'employeur (OCF-2)

Formulaire applicable à tout cas d'accident survenu depuis le 1^{er} novembre 1996.

N° de la demande :	
N° de police :	
Date de l'accident : (AAAA-MM-JJ)	

Si votre assureur vous demande de remplir ce formulaire, remplissez les parties 1 à 3 et remettez le formulaire à votre employeur ou à votre (vos) employeur(s) précédent(s) afin que le reste du formulaire puisse être rempli. Veuillez faire remplir un formulaire distinct par chacun des employeurs que vous indiquez dans votre formulaire **Demande d'indemnités d'accident**. Votre assureur peut vous fournir des formulaires additionnels. Les formulaires seront directement acheminés à l'assureur par votre (vos) employeur(s).
Veuillez écrire lisiblement.

Partie 1 Identification du demandeur

Nom		Prénom et initiale		Sexe ☐ M ☐ F	
Adresse					
Ville		Province		Code postal	
Date de naissance	année	mois	jour	Téléphone (rés.)	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 accessoires.

Nom du demandeur ou de son mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou de son mandataire	Date (AAAA-MM-JJ)
--	---	-------------------

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 :

année	mois	jour
-------	------	------

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 du présent formulaire.

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

année	mois	jour
-------	------	------

Au

année	mois	jour
-------	------	------

Le reste de ce formulaire doit être rempli par votre employeur actuel ou antérieur.

Partie 4 Revenu du demandeur

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
Pourboires et
commissions
Autre rémunération
en argent
Total

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	Nb de semaines de travail	Revenu brut	

Partie 4 Revenu du demandeur (suite)

☐ Pages
additionnelles
jointes en
annexe

Le demandeur a-t-il été absent du travail pendant la période cochée (☒) à 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

--

Partie 5 Autres indemnités

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

Prestation de continuité de revenu (régime d'invalidité de courte ou de longue durée)	Non ☐	Oui ☐	Assureur	N° de police
Prestations additionnelles de réhabilitation, de soins auxiliaires ou de soins médicaux	Non ☐	Oui ☐	Assureur	N° de police
Congé de maladie	Non ☐	Oui ☐	Le demandeur a-t-il utilisé des prestations de maladie suite à l'accident automobile?	Non ☐ Oui ☐

Le demandeur est-il membre d'un syndicat?	Non ☐	Oui ☐
Le demandeur contribue-t-il ou a-t-il contribué au Régime de pensions du Canada ou à un régime similaire?	Non ☐	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?	Non ☐	Oui ☐

Partie 6 Détails de l'emploi

☐ Pages
additionnelles
jointes en
annexe

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

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

Signature de l'employeur :

Date :	année	mois	jour

Nom de l'employeur : (en lettres moulées)

Poste :

Return this form to :

Certificat d'invalidité (OCF-3)

Applicable aux accidents survenus depuis le 1^{er} novembre 1996 inclusivement

Non de demande :

Non de demande :

Non de police :

Non de police :

Date de l'accident :
(AAAAMJJJ)

Date de l'accident :
(AAAAMJJJ)

Le certificat d'invalidité du demandeur porte le n° _____ délivré par le professionnel ou l'établissement de santé ci-dessous.

Utilisez ce formulaire pour tout cas d'accident survenu depuis le 1^{er} novembre 1996 inclusivement. Si votre compagnie d'assurance vous demande de remplir ce formulaire, remplissez les parties 1 à 3 et remettez le document à votre **professionnel de la santé (chiropraticien(ne), dentiste, infirmier(ère) praticien(ne), ergothérapeute, optométriste, médecin, physiothérapeute, psychologue, orthophoniste)**. Une fois que le spécialiste vous aura renseigné sur les conséquences médicales de l'accident, signez la partie 4. Le spécialiste complètera le reste du formulaire au meilleur de ses connaissances et le fera parvenir à l'assureur. Ce dernier devra acheminer le formulaire au plus tard **21** jours après la réception du présent formulaire par votre employeur ou 14 jours après que votre assureur vous ait signalé son intention de discontinuer vos prestations. **Notez que seul un professionnel de la santé légalement qualifié peut compléter le présent formulaire. Son opinion est importante pour l'examen du certificat et pour la décision qui sera rendue. C'est pourquoi le document doit être rempli avec soin et précision. Veuillez écrire en lettres moulées et fournir tous les renseignements demandés. Le formulaire ne doit comporter aucune altération mécanique ou manuelle**

Confidentialité : La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements ci-dessous sont assujetties aux lois en vigueur pour protéger la vie privée.

Partie 1 Identification du demandeur

À remplir par le
demandeur

Date de naissance (AAAAMJJJ)

Sexe

☐ Homme ☐ Femme

Téléphone

Nom

Prénom

Second prénom

Adresse

Ville

Province

Code postal

Partie 2 Identification de l'assureur

À remplir par le
demandeur

Nom de l'assureur

Localité de la succursale (s'il y a lieu))

Nom de l'expert en sinistres

Téléphone Poste

Téléphone Poste

Nom de l'assuré identique au :
☐ Demandeur OU

Nom de l'assuré

Prénom de l'assuré

Partie 3 Description de l'accident

À remplir par le
demandeur

Donnez une brève description de l'accident ou de ce qui vous est arrivé. Veuillez décrire toute blessure que vous avez subies comme résultat de l'accident

☐ Feuilles supplémentaires jointes

Part 4 Applicant Signature

J'autorise mon professionnel de la santé collecter utiliser et divulguer à mon assureur tout renseignement portant sur mon état de santé et les traitements reçus suite à mon accident d'automobile. J'autorise également le professionnel de la santé à communiquer à mon assureur tout état de santé antérieur à l'accident ou actuel qui pourrait constituer un obstacle à mon rétablissement. Je reconnais que ces renseignements seront utilisés pour déterminer mon admissibilité aux indemnités.

J'autorise le professionnel de la santé qui a complété le présent formulaire à contacter mon employeur, si nécessaire, pour se renseigner sur les tâches principales qui sont reliées à mon emploi et sur les autres tâches, horaires ou postes qui seraient disponibles.

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite en connaissance de cause à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une violation de la Loi sur l'assurance. Je reconnais également que frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance 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

Date (AAAAMJJJ)

À l'attention du professionnel de la santé :

Veuillez fournir les renseignements suivants en vous référant à l'examen médical le plus récent du demandeur identifié à la partie 1 et retournez le formulaire dûment rempli à l'assureur identifié à la partie 2. **Veillez écrire lisiblement.**

Partie 5 Renseignements sur les blessures et séquelles Cette partie et le reste du formulaire doivent être remplis par votre professionnel de la santé.	Fournir une liste, en commençant par les plus significatives, de chacune des blessures et séquelles résultant directement de l'accident d'automobile du demandeur, en indiquant le code ICD-10-CA* correspondant.	
	Description	Code
Note* : Consultez le Guide de l'utilisateur à l'adresse pour www.autoinsuranceforms.on.ca tout renseignement concernant la classification ICD-10-CA.		

Partie 6 Dates pertinentes	Date de l'apparition des premiers symptômes : (AAAAMMJJ)	Date du dernier examen : (AAAAMMJJ)
	Date du premier examen depuis l'accident : (AAAAMMJJ)	(a) Le demandeur m'a consulté avant l'accident. Oui ☐ Non ☐ (b) Si la réponse à (a) est oui, indiquez la date de la première consultation _____

Partie 7 Renseignements sur les tests d'invalidité a) Après avoir pris connaissance des renseignements fournis par le demandeur, veuillez indiquer votre réponse aux questions de chacune des catégories de prestations et de demandeur suivantes :				
Catégorie de prestation ou de demandeur	Test d'invalidité	Début de l'invalidité (AAAAMMJJ)	Restriction dans l'accomplissement des tâches ou des activités	Durée prévue
Prestations de remplacement de revenu À l'emploi : travaillait au moment de l'accident	Le demandeur est-il essentiellement incapable de s'adonner à la quasi-totalité des activités auxquelles il s'adonnait habituellement avant l'accident? ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.		Veuillez fournir plus de détails :	☐ 1-4 semaines ☐ 5-8 semaines ☐ 9-12 semaines ☐ plus de 12 semaines
	Le demandeur peut-il retourner au travail avec des tâches et un horaire allégés? ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.		Veuillez fournir plus de détails :	☐ 1-4 semaines ☐ 5-8 semaines ☐ 9-12 semaines ☐ plus de 12 semaines
Sans emploi : mais a travaillé pendant au moins 26 des 52 semaines précédant l'accident	Le demandeur est-il essentiellement incapable d'accomplir les tâches essentielles de l'emploi auquel il a consacré le plus de temps pendant les 52 semaines qui ont précédé l'accident? ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.		Veuillez fournir plus de détails :	☐ 1-4 semaines ☐ 5-8 semaines ☐ 9-12 semaines ☐ plus de 12 semaines

Emploi prévu : a accepté une offre d'emploi débutant moins d'un an après la date de l'accident	Le demandeur est-il essentiellement incapable d'achever les tâches essentielles de l'emploi en cours de réalisation? ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.		Veuillez fournir plus de détails :	☐ 1-4 semaines ☐ 5-8 semaines ☐ 9-12 semaines ☐ plus de 12 semaines
Prestation d'une personne sans revenu d'emploi	Le demandeur souffre-t-il d'une incapacité totale à accomplir les activités essentielles reliées à une vie normale? Le demandeur souffre-t-il d'une incapacité qui l'empêchait déjà avant l'accident d'accomplir les activités essentielles reliées à une vie normale? ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.		Veuillez fournir plus de détails :	☐ 1-4 semaines ☐ 5-8 semaines ☐ 9-12 semaines ☐ plus de 12 semaines
Prestation de personne soignante	À titre de personne soignante principale, le demandeur est-il essentiellement incapable de poursuivre les tâches qu'il pouvait accomplir avant l'accident? La désignation de personne soignante principale s'adresse à un demandeur qui, avant son accident, résidait avec une personne nécessitant des soins et dont il s'occupait sans recevoir de rémunération. ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.		Veuillez fournir plus de détails :	☐ 1-4 semaines ☐ 5-8 semaines ☐ 9-12 semaines ☐ plus de 12 semaines
Frais d'études engagés inutilement	Le demandeur est-il, en raison de l'accident, incapable de poursuivre un programme d'études élémentaires, secondaires, postsecondaires ou de formation continue auquel il était inscrit avant l'accident? ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.		Veuillez fournir plus de détails :	☐ 1-4 semaines ☐ 5-8 semaines ☐ 9-12 semaines ☐ plus de 12 semaines
Dépenses pour travaux ménagers et entretien du domicile	Le demandeur souffre-t-il d'une incapacité substantielle qui l'empêche de faire les travaux ménagers et l'entretien du domicile qu'il accomplissait normalement avant l'accident? Oui Non S/O		Veuillez fournir plus de détails :	☐ 1-4 semaines ☐ 5-8 semaines ☐ 9-12 semaines ☐ plus de 12 semaines
b) Si vous avez répondu «plus de 12 semaines» à la durée prévue pour l'une ou l'autre des questions portant sur l'un ou l'autre des test d'invalidité ci-dessus, expliquez pourquoi les restrictions reliées aux tâches ou activités du demandeur sont susceptibles de se prolonger au-delà de 12 semaines.				

Partie 8 Autres investigations ou consultations	Avez-vous effectué d'autres examens, investigations ou consultations dont vous n'avez pas encore fait état? ☐ Non ☐ Oui (veuillez préciser les observations et les résultats)
--	--

	b)	Prévoyez-vous d'autres examens, investigations ou consultations que vous jugez nécessaires? ☐ Non ☐ Oui (veuillez préciser)

Partie 9 Conditions préalables et actuelles	c)	Avant l'accident, le demandeur souffrait-il d'une maladie, d'un état ou d'une lésion qui a pu affecter sa capacité d'exécuter les activités énumérées à la partie 7? ☐ Non ☐ Inconnu ☐ Oui (veuillez expliquer)
	Si vous avez traité le demandeur pour des conditions semblables avant l'accident, veuillez fournir plus de détails en indiquant la date de la première intervention et chacune des suivantes, ainsi que l'état du demandeur au moment de l'accident. ☐ Non ☐ Inconnu ☐ Oui (veuillez préciser) Si vous avez traité le demandeur pour des conditions semblables précédant l'accident, veuillez donner des détails (indiquer la date de début, toute intervention subséquente et la situation à la date de l'accident).	
	b)	Depuis l'accident d'automobile, le demandeur a-t-il développé une maladie, un état ou une lésion, non relié à l'accident, qui pourrait affecter son invalidité? ☐ Non ☐ Inconnu ☐ Oui (veuillez expliquer)

Partie 10 Médicaments	a)	Énumérez tous les médicaments (incluant la dose et la fréquence) que prend actuellement le demandeur suite aux lésions causées par l'accident d'automobile.
	Ces médicaments ont-ils été prescrits par vous-même ? ☐ Non ☐ Oui	
	b)	Énumérez tous les médicaments (incluant la dose et la fréquence) que prend actuellement le demandeur suite aux conditions préalables et actuelles identifiées au numéro 9.
Ces médicaments ont-ils été prescrits par vous-même ? ☐ Non ☐ Oui		

Partie 11 Signature du praticien de la santé	Nom du praticien de la santé		N° d'inscription de l'ordre		Votre profession ☐ Chiropraticien ☐ Dentiste ☐ Massothérapeute ☐ Infirmier(ère) ☐ Ergothérapeute ☐ Optométriste ☐ Médecin ☐ Physiothérapeute ☐ Psychologue ☐ Orthophoniste ☐ Autre _____	
	Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code d'identification de l'établissement selon la FAAS (s'il y a lieu)			
	Adresse					
	Ville		Province	Code postal		
	Numéro de téléphone		Poste	Télécopieur		
	Courriel					
	J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite en connaissance de cause à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une violation de la Loi sur l'assurance. Je reconnais également que frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance par supercherie, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral.					

	Nom du praticien de la santé (en lettres moulées)	Signature du praticien de la santé	Date (AAAA-MM-JJ)
--	---	------------------------------------	-------------------

Note : Les honoraires exigés pour compléter ce certificat ne sont pas couverts par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Ces honoraires doivent être facturés directement à l'assureur.

Retourner à :

Formulaire de demande de prestation de décès et d'indemnité pour frais funéraires (OCF - 4)

Formulaire applicable à tout cas d'accident survenu depuis le 1^{er} janvier 1994.

N° de demande :

N° de police :

Date de l'accident :
(AAAAMMJJ)

Ce formulaire doit être rempli par les survivants de la personne décédée ou toute autre personne ayant droit aux indemnités de décès. Si plus d'une personne sollicite les indemnités, elles peuvent faire une demande conjointe si elles le désirent. Sinon, remplissez le présent formulaire de **demande de prestation de décès et d'indemnité pour frais funéraires**. Veuillez joindre une copie du certificat de décès. **Veuillez écrire lisiblement.**

Partie 1 Identification de la personne décédée

Nom de la personne décédée						État civil ☐ Célibataire ☐ Séparé(e) ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Conjoint(e) de fait ☐ Veuf (veuve)					
Prénom de la personne décédée et initiale						Y avait-il des personnes à charge au moment du décès? ☐ Si oui, combien de personnes? ☐ Non Certificat de décès joint ☐ Oui ☐ Non					
Adresse											
Ville		Province		Code postal							
Date de naissance	année	mois	jour	Date de l'accident	année	mois	jour	Date du décès	année	mois	jour

Partie 2 Identification du survivant

☐ (joindre des pages additionnelles en annexe, au besoin)

Si vous faites une demande de prestation de décès, veuillez indiquer votre relation avec la personne décédée.

Demandeur 1

Nom						Relation avec la personne décédée ☐ Conjoint(e) ☐ Parent ☐ Part. de ☐ Tuteur ☐ Pers. à charge même sexe ☐ Ex-conjoint(e) recevant une pension alimentaire ☐ Autre personne ayant la charge de la personne décédée (précisez) _____					
Prénom et initiale						Province Code postal					
Adresse											
Ville											
Téléphone (rés.)	Code régional	Téléphone (travail)	Code régional	Télécopieur	Code régional						

Demandeur 1

Nom						Relation avec la personne décédée ☐ Conjoint(e) ☐ Parent ☐ Part. de ☐ Tuteur ☐ Pers. à charge même sexe ☐ Ex-conjoint(e) recevant une pension alimentaire ☐ Autre personne ayant la charge de la personne décédée (précisez) _____					
Prénom et initiale						Province Code postal					
Adresse											
Ville											
Téléphone (rés.)	Code régional	Téléphone (travail)	Code régional	Télécopieur	Code régional						

Demandeur 1

Nom						Relation avec la personne décédée ☐ Conjoint(e) ☐ Parent ☐ Part. de ☐ Tuteur ☐ Pers. à charge même sexe ☐ Ex-conjoint(e) recevant une pension alimentaire ☐ Autre personne ayant la charge de la personne décédée (précisez) _____					
Prénom et initiale						Province Code postal					
Adresse											
Ville											
Téléphone (rés.)	Code régional	Téléphone (travail)	Code régional	Télécopieur	Code régional						

Partie 3 Frais funéraires

☐ (Joindre des pages additionnelles en annexe, au besoin.)

Joindre tous les reçus originaux en annexe. Si une pièce est manquante, expliquez pourquoi dans l'espace ci-dessous.

Date	Description du service et nom du matériel ou des services	\$ Montant réclamé
MONTANT TOTAL RÉCLAMÉ		\$

Détails des factures ou reçus manquants

Date (AAAAMMJJ)

Partie 4 Signature

☐ (Joindre des pages additionnelles en annexe, au besoin.)

Demandeur 1

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite en connaissance de cause à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une violation de la Loi sur l'assurance. Je reconnais également que frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance 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	Date (AAAAMMJJ)
--	---	-----------------

Demandeur 2

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite en connaissance de cause à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une violation de la Loi sur l'assurance. Je reconnais également que frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance 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	Date (AAAAMMJJ)
--	---	-----------------

Demandeur 3

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite en connaissance de cause à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une violation de la Loi sur l'assurance. Je reconnais également que frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance 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	Date (AAAAMMJJ)
--	---	-----------------

Retourner ce formulaire à :

Autorisation de divulguer des renseignements médicaux (OCF-5)

Formulaire désigné pour tout cas d'accident survenu depuis le 1^{er} janvier 1994. La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont sujettes à toutes les lois applicables en matière de protection de la vie privée.

N° de demande :

N° de police :

Date de l'accident:
(AAAAMMJJ)

Partie 1 Identification du demandeur

Nom		Prénom et initiale		Date de l'accident	année	mois	jour
Address							
Ville		Province		Code postal			
Date de naissance	année	mois	jour	Téléphone (rés.)	Code régional	Téléphone (travail)	Code régional

Partie 2 Renseignements sur l'assureur

Nom de l'assureur							
Nom du représentant de l'assureur				Poste			
Adresse				Ville			
Province	Code postal	Numéro de téléphone	Code régional	Télécopieur	Code régional		

Partie 3 Professionnel de la santé traitant

Nom du professionnel de la santé				Profession			
Adresse							
Ville				Province		Code postal	
Numéro de téléphone	Code régional	Numéro de télécopieur	Code régional				

Partie 4 Signature

J'autorise mon médecin traitant à recueillir, utiliser et divulguer à mon assureur tout renseignement relatif à mon état de santé et aux traitements reçus à la suite de mon accident d'automobile et tout état de santé antérieur à l'accident qui pourrait constituer un obstacle à mon rétablissement à la suite de mon accident, et ce dans le but de prodiguer des traitements et déterminer mon admissibilité aux indemnités. Cette autorisation est valide pendant un an à compter de la date de la signature de ce formulaire.

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

Retournez ce formulaire à :

Explication des indemnités versées par la compagnie d'assurance (OCF-9)

Formulaire applicable à tout cas d'accident survenu depuis le 1^{er} novembre 1996.

N° de la demande :

N° de police :

Date de l'accident :
(AAAA MM JJ)

Nous avons examiné votre demande d'indemnités. Ce formulaire détaille les indemnités approuvées et les montants qui vous seront versés. Si une indemnité n'est pas approuvée, une note explicative est fournie à cette fin. Si vous êtes en désaccord avec notre évaluation, vous avez le droit de la contester en suivant la procédure décrite à la Partie 6 du présent formulaire.

Partie 1 Identification du demandeur

Nom				Prénom et initiale							
Adresse											
Ville				Province				Code postal			
Date de naissance	année	mois	jour	Téléphone (rés.)	Code régional			Téléphone (travail)	Code régional		

Partie 2 Indemnités de rempla- cement de revenu

☐ Pages
additionnelles
jointes en
annexe

Nous avons révisé votre demande de remplacement de revenu et nous avons conclu que vous êtes :

☐ A. Admissible	Détails du calcul de votre indemnité de remplacement de revenu incluant les ajustements de revenu provenant d'autres sources	
Calcul		
Revenu hebdomadaire brut		
Revenu net		
80% du revenu net hebdomadaire		
Moins le revenu hebdomadaire net provenant d'autres sources		
Indemnité de remplacement de revenu à verser		

☐ B. Non admissible

Partie 3 Indemnité de personne sans revenu d'emploi ou pour personne soignante

☐ Pages
additionnelles
jointes en
annexe

Indemnité de personne sans revenu d'emploi	
☐ Admissible	☐ Non admissible
Indemnité pour personne soignante	
☐ Admissible	☐ Non admissible

Partie 4 Autres indemnités

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

Identification de l'indemnité	Description de l'indemnité
MR	Frais médicaux et de réadaptation
AC	Frais de personne soignante
CM	Frais de gestionnaire de cas
LE	Frais d'études engagés inutilement
HH	Dépenses pour travaux ménagers et entretien du domicile
RR	Frais de réparation ou de remplacement de vêtements perdus ou endommagés, prothèses auditives, etc.
FE	Frais funéraires
DB	Prestation de décès

Article	Détails	Montant réclamé	Montant à payer	Intérêt à payer	Article non remboursable
		\$	\$	\$	☐
		\$	\$	\$	☐
		\$	\$	\$	☐
		\$	\$	\$	☐
		\$	\$	\$	☐
		\$	\$	\$	☐
		\$	\$	\$	☐
		\$	\$	\$	☐
		\$	\$	\$	☐
		\$	\$	\$	☐
		\$	\$	\$	☐
		\$	\$	\$	☐
		\$	\$	\$	☐
		\$	\$	\$	☐
		\$	\$	\$	☐
		\$	\$	\$	☐

Raisons du refus de payer certaines dépenses :

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

Partie 5 Identification de l'assureur

Nom du représentant de l'assureur				Poste	
Nom de l'assureur					
Numéro de téléphone	Code régional			Numéro de télécopieur	Code régional
Signature du représentant de l'assureur					Date (AAAAMJJJ)

DROIT DE CONTESTER L'ÉVALUATION DE VOTRE DEMANDE D'INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES EFFECTUÉE PAR VOTRE ASSUREUR

En vertu de la Loi sur les assurances, si votre demande d'indemnités d'accident légales a été modifiée ou rejetée par votre assureur, vous avez le droit de contester l'évaluation effectuée par votre assureur.

ÉTAPE 1: COMMUNIQUEZ AVEC VOTRE ASSUREUR

Vous NE POUVEZ contester l'estimation de votre demande d'indemnités d'accident légales effectuée par votre assureur, À MOINS QUE :

- (i) vous fassiez connaître à votre assureur votre intention d'avoir recours à la médiation et complétiez une demande d'indemnités;
- (ii) vous soyez disponible pour toute demande d'évaluation ou d'examen.

ÉTAPE 2 : MÉDIATION

Pour contester le rejet ou la modification de votre demande, vous devez d'abord déposer une demande de médiation auprès de la Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO) au plus tard deux ans après la date de la décision de votre assureur.

Pour amorcer le processus de médiation, vous devez compléter une demande de médiation. Un formulaire de demande est disponible auprès de votre assureur ou peut être téléchargé à partir du site Internet de la CSFO à l'adresse www.fsco.gov.on.ca ou obtenu en écrivant à l'adresse postale suivante :

Groupe de règlement des différends -	Téléphone à Toronto :	(416) 590-7576
Unité de médiation	Sans frais :	1 800 517-2332, poste 7210
Commission des services financiers de l'Ontario	Télécopieur :	(416) 590-7077
C.P. 85, 15 ^e étage	Ligne directe pour la médiation :	(416) 590-7210
North York (Ontario) M2N 6L9		

Une fois votre demande de médiation complétée, la Commission nommera un médiateur pour mener la médiation. À la fin du processus, le médiateur publiera un rapport écrit indiquant si la médiation a réussi ou non à résoudre les points en litige entre vous et votre assureur.

ÉTAPE 3 : ARBITRAGE, POURSUITE OU ÉVALUATION

Si la médiation échoue, vous avez encore les droits suivants :

- (i) faire une demande d'arbitrage auprès de la CSFO; ou
- (ii) intenter des poursuites légales; ou
- (iii) si votre assureur et vous-même y consentez, vous pouvez demander qu'une évaluation soit effectuée de façon neutre à la CSFO avant d'entamer des poursuites légales. Si vous acceptez ce processus, un évaluateur vous fournira une opinion verbale sur le résultat possible d'une action en justice ou d'un arbitrage ainsi qu'un rapport écrit identifiant les points évalués et ceux encore en litige.

Cependant, vous ne pouvez aller en arbitrage, intenter des poursuites légales ou demander une évaluation effectuée de façon neutre QUE SI :

- (i) vous avez déjà procédé à une médiation, ET
- (ii) la médiation a échoué.

ATTENTION : DURÉE MAXIMALE DE DEUX ANS

Vous avez DEUX ANS à compter de la date du refus par votre assureur de payer les indemnités demandées pour passer à l'arbitrage ou aller devant les tribunaux. Vous pouvez obtenir un délai supplémentaire si l'arbitrage ou les poursuites légales ont débuté au plus tard 90 jours après que le médiateur ait fourni son rapport de médiation ou dans les 30 jours suivant la date à laquelle l'évaluateur neutre a fourni son rapport.

Retourner ce formulaire à :

Formulaire applicable à tout cas d'accident survenu depuis le 1^{er} janvier 1994.

Partie 1

Identification du demandeur

Discussion

Frais encourus

☐ Pages
additionnelles
jointes en annexe

Montant total

Partie 3

Signature

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

Retournez ce formulaire à :

Choix des indemnités : remplacement de revenu, personne sans revenu d'emploi ou personne soignante principale (OCF-10)

Formulaire applicable à tout cas d'accident survenu depuis le 1er novembre 1996.

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

Bien que vous puissiez être habilité à recevoir des indemnités de remplacement de revenu, de personne sans revenu d'emploi ou de personne soignante principale telles qu'énumérées dans le formulaire « **Explication des indemnités versées par la compagnie d'assurance** » (OCF-9), vous ne pouvez recevoir qu'une seule catégorie de prestations. Vous devez choisir le type de prestations que vous souhaitez recevoir. **Si vous avez besoin d'aide pour faire votre choix, communiquez avec le représentant de votre assureur.** Retournez ce formulaire au plus tard **30 jours** après la date de réception et conservez une copie pour vos dossiers. **Veuillez écrire lisiblement.**

Partie 1
Identification
du
demandeur

Nom				Prénom et initiale				Sexe ☐ M ☐ F	
Address									
Ville				Province				Code Postal	
Date de nais- sance	année	mois	année	Téléphone (rés.)	Code régional	Téléphone (travail)	Code régional		

Partie 2
Choix des
indemnités

Je préfère recevoir le type de prestations suivant :		
Indemnités de remplacement de revenu ☐	Indemnités de personne sans revenu d'emploi ☐	Indemnités de personne soignante principale ☐

Partie 3
Signature

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite en connaissance de cause à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une violation de la Loi sur l'assurance. Je reconnais également que frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance 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	Date (AAAAMMJJ)
--	---	-----------------

Aiguillage, plan et sommaire d'évaluation du Centre d'évaluation désigné (OCF-11)

Formulaire applicable à tout accident survenu depuis le 1^{er} janvier 1994 inclusivement

N° de la demande :	
N° de police:	
Date de l'accident :	

Section 1: Identification des parties

Partie 1 Identification du demandeur À remplir par l'assureur

Date de naissance (AAAAMMJJ)	Âge	Sexe ☐ Homme ☐ Femme	Numéro de téléphone	
Nom de famille		Prénom		Second prénom
Adresse				
Ville		Province	Code postal	
Besoins spéciaux (s'il y a lieu) ☐ Mobilité ☐ Interprète (type) ☐ Autre (préciser)				
Représentant (s'il y a lieu)		Adresse		
Numéro de téléphone		Télécopieur		Courriel

Partie 2 Identification de l'assureur À remplir par l'assureur

Nom de la compagnie d'assurance		Localité de la succursale (s'il y a lieu)		
Adresse				
Ville		Province	Code postal	
Nom du superviseur		Prénom du superviseur		
Nom de l'expert en sinistres		Prénom de l'expert en sinistres		
Numéro de téléphone		Télécopieur		Courriel

Partie 3 Identification du Centre d'évaluation désigné (CED) À remplir par l'assureur

Nom de l'établissement			N° de CED	
Adresse				
Ville		Province	Code postal	
Nom de la personne-ressource		Prénom de la personne-ressource		
Numéro de téléphone		Télécopieur		Courriel

Partie 4 Signature de l'assureur

☐ J'atteste que le CED vers lequel le demandeur est dirigé a été sélectionné en collaboration avec ce dernier; ou ☐ J'atteste que le demandeur sera dirigé vers un CED sélectionné par la Commission des services financiers de l'Ontario, conformément aux procédures établie par le surintendant des services financiers (voirs avis ci-joint) ☐ J'atteste que j'ai inclus toute information nécessaire à l'évaluation.				
Nom du représentant de la compagnie d'assurance-vie (en lettres moulées)		Nom du représentant de la compagnie d'assurance-vie		Date (AAAAMMJJ)

Section 2: Sommaire des différends (à remplir par l'assureur)

Partie 5 – Différend portant sur les indemnités		Description du différend	Date of Denial
Prestations de remplacement du revenu ☐ A l'emploi ☐ Sans emploi ☐ Emploi en vue ☐ Invalidité post-104			
☐ Indemnité de personne sans revenu d'emploi			
☐ Indemnité de personne soignante			
☐ Indemnité pour incapacités à poursuivre des études (Loi 164)			
☐ Autre indemnité d'invalidité (Loi 164)			
☐ Capacité résiduelle de gain (Loi164)			Date de l'offre

Partie 6 – Évaluations des soins médicaux et de réadaptation

Partie 6A – Différend portant sur la demande d'approbation d'un examen ou d'une évaluation

Réf. du différend	Description du différend
6A ☐	

Partie 6B – Différend portant sur une directive liée au cadre d'action pré-approuvé

Réf. du différend	Description du différend
6B ☐	

Partie 6C – Différend portant sur un programme de traitement (OCF 18)

(Au besoin, joindre des pages séparées pour chaque programme de traitement sur lequel porte un différend.)

Différend portant sur le caractère raisonnable et nécessaire des produits et services proposés

Réf. du différend	Renseignements sur le plan de traitement				Nature du différend (veuillez ✓ les cases appropriées)						
Réf P/S	Type de fournisseur	Description	Code	Attribut	Estimation des besoins par jour			Durée	Coût total	Tous	Traitement en cours
					Quantité	*Mesure	Coût				
1											
2											
3											
4											
5											

En plus du différend portant sur les produits et les services susmentionnés, indiquer tout différend portant sur le diagnostic, l'origine ou le degré du traumatisme.

Réf. du différend	Renseignements sur le traumatisme ou la déficience provenant du programme de traitement		Nature du différend (veuillez ✓ les cases appropriées)		
(Voir OCF 18 Partie 7)	Description	Code	Description/diagnostic de la déficience	État	Origine
6C6 ☐					
6C7 ☐					
6C8 ☐					

Partie 7 – Évaluation des soins auxiliaires

Réf. du différend	Date du formulaire 1 (aaaammjj)	Montant du différend	Description du différend
7			

Partie 8 – Évaluation de la déficience invalidante

Réf. du différend	Date du formulaire 1 (aaaammjj)	Catégories	Description du différend
8			

Section 3: Documents

Partie 9 - Documents requis par l'assureur (À remplir par l'assureur)

Énumérer ou joindre les pièces formant le dossier d'aiguillage (par exemple, les rapports médicaux, notes et dossiers cliniques, vidéos de surveillance et résultats d'examen).

Date du document (aaaaammjj)	Auteur	Description	Date d'envoi au CED (À remplir par l'assureur ou le CED)	Date de réception au CED (À remplir par le CED)

☐ Pages supplémentaires jointes

Partie 10 - Documents du demandeur

Il incombe au demandeur, dès réception du présent formulaire envoyé par son assureur, d'aviser le Centre d'évaluation désigné de tout autre document non énuméré précédemment qui pourrait servir à compléter l'évaluation.

Date du document (AAAAMMJJ)	Auteur	Description	Date d'envoi au CED (À remplir par le demandeur)	Date de réception au CED (À remplir par le CED)

☐ Pages supplémentaires jointes

Partie 11 – Documents requis par le CED

Date du document (AAAAMMJJ)	Auteur	Description	Date requis par le CED (À remplir par le CED)	Date de réception au CED (À remplir par le CED)

Section 4 : Plan d'évaluation du CED Faire parvenir à l'assureur par télécopieur et au demandeur si jugé opportun.	Numéro de la demande :
	Numéro de police :
	Date de l'accident :

Partie 12 Identification du Centre d'évaluation désigné À remplir par l'assureur	Nom de l'établissement		N° de CED
	Nom de la personne-ressource		Prénom de la personne-ressource
	Téléphone	Télécopieur	Courriel

Partie 13 Équipe d'évaluateurs proposée	Réf. de l'évaluateur	*Catégorie d'évaluateur	Réf. de l'évaluateur	*Catégorie d'évaluateur
	A		D	
	B		E	
	C		F	

Autres services	Réf. de service	*Service	Entreprise	Taux horaire
	X			
	Y			
	Z			

Partie 14 - Liste des produits et services							
G/S Ref	Description	*Code	Réf. du(des) différend(s)	Réf. de l'évaluateur ou du service	Estimation		
					Quantité	*Mesure	Coût total
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
L'évaluation est un processus par étape et ciblé. L'échéancier de remise des évaluations est établi en fonction du temps estimé nécessaire requis par l'équipe d'évaluateurs pour étudier le différend. Remarque * : Consulter les lignes directrices du codage dans le Guide de l'utilisateur à l'adresse www.autoinsurancereforms.on.ca					Total partiel :		
					TPS (s'il y a lieu) :		
					TVP (s'il y a lieu) :		
					Coût total prévu :		

Partie 15 Signature du coordonnateur médical Remettre une copie de cette page au demandeur	Conflit d'intérêts : J'ai révisé la documentation de consultation et je suis en mesure de déclarer ce qui suit : ☐ Il ne ressort aucun conflit d'intérêts dans ces documents. ☐ Il semble y avoir un conflit d'intérêts dans ces documents. Nature du conflit d'intérêts _____ Délais : L'évaluation peut être effectuée dans les délais prévus : ☐ Oui ☐ Non Si non, indiquer la prochaine date possible : _____		
	Je confirme que le processus d'évaluation proposé se conforme aux directives pour l'évaluation établies par le CED. Tous les ajouts à cette proposition d'évaluation seront communiqués aux deux parties dès qu'il apparaîtra évident que ces ajouts sont nécessaires.		
	Nom du coordonnateur médical (veuillez imprimer)		Date (AAAAMMJJ)
	Signature du coordonnateur médical		

Partie 16 Signature de l'assureur Remettre une copie de cette page au coordonnateur médical	J'ai examiné ce plan d'évaluation et, compte tenu de l'information fournie, je confirme ce qui suit : ☐ l'assureur et le demandeur ont convenu d'écarter tout conflit déclaré d'évaluation ☐ l'assureur approuve le présent plan d'évaluation ☐ l'assureur n'approuve pas le présent plan		
	Je considère que le sommaire ci-dessus reflète convenablement l'état des différends et j'autorise le CED à mettre en marche le plan d'évaluation proposé selon ses propres directives d'évaluation.		
	Nom du représentant de l'assureur (veuillez imprimer)		Date (AAAAMMJJ)
Signature du représentant de l'assureur			

Section 5 : Rapport d'évaluation du CED Pour les évaluations rapides Télécopier à l'assureur et envoyer au demandeur et au professionnel des soins de santé du demandeur	N° de demande :
	N° de police :
	Date de l'accident :

Partie 17A – RÉSULTATS EN BREF de l'évaluation rapide du CED
☐ Différends portant sur la demande d'approbation pour un examen ou une évaluation
☐ Différends reliés au cadre d'action pré-approuvé
Sommaire des résultats d'évaluation :

Partie 18 Signature du coordonnateur médical	Les jugements sur les différends décrits précédemment ont été portés à la suite d'enquêtes réalisées en conformité au plan d'évaluation et selon les directives d'évaluation du CED.		
	Nom du coordonnateur médical (en lettres moulées)	Signature du coordonnateur médical	Date (AAAA-MM-JJ)

télécopieur et envoyer au demandeur et au praticien de la santé du demandeur

Date de l'accident :

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | Évaluation de l'invalidité |
| ☐ | Évaluation des médicaux et de réadaptation |
| ☐ | Évaluation des soins auxilliaires |
| ☐ | Évaluation de la déficience invalidante |

Sommaire des résultats d'évaluation :

Date (AAAAMMJJ)

Retourner le formulaire à :

Déclaration de revenu et d'indemnités reçus après l'accident (OCF-13)

Formulaire applicable à tout cas d'accident survenu depuis le 1er janvier 1994.

N° de demande :

N° de police :

Date de l'accident :
(AAAA MM JJ)

Les renseignements fournis ci-dessous aideront votre compagnie d'assurances à déterminer le montant exact d'indemnités d'accident que vous êtes habilité à recevoir.

Partie 1 Identification du demandeur

Nom		Prénom et initiale									
Adresse								Ville			
Province	Code postal	Téléphone (rés.)	Code régional		Date de l'accident		année	mois	jour		

Partie 2 Revenu d'emploi

Depuis la date de l'accident, avez-vous reçu des revenus :

d'emploi ☐ Oui (précisez ci-dessous) ☐ Non (passez à la partie 3)
de travailleur autonome ☐ Oui (précisez ci-dessous) ☐ Non (passez à la partie 3)

Nom de l'employeur / Entreprise				Nom de la personne-ressource de l'employeur							
Titre du poste				Numéro de téléphone		Code postal					
Date de début :		année	mois	jour	Date de fin :		année	mois	jour	Total des heures	Revenu total obtenu \$

Nom de l'employeur / Entreprise				Nom de la personne-ressource de l'employeur							
Titre du poste				Numéro de téléphone		Code postal					
Date de début :		année	mois	jour	Date de fin :		année	mois	jour	Total des heures	Revenu total obtenu \$

Nom de l'employeur / Entreprise				Nom de la personne-ressource de l'employeur							
Titre du poste				Numéro de téléphone		Code postal					
Date de début :		année	mois	jour	Date de fin :		année	mois	jour	Total des heures	Revenu total obtenu \$

Nom de l'employeur / Entreprise				Nom de la personne-ressource de l'employeur							
Titre du poste				Numéro de téléphone		Code postal					
Date de début :		année	mois	jour	Date de fin :		année	mois	jour	Total des heures	Revenu total obtenu \$

Nom de l'employeur / Entreprise				Nom de la personne-ressource de l'employeur							
Titre du poste				Numéro de téléphone		Code postal					
Date de début :		année	mois	jour	Date de fin :		année	mois	jour	Total des heures	Revenu total obtenu \$

Partie 3 Prestations d'invalidité de régimes privés

Avez-vous reçu des indemnités de remplacement de revenu ou des prestations d'invalidité de sources privées depuis l'accident?

Assurances collectives	Court terme ☐ Oui ☐ Non	Long terme ☐ Oui ☐ Non
Assurances individuelles	Court terme ☐ Oui ☐ Non	Long terme ☐ Oui ☐ Non
Autres	☐ Oui (précisez le type d'indemnités) _____ ☐ Non	

Si vous avez répondu oui dans l'une ou l'autre des cases ci-dessus, veuillez fournir des détails ci-dessous.

Nom de l'assureur	Nom de l'assuré	N° de police / de certificat d'assurance collective	Pendant combien de semaines êtes-vous admissible?	Date du début des versements	Montant total reçu
				année mois jour	\$
				année mois jour	\$

Partie 4 Régimes de prestation publics

Avez-vous reçu des prestations provenant d'un régime public depuis l'accident?

Prestation d'invalidité du RPC	☐ Oui ☐ Non
Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (autres que les pensions permanentes)	☐ Oui ☐ Non
Prestations de maladie en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi	☐ Oui ☐ Non
Autre ☐ Oui (précisez le type de prestations) _____ ☐ Non	

Si vous avez répondu oui dans l'une ou l'autre des cases ci-dessus, veuillez fournir des détails ci-dessous.

N° de la réclamation	Prestations						Montant total reçu		
	Date du début:	année	mois	jour	Fin:	année	mois	jour	\$
	Date du début:	année	mois	jour	Fin:	année	mois	jour	\$

Partie 5 Prestations pour soins médicaux et dentaires

Avez-vous présenté des reçus couvrant des frais pour soins médicaux ou dentaires reliés à votre accident aux types de régimes suivants?

Régime d'assurance collectif	☐ Oui ☐ Non
Régime d'assurance privé	☐ Oui ☐ Non
Autres ☐ Oui (précisez le type de prestation) _____ ☐ Non	

Si vous avez répondu oui dans l'une ou l'autre des cases ci-dessus, veuillez fournir des détails ci-dessous.

Nom de l'assureur	Nom de l'assuré	N° de police	Genre de frais

Partie 6 Signature

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite en connaissance de cause à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une violation de la Loi sur l'assurance. Je reconnais également que frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance 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	Date (AAAAMMJJ)
--	---	-----------------

Retourner le formulaire à :

Autorisation de divulguer des renseignements médicaux au Centre d'évaluation désigné (FDIO-14)

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

N° de réclamation :	
N° de police :	
Date de l'accident : (AAAAMJJJ)	

L'assureur doit remplir les parties 1 à 3. Si le demandeur consent à se rendre au(x) Centre(s) d'évaluation désigné(s), ce dernier doit compléter la partie 4 et retourner le formulaire à l'assureur. **L'autorisation est valide pour la ou les évaluations indiquée(s) dans la partie 3 tel que spécifié ci-dessous.**

Partie 1 Identification du demandeur

Nom				Prénom et initiale												
Adresse																
Ville					Province						Code postal ____					
Date de naissance	année	mois	jour	Téléphone (rés.)	Code régional				Téléphone (travail)				Code régional			

Partie 2 Identification de l'assureur

Nom de l'assureur																							
Nom du représentant de l'assureur												Poste											
Adresse												Ville											
Province				Code postal ____				Numéro de téléphone				Code régional				Numéro de télécopieur				Code régional			

Partie 3 Genre d'évaluation (rempli par l'assureur)

Le(s) évaluation(s) des genres suivants seront effectuées :	
☐ évaluation de personne soignante	☐ évaluation de déficience invalidante (Loi 59 seulement)
☐ évaluation d'une invalidité	☐ évaluation de la capacité résiduelle de gagner sa vie (Loi 164 seulement)
☐ évaluation des soins médicaux et de réadaptation (incluant la demande d'approbation d'une évaluation ou d'un examen et les différends relatifs aux Lignes directrices pré-autorisées.	

Partie 4 Signature

J'autorise mon assureur et les professionnels de la santé qui me soignent à fournir au Centre d'évaluation désigné tout renseignement sur mon état de santé ainsi que sur les traitements et les services de réhabilitation reçus suite à mon accident d'automobile, afin de déterminer mon admissibilité aux indemnités. J'autorise le Centre d'évaluation désigné à consulter, au besoin, les professionnels de la santé qui me soignent. J'autorise également le Centre d'évaluation désigné à fournir une copie de son rapport à mon assureur et aux professionnels de la santé qui me soignent.		
Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAAMJJJ)

Retournez ce formulaire à :

Avis d'arrêt des indemnités hebdomadaires et demande d'évaluation (OCF-17)

Formulaire applicable à tout cas d'accident survenu depuis le 1^{er} novembre 1996.

N° de la demande :

N° de police :

Date de l'accident :
(AAAAMMJJ)

Les Parties 1 à 3 doivent être remplies par l'assureur

Partie 1 Identification du demandeur

Nom		Prénom et initiale						
Adresse				Ville		Province		
Code postal	—	Téléphone (rés.)	Code régional		Date et l'accident	année	mois	jour

Partie 2 Identification de l'assureur

Nom de l'assureur				Nom du représentant de l'assureur					
Adresse									
Ville				Province		Code postal —			
Numéro de téléphone	Code régional		Numéro de télécopieur		Code régional				
Signature du représentant de l'assureur						Date	année	mois	jour

Partie 3 Motifs de l'arrêt du versement des indemnités

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

Le versement des indemnités suivantes sera arrêté :

- ☐ remplacement de revenu
☐ personne sans revenu d'emploi
☐ personne soignante

Entrée en vigueur

année	mois	jour
-------	------	------

Détails :

Partie 4 Droits du demandeur

DROIT DE CONTESTER L'ÉVALUATION DE VOTRE DEMANDE D'INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES EFFECTUÉE PAR VOTRE ASSUREUR

Votre demande d'indemnités d'accident légales en vertu de la Loi sur les assurances a été réduite ou rejetée par votre assureur.

En vertu de la Loi sur les assurances, vous avez le droit de contester l'évaluation de votre demande d'indemnités d'accident légales effectuée par votre assureur.

ÉTAPE 1: COMMUNIQUEZ AVEC VOTRE ASSUREUR ET SOYEZ DISPONIBLE EN VUE DES ÉVALUATIONS OU DES EXAMENS

Vous NE POUVEZ contester l'évaluation de votre demande d'indemnités d'accident légales effectuée par votre assureur, À MOINS QUE :

- (i) vous fassiez connaître à votre assureur votre intention et lui envoyiez une demande d'indemnités;
- (ii) vous soyez disponible pour toute demande d'examen,
- (iii) vous soyez disponible pour toute demande d'évaluation.

Partie 4 Droits du demandeur

ÉTAPE 2 : MÉDIATION

Pour contester le rejet ou la réduction de votre demande, vous devez d'abord déposer une demande de médiation auprès de la Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO) au plus tard deux ans après la date à laquelle votre assureur a décidé de rejeter ou de réduire votre demande.

Pour amorcer le processus de médiation, vous devez compléter une demande de médiation. Un formulaire de demande est disponible auprès de votre assureur ou peut être téléchargé à partir du site Internet de la CSFO, à l'adresse suivante : www.fsco.gov.on.ca, ou obtenu en écrivant à l'adresse postale suivante :

Groupe de règlement des différends,	Téléphone à Toronto :	(416) 590-7576
Unité de médiation	Sans frais :	1 800 517-2332, poste 7210
Commission des services financiers de l'Ontario	Télécopieur :	(416) 590-7077
C.P. 85, 15 ^e étage	Ligne d'information sur la médiation :	(416) 590-7210
North York (Ontario) M2N 6L9		

Une fois votre demande de médiation complétée, la CSFO nommera un médiateur pour mener la médiation. À la fin du processus, le médiateur publiera un rapport écrit indiquant si la médiation a réussi ou non à résoudre les points en litige entre vous et votre assureur.

ÉTAPE 3 : ARBITRAGE, POURSUITE OU ÉVALUATION

Si la médiation échoue, vous avez le droit de :

- (i) faire une demande d'arbitrage auprès de la CSFO; ou
- (ii) intenter une poursuite; ou
- (iii) si votre assureur et vous-même y consentez, vous pouvez demander qu'une évaluation soit effectuée de façon neutre à la CSFO avant d'entamer une poursuite. Si vous acceptez ce processus, un évaluateur neutre vous fournira une opinion verbale sur le résultat possible d'une action en justice ou d'un arbitrage ainsi qu'un rapport écrit identifiant les points évalués et encore en litige.

Cependant, vous pouvez aller en arbitrage, intenter une poursuite ou demander une évaluation effectuée de façon neutre **UNIQUEMENT** si :

- (i) vous avez déjà procédé à une médiation ET
- (ii) la médiation a échoué.

ATTENTION : DURÉE MAXIMALE DE DEUX ANS

Vous avez **DEUX ANS** à compter de la date du refus par votre assureur de payer en tout ou en partie les indemnités demandées, pour aller en arbitrage ou pour aller devant les tribunaux. Vous pouvez obtenir un délai supplémentaire si l'arbitrage ou la poursuite débute au plus tard 90 jours après que le médiateur ait fourni son rapport de médiation ou dans les 30 jours suivant la date à laquelle l'évaluateur neutre a fourni son rapport.

La partie restante de ce formulaire doit être remplie par le demandeur et expédiée à l'assureur si le demandeur est en désaccord avec l'arrêt du versement des indemnités.

Partie 5 Demande et signature du demandeur

Je conteste l'arrêt du versement de mes indemnités tel qu'énoncé ci-dessus. Je demande qu'une évaluation soit effectuée par un Centre d'évaluation désigné afin de déterminer si je continue d'être atteint d'une déficience qui me rend éligible à recevoir les indemnités. Je reconnais que pour permettre à l'assureur de se conformer à ma demande, j'autorise mon assureur et les professionnels de la santé qui m'ont traité à fournir au Centre d'évaluation désigné tout renseignement portant sur mon état de santé ainsi que sur les traitements ou les services de réhabilitation que j'ai reçus suite à mon accident d'automobile, et ce afin de déterminer si je suis admissible aux indemnités. J'autorise le Centre d'évaluation désigné à consulter, au besoin, les professionnels de la santé qui m'ont soigné. Je reconnais que ces renseignements pourront servir à déterminer mon admissibilité aux indemnités. J'autorise également le Centre d'évaluation désigné à fournir une copie de son rapport à mon assureur et aux professionnels de la santé qui m'ont soigné.

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

Programme de traitement (FDIO-18)	
Utilisez cette formule pour les accidents survenus depuis le 1 ^{er} novembre 1996 inclusivement. La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont assujetties aux lois en vigueur sur la protection de la vie privée.	
N ^o de demande :	
N ^o de police :	
Date de l'accident : (AAAAMMJJ)	

Le programme de traitement du demandeur porte le n^o _____ délivré par le professionnel ou l'établissement de santé ci-dessous.

À l'attention du demandeur :
Veuillez remplir les Parties 1 et 2. Par la suite, une fois que votre praticien ou professionnel de la santé aura examiné le Programme de traitement avec vous, veuillez signer la Partie 13.

Votre professionnel ou praticien de la santé remplira toutes les autres Parties du formulaire. **Un praticien de la santé (chiropraticien(ne), dentiste, infirmier(ère) praticien(ne), ergothérapeute, optométriste, médecin, physiothérapeute, psychologue, orthophoniste) doit signer la Partie 5.**

Veuillez fournir tous les renseignements demandés.

À l'attention du professionnel ou de l'établissement de santé :
Consentement : Il incombe au professionnel ou à l'établissement de santé de s'assurer que la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements soumis sont autorisées par le biais d'une formule de consentement. Les professionnels ou établissements de santé devront utiliser la formule de demande d'indemnités de l'Ontario n^o 5 (FDIO-5) intitulée *Autorisation de divulguer des renseignements médicaux* à titre de formulaire de consentement, bien qu'il soit possible que des divulgations et des consentements supplémentaires puissent être requis selon la façon dont les renseignements sont utilisés et divulgués.

Dans la mesure du possible, le programme de traitement devra inclure tous les biens et services prévus durant le Programme de traitement par le professionnel ou l'établissement de santé.

Note : S'il s'agit d'une déficience visée par les Lignes directrices pré-autorisées, vous devez remplir la formule FDIO-23/198 intitulée *Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées* au lieu de la présente formule, *Programme de traitement*, sauf si la demande est faite pour des biens et services supplémentaires non prévus par les Lignes directrices pré-autorisées.

Partie 1 Identification du demandeur À remplir par le demandeur	Date de naissance (AAAAMMJJ)	Sexe ☐ Homme ☐ Femme	Téléphone
	Nom		
	Prénom	Second prénom	
	Adresse		
	Ville	Province	Code postal

Partie 2 Identification de l'assureur À remplir par le demandeur	Nom de l'assureur		Localité de la succursale (s'il y a lieu))
	Nom de l'expert en sinistres		Prénom
	Téléphone	Poste	Télécopieur
	Nom du titulaire de la police identiqueau: ☐ Demandeur OU	Nom du titulaire de la police	Prénom du titulaire de la police

Partie 3 Autre assurance À remplir par le professionnel de la santé responsable de la préparation et de la supervision du dossier du demandeur	AUTRE ASSURANCE : Y a-t-il d'autres assurances couvrant des biens ou services énumérés dans ce programme de traitement? J'ai effectué des vérifications raisonnables sur le demandeur et j'ai déterminé que :		
	☐ NON <i>Le demandeur ne possède pas d'autres assurances couvrant ces biens et services</i> ☐ OUI <i>Le demandeur possède d'autres assurances couvrant au moins une partie de ces biens et services.</i>		
	MS	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MS) couvre-t-il l'un ou l'autre des biens et services compris dans ce Programme de traitement? ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet	
	Autre assureur 1	Nom de l'autre assureur	N ^o de police ou de régime de l'autre assureur
		Nom de l'adhérent	Code d'identification de l'autre assureur
	Autre assureur 2	Nom de l'autre assureur	N ^o de police ou de régime de l'autre assureur
		Nom de l'adhérent	Code d'identification de l'autre assureur

Partie 4 Définition d'un conflit d'intérêts

Un programme de traitement place une personne dans une situation de conflit d'intérêts si les conditions suivantes sont réunies :

- i) la personne ou un membre de la famille de la personne peut recevoir, directement ou indirectement, un avantage financier à la suite de la prestation, par un membre de la famille de la personne ou par une autre personne, de biens ou de services prévus dans le programme de traitement; et
- ii) la personne qui peut recevoir l'avantage financier n'est pas employée par la personne qui fournira les biens ou les services et n'a pas conclu avec celle-ci de contrat prévoyant la fourniture de tels biens ou services.

Note : Si l'assureur découvre, après avoir approuvé ce Programme de traitement, qu'il existe un conflit d'intérêts qui n'a pas été divulgué, l'assureur peut exiger du demandeur qu'il modifie le Programme de traitement de façon à éliminer ce conflit d'intérêts. Si aucune modification n'est effectuée, l'assureur n'est pas tenu de rembourser les dépenses futures touchées par le conflit d'intérêts.

Partie 5 Signature du praticien de la santé

Certification du
programme

Nom du professionnel de la santé réglementé		N° d'inscription de l'Ordre		Votre profession : ☐ Chiropraticien ☐ Dentiste ☐ Massothérapeute ☐ Infirmier(ère) ☐ Ergothérapeute ☐ Optométriste ☐ Médecin ☐ Physiothérapeute ☐ Psychologue ☐ Orthophoniste ☐ Autre _____
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code de l'établissement selon la FAAS (s'il y a lieu)		
Adresse				
Ville	Province	Code postal		
Numéro de téléphone		Poste	Télécopieur	
Courriel				
☐ Je déclare que ce programme de traitement ne me place devant aucun conflit d'intérêts et, qu'après avoir effectué des vérifications raisonnables, je déclare qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt relativement au Programme de traitement de la part de toute personne ayant recommandé le demandeur à un particulier qui fournira les biens et services envisagés dans le Programme de traitement. ou ☐ Je déclare que ce programme de traitement occasionne les conflits d'intérêts suivants :				
Je confirme qu'au meilleur de ma connaissance, les renseignements contenus dans ce programme de traitement sont véridiques et exacts, que le programme de traitement a été revu avec le demandeur par le professionnel de la santé réglementé à la Partie 6 et que les biens et services prévus sont raisonnables et nécessaires pour le traitement des blessures du demandeur et sa réadaptation, tels qu'identifiés à la Partie 7. J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration faussee 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 praticien de la santé (en lettres moulées) :		Signature du praticien de la santé		Date (AAAA-MM-JJ)

Partie 6 Signature du pro- fessionnel de la santé réglementé

Préparation et
supervision du
programme

S'il s'agit de la
même personne
que celle
identifiée à la
Partie 5, cochez
cette case

☐ **et**
**NE REMPLISSEZ
PAS LA Partie 6**

Nom du professionnel de la santé réglementé (en lettres moulées)		N° d'inscription		Votre profession ☐ Chiropraticien(ne) ☐ Dentiste ☐ Massothérapeute ☐ Infirmier(ère) ☐ Ergothérapeute ☐ Optométriste ☐ Médecin ☐ Physiothérapeute ☐ Psychologue ☐ Orthophoniste ☐ Autre _____
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		N° FAAS (s'il y a lieu)		
Adresse				
Ville	Province	Code postal		
Téléphone	Poste	Télécopieur		
Courriel				
☐ Je déclare que ce Programme de traitement ne me met dans aucun conflit d'intérêts et que, après avoir effectué des vérifications raisonnables, j'ai déterminé qu'il n'y a, en relation avec ce Programme de traitement, aucun conflit d'intérêts pour toute personne, quelle qu'elle soit, qui a référé le demandeur à une personne qui fournira des biens ou des services prévus dans ce Programme de traitement. ou ☐ Je déclare que ce Programme de traitement occasionne les conflits d'intérêts suivants :				
J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration faussee 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 professionnel de la santé réglementé (en lettres moulées)		Signature du professionnel de la santé réglementé		Date (AAAA-MM-JJ)

À l'attention du professionnel de la santé :

Veillez fournir les renseignements suivants en vous appuyant sur le plus récent examen du demandeur identifié ci-haut et retournez le formulaire à l'assureur inscrit à la **Partie 2**.

Veillez écrire lisiblement.

Partie 7 Blessures et séquelles	Fournir une liste de chacune des blessures et séquelles résultant directement de l'accident d'automobile dont a été victime le demandeur, en commençant par les plus significatives et en indiquant le code ICD-10-CA ¹ correspondant.	
	Description	Code
Note ¹ : Consultez le manuel de l'utilisateur à l'adresse www.autoinsurancereforms.on.ca pour tout renseignement concernant la classification ICD-10 CA.		

Partie 8 Conditions préalables et actuelles	a) Avant l'accident, le demandeur souffrait-il d'une maladie, d'un problème de santé ou d'une lésion qui pourrait avoir une incidence sur sa réaction au traitement administré pour soigner les blessures décrites à la Partie 7? ☐ Non ☐ Inconnu ☐ Oui (précisez) Si oui, le demandeur a-t-il passé des examens ou reçu des traitements pour cette maladie, ce problème de santé ou cette lésion au cours de la dernière année? ☐ Non ☐ Inconnu ☐ Oui (précisez en identifiant le fournisseur, si celui-ci est connu)
	b) Depuis l'accident d'automobile, le demandeur a-t-il développé une maladie, une lésion ou un problème de santé qui n'est pas relié à cet accident et qui pourrait avoir une incidence sur sa réaction au traitement administré pour soigner les blessures décrites à la Partie 7? ☐ Non ☐ Inconnu ☐ Oui (précisez)
	c) Cette déficience est-elle visée par les Lignes directrices pré-autorisées? ☐ Oui ☐ Non Si la réponse est « oui », veuillez fournir une explication complète en conformité avec les Lignes directrices pré-autorisées et en indiquant les dispositions exactes des Lignes directrices du sur lesquelles vous vous appuyez pour soumettre la présente formule FDIO-18 <i>Programme de traitement</i> au lieu de la formule <i>Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées</i> (FDIO-23/198). ☐ Pages additionnelles jointes en annexe

Partie 9 Restrictions relatives aux activités	a) Est-ce que la ou les déficiences du demandeur découlant des blessures identifiées à la Partie 7 affectent ses capacités à effectuer : Les tâches reliées à son emploi ☐ Sans emploi ☐ Non ☐ Inconnu ☐ Oui Ses activités quotidiennes normales ☐ Non ☐ Inconnu ☐ Oui
	b) Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre des deux questions ci-dessus, décrivez brièvement les activités dont la déficience restreint l'exécution et leur impact sur la capacité du demandeur à fonctionner normalement.
	c) Si le demandeur est incapable de poursuivre une activité qu'il effectuait avant l'accident, l'employeur est-il en mesure d'adapter adéquatement le cadre d'emploi du demandeur? ☐ Sans emploi ☐ Oui ☐ Inconnu ☐ Non (expliquez pourquoi)

Partie 10
Objectifs du
programme de
traitement,
évaluation des
résultats et
obstacles au
rétablissement

a) Objectifs :

(i) Identifiez le ou les objectifs visés par ce Programme de traitement en rapport avec la ou les déficiences, atteintes ou symptômes développés par le demandeur :

☐ réduction de la douleur ☐ augmentation de l'amplitude des mouvements

☐ augmentation de la force ☐ autre(s) (précisez)

et

(ii) Précisez le ou les objectifs fonctionnels visés par ce Programme de traitement :

☐ retour aux activités quotidiennes normales ☐ retour aux activités professionnelles régulières pratiquées avant l'accident

☐ retour à un cadre de travail adapté ☐ autre(s) (précisez)

b) Évaluation:

(i) Comment sera évaluée la progression vers l'atteinte des objectifs fixés aux points a (i) et a (ii)?

(ii) S'il s'agit d'un Programme de traitement subséquent, quelle a été l'amélioration constatée à la fin du traitement précédent, en vous appuyant sur votre propre méthode d'évaluation?

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

c) Obstacles au rétablissement :

(i) Avez-vous identifié des obstacles au rétablissement ? ☐ Non ☐ Oui (précisez)

(ii) Avez-vous des recommandations et/ou des propositions de stratégies pour surmonter ces obstacles? ☐ Non ☐ Oui (précisez)

d) Traitements parallèles :

(i) Savez-vous si des traitements non inclus dans le présent Programme de traitement seront offerts par d'autres fournisseurs ou établissements?

☐ Non ☐ Oui (précisez)

e) Cohérence :

☐ Y a-t-il des lignes directrices de pratique applicables au traitement proposé ?

☐ Oui (identifiez les lignes directrices) :

☐ Non (précisez) :

Retournez ce formulaire à :

Demande d'évaluation d'une déficience invalidante (OCF-19)

Formulaire applicable à tout cas d'accident survenu depuis le 1^{er} novembre 1996.

N° de la demande :

N° de police :

Date de l'accident :
(AAAA-MM-JJ)

Avis au demandeur :

Vous devez remplir ce formulaire et le remettre à votre assureur automobile si vous désirez établir que vous avez souffert d'une déficience invalidante à la suite de votre accident d'automobile. Les personnes pour lesquelles une déficience invalidante a été déterminée sont admissibles à une prolongation de leur indemnité pour frais médicaux, de réadaptation, de soins auxiliaires et autres. En se fondant sur la présente déclaration, votre assureur peut déterminer si vous souffrez ou non d'une déficience invalidante.

Au professionnel de la santé / à l'établissement :

Consentement : Il revient au professionnel de la santé ou à l'établissement d'assurer que la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements remis sont autorisées par un formulaire de consentement. Les professionnels de la santé / les établissements doivent utiliser le Formulaire de demande de l'Ontario n° 5 (OCF-5) *Autorisation de divulguer des renseignements médicaux* comme formulaire de consentement, bien que d'autres renseignements et consentements peuvent être nécessaires en fonction de la manière avec laquelle les renseignements sont utilisés et divulgués.

Partie 1 Identification du demandeur (à remplir par le demandeur ou son mandataire)

Nom		Prénom et initiale			
Adresse		Date de l'accident	année	mois	jour
Ville		Province		Code postal	
Téléphone (rés.)	Code régional	Téléphone (travail)	Code régional		

Statut du demandeur :

- ☐ Le demandeur réside actuellement dans un hôpital général, dans un centre de réadaptation, dans un centre d'hébergement ou dans un établissement de soins de longue durée.
- ☐ Il s'agit de la première demande de détermination d'une déficience invalidante.
- ☐ Il s'agit de la deuxième demande de détermination d'une déficience invalidante.
- Raison de cette deuxième demande : _____

Je désire faire la demande en vue de déterminer si la déficience dont je souffre depuis mon accident d'automobile est invalidante.

Signature du demandeur ou de son mandataire	Date	année	mois	jour
---	------	-------	------	------

Le reste du formulaire doit être rempli par votre professionnel de la santé.

Partie 2 Identification du professionnel de la santé

Nom	
Établissement	
Adresse	
Ville	Province
Code postal	
Numéro de téléphone	Code régional
Numéro de télécopieur	Code régional

Type de praticien :

- ☐ chiropraticien(ne) ☐ dentiste ☐ infirmier(ère) ☐ physiothérapeute ☐ optométriste ☐ médecin ☐ physiothérapeute ☐ psychologue
- ☐ orthophoniste ☐ praticien(ne)

Connaissance du demandeur

- ☐ Le demandeur est présentement sous mes soins et la dernière consultation remonte à _____ Nombre d'années sous mes soins _____
- ☐ Le demandeur est venu me consulter pour la préparation de cette demande, le _____
- ☐ Le demandeur a déjà été sous mes soins mais n'est plus suivi activement. Date de la dernière consultation _____
- ☐ J'ai vérifié mes dossiers mais n'ai pas retrouvé ce demandeur. Les renseignements les plus pertinents que je possède datent de _____
- ☐ J'ai examiné cette personne _____ fois dans le but d'évaluer une déficience.

Partie 3 Rapport du professionnel de la santé sur une déficience invalidante

Partie 3
Rapport du
professionnel
de la santé
sur une
déficience
invalidant
(suite)

Faites une description de la déficience subie lors de l'accident d'automobile. Utilisez la définition de déficience invalidante pertinente à titre de référence. **Veuillez joindre un rapport expliquant la déficience ainsi que vos résultats d'examen.** Si vous êtes en mesure de le faire et le jugez opportun, veuillez vous inspirer du degré d'invalidité tel que défini dans les guides de l'AMA.

Veuillez utiliser la définition suivante de déficience invalidante pour remplir le présent formulaire.

Critère 1.

Selon mon évaluation, je crois que les critères suivants s'appliquent au demandeur. Prière de cocher toute définition applicable à une « déficience invalidante ».

- ☐ (a) paraplégie ou quadriplégie,
- ☐ (b) amputation ou autre déficience entraînant la perte totale et permanente de l'usage des deux bras,
- ☐ (c) amputation ou autre déficience entraînant la perte totale et permanente de l'usage d'un bras et d'une jambe,
- ☐ (d) perte totale de vision des deux yeux,
- ☐ (e) déficience cérébrale qui, à la suite d'un accident, entraîne,
 - (i) une note de 9 ou moins sur l'échelle de coma de Glasgow, telle que publiée dans Jennett, B. et Teasdale, G., *Management of Head Injuries*, Contemporary Neurology Series, Volume 20, F.A. Davis Company, Philadelphia, 1981, selon un test administré par une personne qualifiée dans un délai raisonnable après l'accident, ou
 - (ii) une note de 2 (végétatif) ou 3 (invalidité sévère) sur l'échelle de réaction de Glasgow telle que publiée dans Jennett, B. et Bond, M., *Assessment of Outcome After Severe Brain Damage*, Lancet i: 480, 1975, selon un test administré par une personne qualifiée plus de six mois après l'accident,
- ☐ (f) toute déficience ou combinaison de déficiences qui, selon les documents intitulés *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, de l'American Medical Association, représente une déficience à 55 pour cent ou plus de l'ensemble de la personne, ou
- ☐ (g) toute déficience qui, selon les documents intitulés *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, de l'American Medical Association, représente une déficience de classe 4 (déficience marquée) ou une déficience de classe 5 (déficience extrême) due à un trouble mental ou du comportement.

Remarque :

Aux fins des clauses (f) et (g) de la définition de « déficience invalidante » du paragraphe (1), une déficience dont est atteinte une personne assurée mais qui ne figure pas dans les *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* de l'American Medical Association, 4^e édition, 1993, sera considérée comme la déficience figurant dans ce document qui est la plus similaire à la déficience dont est atteinte la personne assurée.

Critère 2.

Les clauses (f) et (g) de la définition de « déficience invalidante » ne s'appliquent pas à moins que,

- ☐ (a) la personne assurée soit dans un état stable et que cet état ne semble pas devoir s'améliorer avec des traitements, ou
- ☐ (b) qu'une période de trois ans se soient écoulée depuis l'accident.

Partie 5
Critères pour les
accidents
survenant le ou
après le
1^{er} octobre 2003

Selon mon évaluation, je crois que les critères suivants s'appliquent au demandeur. Veuillez cocher tous les critères applicables.

Critère 1.

« déficience invalidante »

- ☐ (a) paraplégie ou quadriplégie;
- ☐ (b) amputation ou autre déficience entraînant la perte totale et permanente de l'usage des deux bras ou des deux jambes;
- ☐ (c) amputation ou autre déficience entraînant la perte totale et permanente de l'usage d'un bras ou des deux bras ainsi que d'une jambe ou des deux jambes;
- ☐ (d) perte totale de vision des deux yeux;

- ☐ (e) déficience cérébrale qui, à la suite d'un accident, entraîne,
 - (i) une note de 9 ou moins sur l'échelle de coma de Glasgow, telle que publiée dans Jennett, B. et Teasdale, G., *Management of Head Injuries*, Contemporary Neurology Series, Volume 20, F.A. Davis Company, Philadelphia, 1981, selon un test administré par une personne qualifiée dans un délai raisonnable après l'accident, ou
 - (ii) une note de 2 (végétatif) ou 3 (invalidité sévère) sur l'échelle de réaction de Glasgow, telle que publiée dans Jennett, B. et Bond, M., *Assessment of Outcome After Severe Brain Damage*, Lancet i: 480, 1975, selon un test administré par une personne qualifiée plus de six mois après l'accident,
- ☐ (f) une déficience ou combinaison de déficiences qui, selon les documents intitulés *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, de l'American Medical Association, représente une déficience à 55 pour cent ou plus de l'ensemble de la personne, ou
- ☐ (g) une déficience qui, selon les documents intitulés *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, de l'American Medical Association, représente une déficience de classe 4 (déficience marquée) ou une déficience de classe 5 (déficience extrême) due à un trouble mental ou du comportement.

Remarque :

Si une personne assurée est âgée de moins de 16 ans au moment de l'accident et qu'aucune des échelles de l'échelle de coma de Glasgow, de l'échelle de réaction de Glasgow ou des *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* de l'American Medical Association, 4^e édition, 1993, tel qu'indiqué aux clauses (e), (f) ou (g), ne peut être appliquée en raison de l'âge de la personne assurée, alors une déficience dont souffre la personne assurée suite à un accident et qu'on peut raisonnablement estimer être une déficience invalidante sera considérée comme la déficience qui est la plus similaire à la déficience indiquée aux clauses (e), (f) ou (g), en tenant compte des implications qu'a la déficience du point de vue du développement.

Aux fins des clauses (f) et (g), une déficience dont est atteinte une personne assurée mais qui ne figure pas dans les *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* de l'American Medical Association, 4^e édition, 1993, sera considérée comme la déficience figurant dans ce document qui est la plus similaire à la déficience dont est atteinte la personne assurée.

Critère 2.

Les clauses (f) et (g) du Critère 1 ne s'appliquent pas au demandeur, à moins que

- ☐ (a) le praticien de la santé de la personne assurée ne déclare par écrit que l'état de la personne assurée offre tous les signes d'un état permanent de « déficience invalidante », ou
- ☐ (b) deux années se soient écoulées depuis l'accident.

Explications et commentaires du professionnel de la santé sur les critères sélectionnés ci-dessus :

Partie 6 Signature

Je certifie que le demandeur souffre d'une déficience invalidante conformément à la définition jointe à la présente demande. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite sciemment à un assureur en ce qui concerne l'admissibilité d'une personne à des indemnités dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction en vertu de la Loi sur les assurances. Je reconnais également que 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 que cette infraction est passible, en cas de condamnation, d'une peine maximale de 10 ans de prison.

Nom du professionnel de la santé (en lettres moulées)	Signature du professionnel de la santé	Date (AAAAMMJJ)
---	--	-----------------

Remarque : Les frais encourus pour remplir ce formulaire ne sont pas couverts par les prestations du ministère de la Santé de l'Ontario. Les frais et les coûts des examens nécessaires pour remplir ce formulaire doivent être facturés à l'assureur.

Retournez ce formulaire à :

Détermination de l'existence d'une déficience invalidante et demande d'évaluation (OCF-20)

Formulaire désigné pour tout cas d'accident survenu depuis le 1^{er} novembre 1996.

N° de la demande :

N° de police :

Date de l'accident :
(AAAAMMJJ)

Les parties 1 à 3 doivent être remplies par l'assureur.

Partie 1 Identification du demandeur

Nom		Prénom et initiale											
Adresse						Ville				Province			
Code postal		Téléphone (rés.)		Code régional						Date de l'accident	année	mois	jour

Partie 2 Identification de l'assureur

Nom de l'assureur				Nom du représentant de l'assureur				Poste					
Address													
Ville								Province		Code postal			
Téléphone (travail)		Code régional						N° de télécopieur		Code régional			

Partie 3 Détermination de l'existence d'une déficience invalidante

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

Nous avons révisé votre demande de détermination de l'existence d'une déficience invalidante et nous avons conclu que :

- ☐ Vous êtes atteint d'une déficience invalidante suite à votre accident.
☐ Vous n'êtes pas atteint d'une déficience invalidante suite à votre accident et ce, pour les raisons suivantes (reportez-vous à la partie 4) :

--

- ☐ Nous exigeons que vous fassiez l'objet d'un examen au Centre d'évaluation désigné pour déterminer si vous êtes atteint d'une déficience invalidante suite à votre accident.

	Date	année	mois	jour
--	------	-------	------	------

Signature du représentant de l'assureur

Partie 4 Droits du demandeur

Si l'assureur conclut que vous n'êtes pas atteint d'une déficience invalidante et si vous êtes en désaccord avec cette décision, vous avez le droit de demander une évaluation par un Centre d'évaluation désigné pour déterminer si vous êtes atteint d'une déficience invalidante. Si vous demandez une telle évaluation, ou si l'assureur exige que vous fassiez l'objet d'une telle évaluation, le Centre d'évaluation désigné demande votre permission afin d'obtenir et d'analyser vos antécédents médicaux et de communiquer son rapport. Veuillez signer la Partie 5 du présent formulaire et expédier le formulaire à l'assureur, à l'adresse indiquée ci-dessus.

Partie 5 Applicant's Request and Signature

Je suis en désaccord avec la décision de l'assureur, selon laquelle je ne suis pas atteint d'une déficience invalidante telle que décrite ci-dessus. Je demande qu'un examen soit fait à un Centre d'évaluation désigné pour confirmer ou infirmer l'existence d'une telle déficience invalidante.
J'autorise mon assureur et les professionnels de la santé qui m'ont traité à fournir au Centre d'évaluation désigné tout renseignement sur mon état de santé ainsi que sur les traitements et les services de réhabilitation reçus suite à mon accident d'automobile, dans le but de déterminer mon admissibilité à des indemnités.

J'autorise le Centre d'évaluation désigné à consulter, au besoin, les professionnels de la santé qui m'ont soigné.
J'autorise également le Centre d'évaluation désigné à fournir une copie de son rapport à mon assureur et aux professionnels de la santé qui m'ont soigné.

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

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

Facture standard d'assurance automobile

(OCF-21/59)

N° de la demande :

N° de police :

Date de l'accident :
(AAAA-MM-JJ)

Formulaire désigné pour tout cas d'accident survenu depuis le 1^{er} novembre 1996 et pour des biens et services médicaux et de réhabilitation facturés directement à un assureur automobile. Vous trouverez sur le site www.autoinsurancereforms.on.ca un Guide de l'utilisateur pour vous aider à remplir le formulaire et ses annexes. Veuillez joindre la version C (pages 2 et 3) concernant les cadres d'actions pré-approuvés (CAPA) et la version A (page 2) dans le cas d'un traitement ou d'un plan d'évaluation déjà approuvé. La version B (pages 2 et 3) doit être employée pour tous les autres biens et services. Elle peut aussi être utilisée, à la discrétion du prestataire des biens et services, dans le cas de traitements et de plans d'évaluation déjà approuvés.

Veuillez fournir tous les renseignements demandés.

Confidentialité : La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont assujetties aux lois en vigueur pour protéger la vie privée.

Partie 1 Identification du demandeur

Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Sexe M F	Téléphone	Poste
Nom			
Prénom		Deuxième prénom	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	

Partie 2 Identification de l'assureur

Nom de la compagnie d'assurance		Localité de la succursale (s'il y a lieu)	
Nom de famille de l'expert en sinistre		Prénom	
Téléphone	Poste	Télécopieur	
Le titulaire de la police est le même que le demandeur OU		Nom du titulaire	Prénom du titulaire

Partie 3 Identification de la facture

N° de facture	
Première facture	☐ Oui ☐ Non
Dernière facture	☐ Oui ☐ Non
Catégorie de CED (s'il y a lieu)	
☐ Soins/ Réadaptation	
☐ Invalidité	
☐ Après 104 semaines	
☐ Soins auxiliaires	
☐ Déficience invalidante	

Dans le cas de produits et services déjà approuvés, complétez le tableau suivant :

Type de programme ou cadre d'action pré-approuvé	Date du plan (AAAA-MM-JJ)	N° du plan	Montant approuvé	Montant précédent
☐ Programme de traitement (OCF-18) ♦				
☐ Plan du CED (OCF-11) ♦				
☐ Plan d'évaluation (OCF-22) ♦				
☐ CAPA	Type :	+		
♦ Joindre la version A or B + Joindre la version C				
Joindre la version B à toute autre facture				

Partie 4 Identification du bénéficiaire

Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code d'identification de l'établissement selon l'AIIS (s'il y a lieu)	
Nom de famille du prestataire		Prénom du prestataire	Numéro du prestataire (s'il y a lieu)
Adresse			
Ville	Ville	Ville	
Téléphone	Poste	Télécopieur	
Courriel			
☐ Je déclare que cette facture ne me place pas dans aucune situation de conflit d'intérêts, et j'ai conclu après vérification raisonnable, qu'elle ne place pas ni celui ni celle qui m'a référé le demandeur, dans toute situation de conflit d'intérêts. Ou ☐ Je déclare que cette facture occasionne les situations de conflit d'intérêts suivantes :			
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 l'assurance. Je reconnais également que frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance par supercherie, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral.			
Nom du professionnel de la santé ou du signataire autorisé (en lettres moulées)		Signature du professionnel de la santé ou du signataire autorisé	Date (AAAA-MM-JJ)

OCF-21 - Version A - page 2

Le présent formulaire peut être utilisé pour facturer les biens et services qui ont été antérieurement approuvés par l'assureur par l'intermédiaire des formulaires OCF-18, OCG-11 ou OCF-22.

Le présent formulaire ne peut être utilisé pour le cadre d'action pré-approuvé (utiliser la Version C – pages 2 et 3) ou des produits et services qui n'ont pas été antérieurement approuvés (utiliser la Version B – pages 2 et 3).

Blessures et séquelles	
Description	*Code
Les détails sur les blessures ne sont pas nécessaires si ce sont les mêmes ceux sur le régime approuvé -Consultez le Guide de l'utilisateur à www.autoinsuranceforms.on.ca pour le code	

Fournisseurs				Réglementé (N° d'enregistrement du collège)	Non réglementé (N° FAAS s'il y a lieu ou en blanc)	Taux horaire (s'il y a lieu)	À l'usage de l'assureur seulement
Réf.	*Type	Nom de famille	Prénom				
A							
B							
C							
D							
E							
F							
Les détails sur le fournisseur ne sont pas nécessaires si ce sont les mêmes que ceux fournis sur le régime approuvé -Consultez le Guide de l'utilisateur à www.autoinsuranceforms.on.ca pour le code							

[illegible]

Autre assurance (pour les produits et services sur la présente facture)		MS	Assur. 1	Assur. 2	Activité du compte depuis dernière facture (si de l'intérêt est imputé)	Total partiel :	
	Chiropraxie :					MS :	
	Physiothérapie :				Solde antérieur :	Autre assureur 1 + 2 :	
	Massothérapie :				Paiement reçu de	TPS (s'il y a lieu) :	
	¹ Autre type de services :				l'assureur auto :	TVP (s'il y a lieu) :	
	Total :				² Montant en souffrance :	²Intérêt :	
	¹ Veuillez préciser autre type de service :				² L'assureur paiera l'intérêt sur les montants en souffrance conformément à l'Annexe sur les indemnités d'accident légales	Total de l'assureur auto :	

Chèque à l'ordre de :	
Autres renseignements :	

À l'usage de l'assureur seulement			
Examiné par :			
Approuvé par :			
Nom bénéficiaire :			
Montant payé :	Total	Intérêt	Total global

Les pages 2 et 3 de la Version B sont utilisées pour les produits et services qui n'ont pas été antérieurement approuvés par l'assureur par l'intermédiaire des formulaires OCF-18, OCF-11, ou OCF-22. Ils peuvent être utilisés à la discrétion du fournisseur pour facturer tout produit ou service à l'exception de ceux visés par le cadre d'action pré-approuvé (utiliser version C – pages 2 et 3).

Fournisseurs				Réglementé (N° d'enregistrement du collège)	Non réglementé (N° FAAS s'il y a lieu ou en blanc)	Taux horaire (s'il y a lieu)	À l'usage de l'assureur seulement
Réf.	*Type	Nom de famille	Prénom				
A							
B							
C							
D							
E							
F							

Les détails sur le fournisseur ne sont pas nécessaires si ce sont les mêmes que ceux fournis sur le régime pré-autorisé.
-Consultez le Guide de l'utilisateur à www.autolinsuranceforms.on.ca pour le code

☐ Pages supplémentaires jointes

OCF-21 - Version B - page 3

Les pages 2 et 3 de la Version B sont utilisées pour les produits et services qui n'ont pas été antérieurement approuvés par l'assureur par l'intermédiaire des formulaires OCF-18, OCF-11, ou OCF-22. Ils peuvent être utilisés à la discrétion du fournisseur pour facturer tout produit ou service à l'exception de ceux visés par le cadre d'action pré-approuvé (utiliser version C – pages 2 et 3).

AUTRE ASSURANCE : J'ai fait des recherches raisonnables sur le demandeur et déterminé que :		
☐ NON Il n'y a pas d'autre garantie d'assurance identifiées pour ces produits et services.		
☐ OUI Il y a une autre garantie d'assurance pouvant couvrir/partiellement couvrir ces produits et services.		
MS	Cette facture comporte-elle une garantie du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MS) ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet	
Autre assureur 1	Nom de l'autre assureur	Numéro de régime ou de police de l'autre assureur
	Nom du membre du régime	Identificateur de l'autre assureur
Autre assureur 2	Nom de l'autre assureur	Numéro de régime ou de police de l'autre assureur
	Nom du membre du régime	Identificateur de l'autre assureur
Les détails sur l'autre assureur ne sont pas requis si ce sont les mêmes que ceux figurant sur un régime pré-autorisé.		

Définition du conflit d'intérêt :		
Une personne peut avoir un conflit d'intérêt à l'égard d'une facture si :		
i.	La personne, ou une personne lui étant reliée, peut recevoir un bénéfice financier directement ou indirectement, du fait de la prestation, par la personne reliée, des produits et services	
ii.	La personne pouvant recevoir le bénéfice financier n'est pas l'employé de la personne qui fournira le produit ou service et n'a pas de contrat avec la personne qui fournira le produit ou service en vertu duquel des produits et services de cette nature sont fournis.	

Autre assurance (pour les produits et services sur la présente facture)		MS	Assur. 1	Assur. 2	Activité du compte depuis dernière facture (si de l'intérêt est imputé)		Total partiel :	
	Chiropraxie :						MS :	
	Physiothérapie :				Solde antérieur :		Autre assureur 1 + 2 :	
	Massothérapie :				Paielement reçu de l'assureur auto :		TPS (s'il y a lieu) :	
	¹ Autre type de services :						TVP (s'il y a lieu) :	
	Total :				² Montant en souffrance :		² Intérêt :	
	¹ Veuillez préciser autre type de service :				⁴ L'assureur paiera l'intérêt sur les montants en souffrance conformément à l'Annexe sur les indemnités d'accident légales		Total de l'assureur auto :	

Chèque à l'ordre de :	
Autres renseignements :	

À l'usage de l'assureur seulement			
Examiné par :			
Approuvé par :			
Nom bénéficiaire :			
Montant payé :	Total	Intérêt	Total global

Pages 2 et 3 de la Version C sont jointes à la page 1 de l'OCF-21 et utilisés pour facturer les produits et services conformes au cadre d'action pré-approuvé. Pour tous les autres produits et services, joindre Version A ou B.

Fournisseurs				Réglementé (N° d'enregistrement du collège)	Non réglementé (N° FAAS s'il y a lieu ou en blanc)	Taux horaire (s'il y a lieu)	À l'usage de l'assureur seulement
Réf.	†Type	Nom de famille	Prénom				
A							
B							
C							
D							
E							
F							

Les détails sur le fournisseur ne sont pas nécessaires si ce sont les mêmes que ceux fournis sur le formulaire OCF-23
-Consultez le Guide de l'utilisateur à www.autoinsuranceforms.on.ca pour le code

OCF-21 (10/03)
Page 5 de 6

Frais remboursables selon le cadre d'action pré9approuvé (CAPA) :			
Description	*Code	*Attribut	Coût
* Consulter le Guide de l'utilisateur a www.autoinsuranceforms.on.ca pour le code		Total des CAPA :	

Autre produits et services remboursables approuvés par l'assureur :											
Date de service			Description	†Code	†Attribut	Référence fournisseur	Quantité	†Mesure	TPS (✓)	TVP (✓)	Coût
AAAA	MM	JJ									
* Consulter le Guide de l'usager a www.autoinsuranceforms.on.ca pour le code							Total autres produits et services :				

Autre assurance (pour les produits et services sur la présente facture)		MS	Assur. 1	Assur. 2	Activité du compte depuis dernière facture (si de l'intérêt est imputé)		Total partiel :	
	Chiropraxie :						MS :	
	Physiothérapie :				Solde antérieur :		Autre assureur 1 + 2 :	
	Massothérapie :				Paiement reçu de l'assureur auto :		TPS (s'il y a lieu) :	
	¹ Autre type de services :						TVP (s'il y a lieu) :	
	Total :				² Montant en souffrance :		² Intérêt :	
	¹ Veuillez préciser autre type de service :				⁴ L'assureur paiera l'intérêt sur les montants en souffrance conformément à l'Annexe sur les indemnités d'accident légales		Total de l'assureur auto :	

Chèque à l'ordre de :	
Autres renseignements :	

À l'usage de l'assureur seulement		
Examiné par :		
Approuvé par :		
Nom bénéficiaire :		
Montant payé :	Total	Intérêt Total Global

Demande d’une approbation pour une évaluation ou un examen (OCF-22)

Utilisez le présent formulaire pour les accidents survenus le 1^{er} novembre 1996, ou après ce jour

N° de demande :	
N° de police :	
Date de l'accident : (AAAA-MM-JJ)	

Au demandeur :

Utiliser le présent formulaire pour demander une autorisation préalable à l'égard du paiement d'une évaluation ou d'un examen pour lequel une autorisation préalable est requise.
Veuillez fournir tous les renseignements exigés.
La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont assujetties à la législation relative à la protection de la vie privée. Une divulgation et un consentement additionnels peuvent être exigés, tout dépendant de la façon dont les renseignements sont utilisés ou divulgués.

À l'attention du professionnel ou de l'établissement de santé :

Consentement : Il incombe au professionnel ou à l'établissement de santé de s'assurer que la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements soumis sont autorisées par le biais d'un formulaire de consentement. Les professionnels ou établissements de santé doivent utiliser le formulaire de demande d'indemnités de l'Ontario (OCF-5) intitulé *Autorisation de divulguer des renseignements sur la santé* à titre de formulaire de consentement.
Une demande d'approbation ou de paiement adressée à l'assureur pour des frais encourus pour une évaluation ou un examen peut être faite à l'aide de ce formulaire ou d'un formulaire Plan de traitement (OCF-18).

Section 1

Identification du demandeur

Doit être remplie par le demandeur

Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Sexe ☐ Homme ☐ Femme	Numéro de téléphone	Poste
Nom			
Prénom		Second prénom	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	

Section 2

Identification de l'assureur

Doit être remplie par le demandeur

Nom de la compagnie d'assurance		Localité de la succursale (s'il y a lieu)	
Nom de l'expert en sinistres		Prénom de l'expert en sinistres	
Numéro de téléphone de l'expert en sinistres		Poste	Numéro de télécopieur de l'expert en sinistres
Nom du détenteur de la police, identique au : ☐ Demandeur OU	Nom du détenteur de la police		Prénom du détenteur de la police

Section 3

Signature du professionnel de la santé réglementé

Nom du professionnel de la santé réglementé (en lettres moulées)		Numéro d'inscription de l'Ordre		Votre profession ☐ Chiropraticien ou chiropraticienne ☐ Dentiste ☐ Massothérapeute ☐ Infirmier ou infirmière ☐ Ergothérapeute ☐ Optométriste ☐ Médecin ☐ Physiothérapeute ☐ Psychologue ☐ Orthophoniste ☐ Autre _____
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Numéro de FAAS (s'il y a lieu)		
Adresse				
Ville	Province	Code postal		
Numéro de téléphone		Poste	Numéro de télécopieur	
Adresse de courrier électronique				
☐ Je déclare que le présent formulaire ne me place dans une aucune situation de conflit d'intérêts et, après avoir effectué des vérifications raisonnables, je déclare qu'il n'y a aucun conflit d'intérêts occasionné par le présent formulaire à l'égard de toute personne ayant recommandé le demandeur à un particulier qui fournira les produits ou services envisagés sur le présent formulaire, ou ☐ Je déclare que le présent formulaire occasionne les conflits d'intérêts suivants :				
J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements contenus dans le présent formulaire sont exacts et que les services envisagés pour l'évaluation ou l'examen du demandeur sont raisonnables. En outre, je confirme avoir obtenu le consentement approprié de la part du demandeur pour la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements soumis.				
Nom du professionnel de la santé réglementé (en lettres moulées)		Signature du professionnel de la santé réglementé		Date (AAAA-MM-JJ)

Section 4 Nature de l'évaluation ou de l'examen

Le paiement de toutes les évaluations et de tous les examens doit être approuvé par l'assureur ou, en cas de litige, par un CED, sauf en ce qui a trait aux évaluations et examens payables sans l'autorisation de l'assureur, conformément aux lignes directrices d'un CAPA. En outre, une autorisation préalable pour le paiement d'une évaluation ou d'un examen n'est pas requise dans les situations décrites ci-après. Veuillez cocher la case appropriée du tableau ci-après pour indiquer la situation visée par la présente demande.

UNE AUTORISATION PRÉALABLE N'EST PAS REQUISE POUR DES ÉVALUATIONS OU DES EXAMENS EN VUE D'UN PROGRAMME DE TRAITEMENT DANS LES CIRCONSTANCES SUIVANTES :

- ☐ une évaluation ou un examen lorsqu'il existe un risque ou un danger immédiat pour la personne assurée ou une personne sous les soins de la personne assurée et que l'autorisation préalable de l'assureur pour l'évaluation ou l'examen dans un tel cas n'est pas réaliste;
- ☐ pas plus de trois évaluations ou examens si :
 - la personne assurée n'as pas reçu de traitement en vertu des *lignes directrices d'un cadre d'action pré-approuvé*;
 - le coût de chaque évaluation ou examen ne dépasse pas 180 \$;
 - pas plus d'une évaluation ou d'un examen n'est effectué par la même personne;
- ☐ pas plus d'une évaluation ou d'un examen si :
 - la personne assurée a reçu un traitement en vertu des *lignes directrices d'un cadre d'action pré-approuvé*;
 - le coût de l'évaluation ou de l'examen ne dépasse pas 180 \$;
 - la personne effectuant l'évaluation ou l'examen n'a pas fourni des produits ou des services en vertu des *lignes directrices d'un cadre d'action pré-approuvé* à l'égard du même accident;
- ☐ une évaluation ou un examen effectué après que l'assureur ait avisé la personne assurée que, avant que l'examen soit effectué, la présentation d'un programme de traitement ou d'une demande en vertu de l'article 38.2 de l'AIAL n'est pas requise;
- ☐ une évaluation ou un examen effectué en vertu des dispositions des *lignes directrices d'un cadre d'action pré-approuvé* qui autorisent l'évaluation ou l'examen sans l'autorisation préalable de l'assureur.

UNE AUTORISATION PRÉALABLE EST REQUISE POUR DES ÉVALUATIONS OU DES EXAMENS EN VUE D'UN PROGRAMME DE TRAITEMENT POUR :

- ☐ toute autre évaluation ou tout autre examen en vue d'effectuer des programmes de traitement qui ne sont pas décrits ci-dessus.

ÉVALUATIONS OU EXAMENS POUR REMPLIR DES CERTIFICATS D'INVALIDITÉ :

- ☐ Une autorisation préalable n'est pas requise pour une évaluation ou un examen en vue de remplir un certificat d'invalidité si le coût de l'évaluation pour le certificat ne dépasse pas 180 \$.
- ☐ Une autorisation préalable est requise pour des évaluations en vue de remplir des certificats d'invalidité lorsque le coût des évaluations dépasse 180 \$.
- ☐ Une évaluation ou un examen effectué en vertu des dispositions des *lignes directrices d'un cadre d'action pré-approuvé* qui autorisent l'évaluation ou l'examen sans l'autorisation préalable de l'assureur.

ÉVALUATIONS OU EXAMENS POUR PRÉPARER LE FORMULAIRE 1 :

- ☐ Une autorisation préalable n'est pas requise pour une évaluation ou un examen en vue de préparer un Formulaire 1, mais est requise pour une évaluation ou un examen à l'égard d'une déficience visée par les *lignes directrices d'un cadre pré-approuvé* à moins que les *lignes directrices d'un cadre pré-approuvé* ne stipulent que l'autorisation préalable de l'assureur n'est pas requise pour l'évaluation ou l'examen.
- ☐ Une évaluation ou un examen effectué en vertu des *lignes directrices d'un cadre pré-approuvé* autorisant l'évaluation ou l'examen sans l'autorisation préalable de l'assureur.

ÉVALUATIONS OU EXAMENS POUR DÉTERMINER UNE DÉFICIENCE INVALIDANTE :

- ☐ Une autorisation préalable n'est pas requise pour une évaluation ou un examen pour la détermination d'une déficience invalidante si la personne assurée est hospitalisée ou dans un établissement pour soins de longue durée au moment de l'évaluation ou de l'examen.
- ☐ Une autorisation préalable est requise pour une évaluation ou un examen pour la détermination d'une déficience invalidante si la personne assurée n'est pas hospitalisée ou dans un établissement pour soins de longue durée au moment de l'évaluation ou de l'examen.
- ☐ Une évaluation ou un examen effectué en vertu des dispositions des *lignes directrices d'un cadre d'action pré-approuvé* qui autorisent l'évaluation ou l'examen sans l'autorisation préalable de l'assureur.

TOUTE AUTRE ÉVALUATION OU TOUT AUTRE EXAMEN NÉCESSITANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE :

- ☐ Toute autre évaluation qui n'a pas été décrite ci-dessus nécessitera une autorisation préalable.

Section 5
Renseignements
cliniques
provisoires

a) Renseignements cliniques :

i) Veuillez fournir une brève description des plaintes actuelles.

ii) Avez-vous déjà fourni des soins au demandeur?

☐ Non ☐ Oui

b) Renseignements sur l'évaluation :

i) Veuillez donner les détails de l'évaluation requise et les motifs la justifiant.

- Si vous avez déjà fourni un traitement à ce demandeur, veuillez donner les indicateurs cliniques venant appuyer le caractère raisonnable de l'évaluation proposée.
- Pour des évaluations multidisciplinaires, veuillez indiquer les détails et les motifs venant justifier chaque composante de l'évaluation.

iii) Après avoir fait des recherches raisonnables, avez-vous pris connaissance d'une évaluation antérieure semblable à celle-ci effectuée pour ce demandeur?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, indiquez la date, s'il y a lieu (AAAAMMJJ). ____/____/____

Nom du demandeur :		OCF-22 – Télécopie à retourner	N° de police :	
Nom du fournisseur :			N° de demande :	
Télécopieur du fournisseur :			Date de l'accident :	

Section 6 Fournisseurs de soins de santé	éférence d ournisseu	†Catégorie de prestation	Fournisseur		Réglementé (N° d'inscription de l'Ordre)	Non réglementé (numéro de FFAS, s'il y a lieu, ou laisser en blanc)	Tarif horaire (s'il y a lieu)
			Nom	Prénom			
	A						
	B						
	C						
	D						
	E						
F							

Section 7 Produits et services proposés								
Ce programme d'évaluation devrait comprendre tous les produits et services (P/S) prévus par le professionnel de la santé ou l'établissement de santé.								
Réf. P/S	Description	†Code	†Attribut	Réf. fournis.	Estimation			
					Quantité	†Mesure	Coût total	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
Note † : Pour connaître les lignes directrices relatives au codage, consultez le Guide de l'utilisateur disponible à l'adresse www.autoinsurancereforms.on.ca . Les codes d'attribution sont nécessaires pour qualifier ultérieurement les codes de services. On les retrouve également dans le Guide de l'utilisateur. Note -† : Le remboursement de ces frais par l'assureur est assujéti à la disponibilité d'indemnités accessoires.					Total partiel :			
					†MS :			
					† Autre assureur 1 + 2 :			
					TPS (s'il y a lieu) :			
					TVP (s'il y a lieu) :			
					Total de l'assureur automobile :			

Section 8 Signature du demandeur (facultative) Si cette section n'est pas remplie, le professionnel de la santé identifié dans la section 3 est tenu d'obtenir le consentement du demandeur	J'ai révisé les renseignements contenus dans le présent formulaire et je confirme qu'ils sont exacts. Je comprends que le paiement de ces services peut faire l'objet de l'autorisation de l'assureur ou, s'ils sont contestés par l'assureur, d'un centre d'évaluation désigné. Dans le cas où mon assureur conteste la demande, j'autorise la compagnie d'assurance et les professionnels de la santé qui me soignent à fournir, au centre d'évaluation désigné, tout renseignement se rapportant à mon état de santé, au traitement ou aux soins de réadaptation reçus en raison de l'accident automobile, afin de déterminer mon admissibilité aux indemnités. J'autorise le centre d'évaluation désigné à consulter le professionnel de la santé qui me soigne, s'il y a lieu.			
	J'autorise également le centre d'évaluation désigné à fournir, à ma compagnie d'assurance et aux professionnels de la santé qui me soignent, une copie de son rapport.			
	Sous réserve des dispositions de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales et dans les circonstances qui requièrent une autorisation préalable, je reconnais que si j'entreprends un traitement prévu dans le présent programme avant son approbation par l'assureur ou le centre d'évaluation désigné, je peux être tenu de payer moi-même le service rendu par le fournisseur.			
Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)		Signature du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)		Date (AAAAMMJJ)

Section 9 Signature de l'assureur	☐ Je renonce à l'obligation de faire signer un formulaire OCF-18, Plan de traitement, par le demandeur. J'ai révisé le présent programme de traitement et, en m'appuyant sur les renseignements obtenus :			
	☐ J'approuve le plan de traitement. ☐ J'approuve en partie le plan de traitement. ☐ Je n'approuve pas le plan de traitement.			
	(raisons jointes en annexe) ☐ (raisons jointes en annexe)			
L'Annexe sur les indemnités d'accident légales stipule que, sous réserve des dispositions portant sur les conflits d'intérêts, l'assureur doit, au plus tard dans les 2 jours ouvrables de la réception du formulaire rempli pour des évaluations de 180 \$ ou moins, et au plus tard dans les 5 jours ouvrables pour les évaluations proposées au-dessus de 180 \$:				
1. Aviser le professionnel de la santé et le demandeur de sa décision. 2. Si la demande est contestée, confier le litige à un centre d'évaluation désigné.				
La réponse de l'assureur est requise dans les délais établis par l'AIAL. Autrement, l'évaluation ou l'examen proposé sera considéré comme étant approuvé.				
Nom de l'expert en sinistres (en lettres moulées)		Signature de l'expert en sinistres (en lettres moulées)		Date (AAAAMMJJ)

Les honoraires requis pour remplir le présent formulaire ne constituent pas un service couvert par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Les honoraires doivent être facturés directement à l'assureur.

Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées (FDIO-23/198)

Utilisez cette formule pour les accidents survenus depuis le 1^{er} octobre 2003 inclusivement.

N° de demande :

N° de police :

Date de l'accident :
(AAAAMMJJ)

À l'attention du demandeur :

Veuillez remplir les Parties 1 et 2. Par la suite, une fois que votre praticien ou professionnel de la santé aura examiné le Programme de traitement avec vous, veuillez signer la Partie 8.

Votre praticien de la santé remplira toutes les autres Parties du formulaire. **Un praticien de la santé (chiropraticien(ne), dentiste, infirmier(ère) praticien(ne), ergothérapeute, optométriste, médecin, physiothérapeute, psychologue, orthophoniste) doit signer la Partie 5.**

Veuillez fournir tous les renseignements demandés.

Au professionnel de la santé chargé du dossier :

Utilisez la présente formule pour les accidents survenus depuis le 1^{er} octobre inclusivement pour des biens et services fournis conformément aux Lignes directrices pré-autorisées.

Consentement : Il incombe au professionnel de la santé chargé du dossier de s'assurer que la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements soumis sont autorisées par le biais d'une formule de consentement. Les professionnels ou établissements de santé devront utiliser la formule de demande d'indemnités de l'Ontario n°5 (FDIO-5) intitulée *Autorisation de divulguer des renseignements médicaux* à titre de formulaire de consentement, bien qu'il soit possible que des divulgations et des consentements supplémentaires puissent être requis selon la façon dont les renseignements sont utilisés et divulgués.

La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont assujetties aux lois en vigueur sur la protection de la vie privée.

Partie 1 Identification du demandeur

À remplir par le
demandeur

Date de naissance (AAAAMMJJ)	Sexe ☐ Homme ☐ Femme	Téléphone
Nom		
Prénom		Second prénom
Adresse		
Ville	Province	Code postal

Partie 2 Identification de l'assureur

À remplir par le
demandeur

Nom de l'assureur		Localité de la succursale (s'il y a lieu)	
Nom de l'expert en sinistres		Prénom de l'expert en sinistres	
Téléphone		Télécopieur de l'expert en sinistres	
Poste			
Nom du titulaire de la police identique au : ☐ Demandeur OU	Nom du titulaire de la police	Prénom du titulaire de la police	N° de la police

Partie 3 Autre assurance

À remplir par le
professionnel de la
santé responsable
de la préparation et
de la supervision
du dossier du
demandeur

AUTRE ASSURANCE :		Y a-t-il d'autres assurances couvrant des biens ou des services énumérés dans cette Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées? J'ai effectué des vérifications raisonnables sur le demandeur et j'ai déterminé que :	
☐ NON <i>Le demandeur ne possède pas d'autres assurances couvrant ces biens et services</i>		☐ OUI <i>Le demandeur possède d'autres assurances qui pourraient couvrir, en tout ou en partie, ces biens et ces services.</i>	
MS	Est-ce que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MS) couvre l'un ou l'autre des biens et services compris cette Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées? ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet		
Autre assureur 1	Nom de l'autre assureur		N° de police ou de régime de l'autre assureur
	Nom de l'adhérent		Code d'identification de l'autre assureur
Autre assureur 2	Nom de l'autre assureur		N° de police ou de régime de l'autre assureur
	Nom de l'adhérent		Code d'identification de l'autre assureur

Partie 4 Définition d'un conflit d'intérêts

Une Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées de traitement place une personne dans une situation de conflit d'intérêts si les conditions suivantes sont réunies :

- la personne ou un membre de la famille de la personne peut recevoir, directement ou indirectement, un avantage financier à la suite de la prestation, par un membre de la famille de la personne ou par une autre personne, de biens ou de services prévus dans la Confirmation du traitement; et
- la personne qui peut recevoir l'avantage financier n'est pas employée par la personne qui fournira les biens ou les services et n'a pas conclu avec celle-ci de contrat prévoyant la fourniture de tels biens ou services.

Partie 5 Signature du professionnel de la santé chargé du dossier Certification du programme	Nom du professionnel de la santé chargé du dossier (en lettres moulées)		N° d'inscription de l'Ordre		Votre profession : ☐ Chiropraticien(ne) ☐ Dentiste ☐ Massothérapeute ☐ Infirmier(ère) praticien(ne) ☐ Ergothérapeute ☐ Optométriste ☐ Médecin ☐ Physiothérapeute ☐ Psychologue ☐ Orthophoniste ☐ Autre _____
	Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code de la FAAS (s'il y a lieu)		
	Adresse				
	Ville	Province	Code postal		
	Numéro de téléphone		Poste	Télécopieur	
	Courriel				
	☐ Je ne suis pas le premier professionnel de la santé chargé du dossier Déclaration à l'égard du conflit d'intérêt ☐ Je déclare que cette <i>Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées de traitement</i> ne me place devant aucun conflit d'intérêts et, qu'après avoir effectué des vérifications raisonnables, je déclare qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt relativement à la <i>Confirmation du traitement de la part de</i> toute personne ayant recommandé le demandeur à un particulier qui fournira les biens et services envisagés dans la <i>Confirmation du traitement</i> ; ou ☐ Je déclare que cette <i>Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées de traitement</i> occasionne les conflits d'intérêts suivants :				
J'atteste que les biens et services envisagés sont raisonnables et nécessaires au traitement et à la réadaptation du demandeur pour les blessures identifiées à la Partie 6 et que le traitement proposé est conforme aux Lignes directrices pré-autorisées. J'ai examiné le traitement proposé avec le demandeur. 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 professionnel de la santé chargé du dossier (en lettres moulées) :		Signature du professionnel de la santé chargé du dossier		Date (AAAA-MM-JJ)	

Au professionnel de la santé :

Veuillez fournir les renseignements suivants en vous fondant sur votre examen le plus récent du demandeur susmentionné et retourner la formule à l'assureur indiqué à la Partie 2. **Veuillez écrire lisiblement.**

Partie 6 Blessures et séquelles	Fournissez une description (commencer par les points les plus importants) des blessures et séquelles qui résultent directement de l'accident d'automobile, avec les codes ICD-10-CA correspondants.	
	Description de la blessure	Code de la blessure
	Note : Consultez le manuel de l'utilisateur à l'adresse www.autoinsurancereforms.on.ca pour tout renseignement concernant la classification ICD-10-CA.	

Partie 7 Conditions préalables et actuelles	a) Avant l'accident, le demandeur souffrait-il d'une maladie, d'un problème de santé ou d'une lésion qui pourrait avoir une incidence sur sa réaction au traitement administré pour soigner les blessures décrites à la partie 6? ☐ Non ☐ Inconnu ☐ Oui (précisez)
	b) Si oui, le demandeur a-t-il passé des examens ou reçu des traitements pour cette maladie, ce problème de santé ou cette lésion au cours de la dernière année? ☐ Non ☐ Inconnu ☐ Oui (précisez en identifiant le fournisseur, si celui-ci est connu)

Partie 8 Obstacle au rétablissement	a) Avez-vous identifié des obstacles au rétablissement qui peuvent nuire au succès du traitement de ce demandeur ? (Pour vous aider à identifier les obstacles au rétablissement, veuillez consulter le manuel de l'utilisateur à l'adresse www.autoinsurancereforms.on.ca .) ☐ Non ☐ Oui (précisez)

Nom du demandeur :		FDIO-23/198 - À RETOURNER PAR TÉLÉCOPIEUR	N° de police :	
Nom du fournisseur :			N° de la demande :	
Télécopieur du fournisseur :			Date de l'accident :	

Partie 9 Services pré-autorisés en vertu des Lignes directrices pré-autorisées			
Catégorie	Description	Frais maximums	Frais estimés
Lignes directrices pré-autorisées (spécifiez la directive concernée)			
Biens et services supplémentaires			
Autres services pré-autorisés (y compris la radiologie)			
Partie 9 – Total partiel			

Partie 10 Autres fournisseurs des soins de santé (seulement si les services de la Partie 11 sont dispensés par d'autres fournisseurs)	Référence du fournisseur	Catégorie de fournisseur	Fournisseur		Réglementé (N° d'inscription de l'Ordre)	Non réglementé (code d'identification de la FAAS, s'il y a lieu)	Tarif horaire (s'il y a lieu)
			Nom	Prénom			
	A						
	B						
	C						
	D						

Partie 11 Autres biens et services compris dans les Lignes directrices pré-autorisées nécessitant l'autorisation de l'assureur						
Description	=Code	=Attribut	Réf. fournisseur	Estimation		
				Quantité	=Mesure	Coût
Note ⁼ : Pour connaître les lignes directrices relatives à la classification, consultez le manuel de l'utilisateur à l'adresse www.autoinsurancereforms.on.ca . Les codes d'attribut sont nécessaires pour donner des précisions additionnelles sur les codes de services. On les retrouve également dans le manuel de l'utilisateur.			Partie 11 – Total partiel :			
			Total :			
Note ^F : Le remboursement de ces frais par l'assureur automobile est assujéti à la disponibilité d'indemnités accessoires.						
Expliquez brièvement la raison pour laquelle les biens et les services de la Partie 11 sont proposés et l'objectif du traitement :						

Partie 12 Signature du demandeur Doit être remplie à moins que l'assureur n'y renonce	J'ai examiné cette formule. J'ai été avisé du traitement proposé et je l'accepte. J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements que j'ai fournis sont exacts. Le paiement de ce traitement est pré-autorisé et/ou est sujet à l'approbation de l'assureur. Pour les services nécessitant l'approbation de l'assureur, je comprends que si j'entreprends ces services avant leur approbation par l'assureur ou par un Centre d'évaluation désigné, je pourrai être responsable, envers mon fournisseur, de tout bien ou service fourni. Tous les services peuvent faire l'objet de questions relatives à la couverture ou d'exclusions. Je consens à la communication de renseignements personnels entre mon professionnel de la santé chargé du dossier et mon assureur. Si cette formule FDIO-23/198 n'est pas remplie par le premier professionnel de la santé chargé du dossier, je consens à ce que l'assureur communique avec mon premier professionnel de la santé chargé du dossier dans le but de déterminer le montant utilisé des biens et services visés par les Lignes directrices pré-autorisées. Si mon assureur conteste la demande, j'autorise mon assureur et les professionnels de la santé qui me soignent à communiquer au Centre d'évaluation désigné tout renseignement relatif à mon état de santé, à mon traitement et aux soins de réadaptation reçus en raison de l'accident automobile, afin de déterminer mon admissibilité aux indemnités. J'autorise le Centre d'évaluation désigné à consulter les professionnels de la santé qui me soignent, s'il y a lieu. J'autorise également le Centre d'évaluation désigné à donner à mon assureur et aux professionnels de la santé qui me soignent une copie de son rapport. 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 (en lettres moulées) :	Signature du demandeur	Date (AAAA-MM-JJ)

Partie 13 Signature de l'assureur	☐ Je renonce à l'obligation de faire signer le demandeur		
	☐ J'ai examiné la présente formule de <i>Confirmation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées de traitement</i> et, en m'appuyant sur les renseignements obtenus, je confirme que la police indiquée à la Partie 2 était en vigueur au moment de l'accident.		
	Si d'autres biens et services nécessitant l'autorisation de l'assureur ont été proposés à la Partie 11, ☐ Je les approuve ☐ Je les approuve en partie (raisons jointes en annexe) ☐ Je ne les approuve pas (raisons jointes en annexe)		
	Nom de l'expert en sinistres (en lettres moulées)	Signature de l'expert en sinistres (en lettres moulées)	Date (AAAA-MM-JJ)
À l'assureur Veuillez fournir une copie de la présente page au demandeur et au Professionnel de la santé chargé du dossier, tel qu'indiqué à la Partie 5.			

Rapport de statut et de congé aux fins des Lignes directrices pré-autorisées (FDIO-24/198)

Utilisez cette formule pour les accidents survenus depuis le 1^{er} octobre 2003 inclusivement.

N° de la demande :

N° de police :

Date de l'accident :
(AAAAMMJJ)

Au professionnel/établissement des soins de santé :

Consentement : Il est de la responsabilité du professionnel de la santé de s'assurer que la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements fournis sont autorisées par une formule de consentement. Les professionnels/établissements des soins de santé devront utiliser la formule de demande d'indemnités de l'Ontario n° 5 (FDIO-5) intitulée *Autorisation de divulguer des renseignements médicaux* à titre de formulaire de consentement, bien qu'il soit possible que des divulgations et des consentements supplémentaires puissent être requis selon la façon dont les renseignements sont utilisés et divulgués.

Utilisez cette formule conformément aux Lignes directrices pré-autorisées.

Partie 1 Identification du demandeur

Date de naissance (AAAAMMJJ)	Sexe ☐ Homme ☐ Femme	Téléphone
Nom		
Prénom		Second prénom
Adresse		
Ville	Province	Code postal

Partie 2 Identification de l'assureur

Nom de l'assureur		Localité de la succursale (s'il y a lieu))	
Nom de l'expert en sinistres		Prénom de l'expert en sinistres	
Téléphone de l'expert en sinistres		Poste	Télécopieur de l'expert en sinistres
Nom du titulaire de la police Même que demandeur ☐	Nom du titulaire de la police	Prénom du titulaire de la police	N° de police

Partie 3 Statut du patient

- ☐ Déficience guérie et congé
☐ Déficience en voie d'amélioration
☐ Déficience non guérie
☐ Congé en raison de la non-coopération du patient avec les Lignes directrices pré-autorisées
☐ Congé en raison du non-consentement du patient à des traitement

Partie 4 Recommanda tion du fournisseur et demande de prolongation du traitement

- ☐ Prolongation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées (voir la Partie 5) ou
☐ Traitement prolongé ou autre traitement proposé selon un Programme de traitement (FDIO-18), et/ou
☐ Patient référé à un autre professionnel de la santé réglementé
☐ Demande de prolongation du traitement selon les Lignes directrices pré-autorisées :
☐ Nombre de séances de traitement : _____ Coût total : _____ , _____ \$

Partie 5 Signature du professionnel de la santé chargé du dossier

Nom du professionnel de la santé chargé du dossier		N° d'inscription de l'Ordre		Votre profession ☐ Chiropraticien(ne) ☐ Dentiste ☐ Massothérapeute ☐ Infirmier(ère) ☐ Ergothérapeute ☐ Optométriste ☐ Médecin ☐ Physiothérapeute ☐ Psychologue ☐ Orthophoniste ☐ Autre _____
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code de l'établissement selon la FAAS (s'il y a lieu)		
Adresse				
Ville	Province	Code postal		
Numéro de téléphone		Poste	Télécopieur	
Courriel				
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 professionnel de la santé chargé du dossier en vertu des Lignes directrices pré-autorisées (en lettres moulées)		Nom du professionnel de la santé chargé du dossier en vertu des Lignes directrices pré-autorisées		Date (AAAAMMJJ)

Partie 6 Approbation

À l'assureur : Prière de remplir ce qui suit et de retourner cette page au professionnel de la santé.		
☐ Prolongation approuvée	☐ Prolongation partiellement approuvée (explication à suivre ou jointe)	☐ Prolongation non approuvée (explication à suivre ou jointe)
Nom de l'expert en sinistres (en lettres moulées)	Signature de l'expert en sinistres	Date (AAAAMMJJ)

Partie 7
Statut
fonctionnel

Statut fonctionnel

- a) S'il était employé au moment de l'accident, est-ce que le demandeur a repris son travail habituel ? ☐ Non employé ☐ Oui ☐ Non
- b) Le demandeur a-t-il repris ses activités extra-professionnelles ? ☐ Oui ☐ Non
- c) Le demandeur est-il revenu à son niveau fonctionnel général d'avant l'accident? ☐ Oui ☐ Non
- d) Le demandeur est-il retourné à ses activités de soins? ☐ Oui ☐ Non

Remplir le reste de la formule uniquement si la réponse à l'une ou l'autre des questions de la Partie 7 est « non ».

Partie 8
Facteurs
reliés au
statut du
demandeur
(Requis si l'une
ou l'autre des
réponses de la
Partie 7 est
« non »)

Statut d'emploi

Si le demandeur était employé au moment de l'accident, répondre aux questions suivantes.

- a) Si le demandeur s'est absenté de son travail, est-il retourné : ☐ À ses tâches régulières ☐ À des tâches/horaires modifiés
Dans le cas de tâches et d'horaires modifiés, veuillez fournir une description :

- b) S'il n'est pas retourné au travail, s'est-on renseigné auprès de l'employeur sur les antécédents en matière de travail et sur les possibilités de modifier les tâches et les horaires? ☐ Oui ☐ Non

Si non, expliquez pourquoi :

Facteurs de complication physiques

- a) Y a-t-il des facteurs de complication physiques pouvant prédisposer le demandeur à une récupération lente? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez :

- b) Le demandeur a-t-il été référé à un professionnel de la santé en raison des facteurs physiques identifiés? ☐ Oui ☐ Non

i) Date de la référence : _____/_____/_____

ii) Type de professionnel de la santé : _____

- c) L'état du demandeur s'améliore-t-il lentement? ☐ Oui ☐ Non
- d) Le demandeur bénéficiera-t-il du maintien des traitements spécifiques en cours? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quels sont les avantages escomptés?

Non-participation du demandeur

- a) Le demandeur était-il capable d'entreprendre des thérapies actives et était-il disposé à le faire? ☐ Oui ☐ Non

Si non, expliquez pourquoi :

- b) Le demandeur a-t-il manqué, sans fournir d'explication raisonnable, plus de journées consécutives de traitement et/ou de journées sur l'ensemble du traitement que le nombre permis par les Lignes directrices pré-autorisées? ☐ Oui ☐ Non

- c) Existe-t-il une preuve de non-participation sans explication raisonnable aux exercices à la maison? ☐ Oui ☐ Non

- d) Existe-t-il une autre preuve de non-participation au traitement? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Obstacles au rétablissement (veuillez consulter le manuel de l'utilisateur pour remplir cette partie)

- a) Quels obstacles au rétablissement a-t-on identifiés?

- b) Quand ont-ils été identifiés (AAAAMMJJ)? _____/_____/_____

- c) Avez-vous tenté de surmonter les obstacles au rétablissement au cours du traitement? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quels ont été les résultats?

- d) Le demandeur montre-t-il des signes de troubles émotionnels exigeant un examen plus poussé pour déterminer s'ils sont consécutifs à l'accident et s'ils nécessitent des soins? ☐ Oui ☐ Non

- e) Le demandeur a-t-il été référé à un professionnel de la santé en raison des facteurs identifiés ? ☐ Oui ☐ Non

i) Date de la recommandation (AAAAMMJJ) : _____/_____/_____

ii) Type de professionnel de la santé : _____

☐ Pages additionnelles jointes en annexe

AVIS DE DIVULGATION RELATIF À UN RÈGLEMENT

Règlement définitif d'une demande d'indemnités d'accident légales Projet de Loi 59 (Pour les accidents survenus depuis le 1^{er} novembre 1996)

AVIS ET MISE EN GARDE

Votre assureur est tenu de vous remettre le présent AVIS DE DIVULGATION RELATIF À UN RÈGLEMENT si vous avez tous les deux consentis à un règlement au comptant qui mettra fin de façon permanente à vos droits à une indemnité d'accident ou plus. Cet AVIS DE DIVULGATION RELATIF À UN RÈGLEMENT doit être rempli et signé par votre assureur. Probablement que votre assureur vous demandera également de signer une quittance de règlement.

- **SAUF QUELQUES EXCEPTIONS, VOUS NE POUVEZ AVOIR UN RÈGLEMENT AU COMPANT AU COURS DE L'ANNÉE SUIVANT LA DATE DE L'ACCIDENT.¹**
- **VOUS DEVRIEZ DEMANDER DES CONSEILS JURIDIQUES, FINANCIERS ET MÉDICAUX AVANT DE SIGNER UNE QUITTANCE DE RÈGLEMENT.**
- **SI VOUS SIGNEZ CET AVIS DE DIVULGATION RELATIF À UN RÈGLEMENT ET UNE QUITTANCE DE RÈGLEMENT, VOUS RENONCEREZ À DES DROITS PRÉSENTS ET FUTURS MÊME S'IL Y A UN CHANGEMENT DE VOTRE ÉTAT.**
- **SI VOUS DÉCIDEZ DE NE PAS SIGNER, VOS INDEMNITÉS NE SERONT PAS TOUCHÉES OU RÉDUITES.**
- **SI VOUS SIGNEZ CET AVIS ET UNE QUITTANCE VOUS AUREZ 2 JOURS OUVRABLES POUR CHANGER D'AVIS.**
- **VOUS AVEZ LE DROIT DE DEMANDER TOUTE INFORMATION MÉDICALE RELATIVE À VOTRE DEMANDE COMPRISE DANS LE DOSSIER DE VOTRE ASSUREUR ET D'EN OBTENIR UNE COPIE AUX FRAIS DE L'ASSUREUR. SI VOUS VOULEZ VOIR CETTE INFORMATION, DEMANDEZ À VOTRE ASSUREUR DE VOUS EN REMETTRE UNE COPIE**

VEUILLEZ LIRE TOUT CE DOCUMENT SOIGNEUSEMENT

¹ Vous pouvez accepter un règlement au comptant au cours de l'année suivant la date de l'accident si, au cours de la même période, vous avez initié un procès et commencé une communication préalable; ou alors vous avez confié le litige à un arbitre de la Commission des services financiers de l'Ontario et terminé une conférence préalable; ou alors vous et votre assureur avez consenti à un arbitrage privé et avez accepté un compromis.

OFFRE DE L'ASSUREUR DE VERSER DES PRESTATIONS

OFFRE DE VERSER DES PRESTATIONS DE REMPLACEMENT DU REVENU

On vous a offert _____ \$ pour toutes les prestations de remplacement du revenu passées et futures

OFFRE DE VERSER DES PRESTATIONS DE PERSONNE SANS REVENU

On vous a offert _____ \$ pour toutes les prestations passées et futures de personne sans revenu

OFFRE DE VERSER DES PRESTATIONS DE SOIGNANT

On vous a offert _____ \$ pour toutes les prestations de soignant passées et futures

OFFRE DE VERSER DES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ

On vous a offert _____ \$ pour toutes les prestations de soins de santé passées et futures

OFFRE DE VERSER DES PRESTATIONS DE RÉADAPTATION

On vous a offert _____ \$ pour toutes les prestations de réadaptation passées et futures

OFFRE DE VERSER DES PRESTATIONS DE SOINS AUXILIAIRES

On vous a offert _____ \$ pour toutes les prestations de soins auxiliaires passées et futures

OFFRE DE VERSER DES PRESTATIONS DE DÉCÈS ET DE FRAIS FUNÉRAIRES

On vous a offert _____ \$ pour toutes les prestations de décès et de frais funéraires passées et futures

OFFRE DE VERSER DES PRESTATIONS POUR LE PAIEMENT D'AUTRES DÉPENSES (préciser) _____

On vous a offert _____ \$ pour toutes les prestations pour autres dépenses passées et futures

OFFRE DE VERSER TOUT AUTRE ARTICLE (préciser) _____

On vous a offert _____ \$ pour tout autre article

OFFRE TOTALE _____ \$

Veillez fournir tout détail supplémentaire ::

QU'ARRIVE-T-IL LORSQUE VOUS ACCEPTEZ UN RÈGLEMENT ?

LA SIGNATURE DE CET AVIS ET DE LA QUITTANCE ENTRAÎNE CERTAINES CONSÉQUENCES À L'ÉGARD DU RÈGLEMENT

- Votre demande d'indemnités est réglée de façon définitive et permanente en contrepartie des prestations spécifiées. Vous renoncez de façon définitive au droit de faire valoir une telle demande d'indemnités, même si vos problèmes de santé s'aggravent.
- Vous renoncez de façon permanente au droit stipulé par la *Loi sur les assurances*, de contester, d'arbitrer, d'en appeler, de faire une demande de modification ou de procéder à un contrôle judiciaire par une cour à l'égard des prestations qui font l'objet du règlement.
- Les répercussions fiscales du règlement peuvent différer des répercussions fiscales relatives aux prestations décrites. En général, tout revenu d'investissement gagné sur le montant en espèces du règlement peut être soumis à l'impôt.

Exemple

Si vous avez droit à des prestations de revenu hebdomadaire et que vous acceptez un règlement de 20 000 \$, que vous investissez, tout revenu d'investissement que vous recevez sera probablement imposable. Si vous choisissez de recevoir des prestations de revenu hebdomadaire au lieu d'un règlement, vos prestations hebdomadaires ne seront probablement pas imposables.

ON VOUS ENCOURAGE À SOLLICITER DES CONSEILS JURIDIQUES, FINANCIERS OU MÉDICAUX AVANT D'ACCEPTER UN RÈGLEMENT. CELA EST D'AUTANT PLUS IMPORTANT SI VOUS SOUFFREZ D'UNE DÉFICIENCE INVALIDANTE*

*Qu'est-ce qu'une déficience invalidante ?

Par déficience invalidante, on entend les cas suivants : paraplégie ou quadriplégie, amputation ou tout autre invalidité causant une perte totale et permanente de l'utilisation des deux bras ou perte totale et permanente d'un bras et d'une jambe ou des deux jambes, perte totale de la vue, certaines blessures cérébrales, des troubles mentaux et comportementaux importants ou extrêmes et d'autres associations d'invalidité résultant en une invalidité globale de 55 % et plus. Une détermination doit être faite par des experts médicaux. Si vous croyez que vos déficiences peuvent être invalidantes, vous devriez communiquer avec vos conseillers juridiques et médicaux. **Si votre déficience est invalidante, le montant des prestations médicales, de réadaptation et de soins auxiliaires auquel vous avez droit change de façon importante (voir «Description des prestations »**

DESCRIPTION DES PRESTATIONS

LES DÉTAILS DES PRESTATIONS, VOS DROITS ET RESPONSABILITÉS SONT EXPLIQUÉS DANS L'ANNEXE SUR LES INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES DE LA LOI SUR LES ASSURANCES (ONTARIO)

Les prestations fournies en vertu de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales sont complexes et élaborées. Vous trouverez ci-après une brève description de ces prestations.

Prestations de remplacement du revenu

Ces prestations viennent remplacer une perte de revenu si vous êtes incapable d'effectuer les tâches essentielles de l'emploi que vous occupiez avant l'accident. Ces prestations représentent 80 % de votre revenu avant l'accident. Les prestations maximales sont de 400 \$ par semaine. Toutefois, si vous êtes couvert par la garantie de remplacement de revenu hebdomadaire facultative, les prestations maximales peuvent être de 600 \$, 800 \$ ou 1 000 \$ par semaine.

Prestations de personne sans revenu d'emploi

Ces prestations sont versées si vous êtes complètement incapable d'avoir une vie normale et si vous n'êtes pas admis aux prestations de remplacement du revenu ou aux prestations de personne soignante. Ces prestations sont de 185 \$ par semaine, mais elles peuvent être de 320 \$ si vous étiez étudiant ou récemment diplômé. Les prestations sont versées 26 semaines après la date où vous devenez complètement incapable d'avoir une vie normale.

Prestations de personne soignante

Ces prestations vous sont versées si vous ne pouvez continuer à être la principale personne soignante d'une personne habitant avec vous, tel un enfant de moins de 16 ans ou toute autre personne ayant besoin de soins. Les prestations sont versées pour des dépenses allant jusqu'à 250 \$ par semaine. Toutefois, si vous fournissez des soins à plus d'une personne la limite est accrue de 50 \$ pour chaque personne supplémentaire. Si vous êtes couvert par la garantie facultative pour personne soignante, les prestations règlent des dépenses jusqu'à 325 \$ par semaine et 75 \$ par semaine sont ajoutés pour chaque personne supplémentaire.

Prestations pour soins de santé

Prestations versées pour des frais médicaux engagés à la suite de vos blessures. Ce sont des dépenses qui ne sont pas couvertes par un autre régime d'assurance-maladie, tel que l'Assurance-santé de l'Ontario ou tout autre régime d'assurance-maladie de l'employeur.

Prestations de réadaptation

Ces prestations viennent régler les frais de réadaptation engagés à la suite de vos blessures. Ce sont des dépenses qui ne sont couvertes par aucun autre régime.

DESCRIPTION DES PRESTATIONS (suite)

Prestations pour soins auxiliaires

Ces prestations viennent régler les dépenses engagées pour les services d'un aide, d'un préposé ou les services fournis par un établissement de soins à long terme.

Prestations maximales pour soins de santé, de réadaptation et pour soins auxiliaires

Le montant maximal versé pour les dépenses médicales et de réadaptation réunies est de 100 000 \$ sur une limite de temps de 10 ans, et de 72 000 \$ pour les soins auxiliaires sur une limite de temps de deux ans. Si votre déficience est invalidante, le montant maximal est de 1 000 000 \$ pour les dépenses médicales et de réadaptation et de 1 000 000 \$ pour les dépenses de soins auxiliaires, sans limite de temps. Si vous êtes couvert par des garanties facultatives pour soins de santé, de réadaptation et pour soins auxiliaires, un montant supplémentaires de 1 000 000 \$ en plus des prestations de base sera offert.

Païement d'autres dépenses

Ces prestations viennent régler d'autres dépenses telles que les dépenses engagées pour les membres de la famille qui vous visitent pendant votre traitement ou votre convalescence. Cette garantie vient également couvrir les frais de ménage et d'entretien ménager, la réparation ou le remplacement d'articles perdus ou endommagés dans l'accident, tels que vêtements, verres pour la vue, dentiers, appareils auditifs, prothèses et dispositifs médicaux ou dentaires et les frais d'étude perdus. Cette garantie couvre également les coûts raisonnables pour les examens obtenus aux fins de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

Prestations de décès

Garantie versée aux membres de la famille d'une personne tuée dans un accident automobile. Une somme de 25 000 \$ est versée au conjoint survivant, 10 000 \$ à chaque personne à charge et un total de 10 000 \$ à une personne à l'égard de laquelle la personne décédée était une personne à charge. Les montants sont doublés si vous êtes couvert par des garanties facultatives.

Frais funéraires

Cette garantie verse une somme allant jusqu'à 6 000 \$ en règlement des frais funéraires. Le montant maximal est de 8 000 \$ si vous êtes couvert par des garanties facultatives.

Garanties facultatives

Les garanties facultatives viennent augmenter le montant des garanties de base. Elles doivent être souscrites avant un accident. Les garanties facultatives sont : garantie supplémentaire de remplacement du revenu, garantie supplémentaire pour personne soignante et personne à charge, garanties supplémentaires pour soins de santé, soins de réadaptation et soins auxiliaires, garanties supplémentaires de décès et pour frais funéraires et garantie d'indexation facultative. **Vous devriez consulter votre assureur et vos conseillers pour déterminer si vous êtes couvert par les garanties facultatives.**

DIVULGATION ET ATTESTATION DE L'ASSUREUR

L'assureur reconnaît avoir mis à la disposition de la personne assurée ou du représentant de la personne assurée tout rapport, dossier et information d'ordre médical conservés dans les dossiers de l'assureur et se rapportant à la personne assurée.

J'atteste que l'information contenue dans le présent Avis est complète et exacte

Représentant de l'assureur _____ N° de Téléphone _____

Nom de l'ombudsman de la compagnie d'assurance* _____

N° de Téléphone _____

* Si vous avez des plaintes au sujet de votre demande d'indemnités, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman qui examinera la question et tentera de la résoudre avec vous.

Date _____

ATTESTATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Je reconnais avoir reçu et lu l'Avis de divulgation relatif à un règlement ci-dessus qui m'a été fourni par mon assureur et j'ai déterminé si je devais ou non obtenir des conseils juridiques, financiers et médicaux.

Signature de la personne assurée

Date

SI VOUS CHANGEZ D'AVIS

SI VOUS CHANGEZ D'AVIS APRÈS AVOIR ACCEPTÉ DE RÉGLER VOTRE DEMANDE EN SIGNANT UNE QUITTANCE DE RÈGLEMENT, VOUS DEVEZ :

AVISER VOTRE ASSUREUR PAR ÉCRIT ET RETOURNER TOUS LES FONDS DE RÈGLEMENT QUE VOUS AVEZ REÇUS DANS LES 2 JOURS OUVRABLES APRÈS AVOIR SIGNÉ LA QUITTANCE.

SI VOUS AVEZ SIGNÉ LA QUITTANCE ET QUE VOUS AVEZ SIGNÉ UN AVIS DE DIVULGATION PAR LA SUITE, VOUS AVEZ 2 JOURS OUVRABLES À COMPTER DE LA DATE À LAQUELLE VOUS AVEZ SIGNÉ L'AVIS DE DIVULGATION POUR AVISER L'ASSUREUR ET RETOURNER TOUS LES FONDS DE RÈGLEMENT QUE VOUS AVEZ REÇUS.

Évaluation des besoins en soins auxiliaires (Form 1)

N° de police :

N° de demande :

Utilisez ce formulaire pour signaler les besoins futurs en soins auxiliaires requis par le demandeur en raison d'un accident automobile survenu depuis le 1^{er} octobre 2003. Ce formulaire doit être rempli par un membre d'une profession de la santé autorisé par la loi à traiter la déficience de la personne (dans ce formulaire désigné comme professionnel de la santé réglementé). Ce formulaire comporte cinq parties :

- Partie 1 : Soins auxiliaires de niveau 1
- Partie 2 : Soins auxiliaires de niveau 2
- Partie 3 : Soins auxiliaires de niveau
- Partie 4 : Calcul des coûts des soins auxiliaires
- Partie 5 : Signature de l'évaluateur/des évaluateurs

Veuillez remplir toutes les parties pertinentes. Vous devez remettre des copies aux personnes suivantes :

- n le demandeur
- n le praticien de santé du demandeur
- n la compagnie d'assurance du demandeur

Remarque : Les utilisateurs du Formulaire 1 devraient également revoir les autres indemnités d'accident offertes en vertu de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales pour le remboursement possible d'autres pertes et dépenses (ménage, entretien ménager, transport, modification du domicile et autres dépenses médicales et de réadaptation).

Nom du demandeur

Nom du demandeur	Date de naissance	
Adresse	Date de l'accident	
Ville	Province	Code postal
Nom du titulaire de police (si différent de nom ci-dessus)	N° de police	

Quelle est la date d'évaluation ?

Est-ce la première évaluation du demandeur ?

Oui ☐

Non ☐

Date de dernière évaluation

Indemnité mensuelle courante

Praticien de la santé du demandeur

Nom du praticien de la santé	Téléphone	
Établissement/institution		
Adresse		
Ville	Province	Code postal

Compagnie d'assurance

Nom	Téléphone	
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Nom du titulaire de police	N° de police	

Partie 1 : Soins auxiliaires de niveau 1

Les soins auxiliaires de niveau 1 sont des soins personnels habituels. Veuillez évaluer les besoins du demandeur en soins pour chacune des activités énumérées. Évaluez le temps qu'il faut pour effectuer chaque activité et le nombre de fois par semaine. Multipliez le nombre de minutes par le nombre de fois que chaque activité doit être effectuée par semaine pour obtenir le nombre total de minutes pour chaque activité.

		Nombre de minutes X	Nombre de fois sem. =	Total minutes sem.
Habiller	Haut du corps (p. ex., sous-vêtements, chemise/blouse, chandail, cravate, veste, gants bijoux)			
	Bas du corps (p. ex., sous-vêtements, sous-vêtements jetables, jupe/pantalon, chaussettes, collants, pantoufles, chaussures)			
	Total partiel			
Déshabiller	Haut du corps (p. ex., sous-vêtements, chemise/blouse, chandail, cravate, veste, gants bijoux)			
	Bas du corps (p. ex., sous-vêtements, sous-vêtements jetables, jupe/pantalon, chaussettes, collants, pantoufles, chaussures)			
	Total partiel			
Prothèses	applique prothèse des membres supérieurs/inférieurs et bonnet couvre-segment			
	change les dispositifs terminaux et ajuste les prothèses s'il y a lieu			
	s'assure que les prothèses sont adéquatement entretenues et en ordre de marche			
	Total partiel			
Orthèses	aide le demandeur à s'habiller et à fixer les orthèses prescrites (p. ex., pansement pour brûlures, appareils orthodontiques et de soutien, attelles, chaussettes élastiques)			
	Total partiel			
Toilette	Visage : laver, rincer, essuyer, matin et soir			
	Mains : laver, rincer, essuyer, matin et soir, avant et après les repas, et après l'élimination			
	Rasage : rase le demandeur à l'aide d'un rasoir électrique ou de sûreté			
	Cosmétiques : applique le maquillage suivant les besoins			
	Cheveux :			
	brosse/peigne suivant les besoins			
	applique le shampoing, sèche les cheveux au séchoir ou à la serviette			
	style et lisse les cheveux			
	Ongles des mains : nettoie et manucure suivant les besoins			
	Ongles des pieds: nettoie et coupe suivant les besoins			
Total partiel				

Partie 1 suite...

	Nombre de minutes	X	Nombre de fois sem. =	Total minutes sem.
Nourriture	prépare demandeur pour les repas (inclut transport à l'endroit approprié)			
	aide entièrement ou en partie à la préparation, au service et à l'administration des repas			
Total partiel				
Mobilité (aide au déplacement)	aide le demandeur à se placer en position assise (p. ex, fauteuil roulant, chaise, sofa)			
	supervise/assiste la marche			
	aide aux déplacements selon les besoins (p. ex, lit au fauteuil roulant, fauteuil roulant au lit)			
Total partiel				
Blanchissage supplémentaire	lave la literie et les vêtements du demandeur en raison d'incontinence/déversements			
	lave/nettoie les appareils orthodontiques demandant des soins particuliers			
Total partiel				
Partie 1 Total - Additionner les totaux partiels de la Partie 1. Total ici et à la partie 4 de la page 7.				

Partie 2 : Soins auxiliaires de niveau 2

Les soins auxiliaires de niveau 2 consistent en des fonctions de supervision de base. Veuillez évaluer les besoins du demandeur en soins pour chacune des activités énumérées. Évaluez le temps qu'il faut pour effectuer chaque activité et le nombre de fois par semaine. Multipliez le nombre de minutes par le nombre de fois que chaque activité doit être effectuée par semaine pour obtenir le nombre total de minutes pour chaque activité.

	Nombre de minutes	X	Nombre de fois sem. =	Nombre de minutes sem.
Hygiène	Salle de bains			
	nettoie baignoire/douche/lavabo/toilettes après l'utilisation par le demandeur			
	Chambre à coucher			
	change la literie du demandeur, fait le lit, nettoie la chambre à coucher, comprenant l'élévateur hoyer, les barres supérieures de lit, tables de chevet			
	assure le confort, la sécurité personnelle et de l'environnement			
	Soins des vêtements			
	aide à la préparation des pièces vestimentaires quotidiennes			
	accroche les vêtements et trie les vêtements qui doivent être lavés			
Total partiel				

Partie 2 suite...

Soins de supervision de base

	Nombre de minutes	Nombre de fois sem.	Total minutes = sem.
demandeur n'arrive pas à rattacher le tube élastique s'il se détache de la trachée			
demandeur a besoin d'aide pour se déplacer du fauteuil roulant, pour se retourner périodiquement pour les soins génitourinaires			
demandeur n'arrive pas à s'asseoir dans le fauteuil roulant ou à le quitter ou à être autonome en cas d'urgence			
le demandeur n'est pas en mesure de réagir à une urgence ou nécessite des soins de garde en raison de ses changements d'humeur			
Total partiel			

Coordination des soins auxiliaires

	Nombre de minutes	Nombre de fois sem.	Total minutes = sem.
demandeur a besoin d'aide pour la coordination/préparation des soins auxiliaires (maximum 1 heure par semaine)			
Total partiel			

Partie 2 - Additionner tous les totaux partiels de la Partie 2. Indiquer le total ici et à la page 4 et 7.

Partie 3

Soins auxiliaires de niveau 3

Les soins auxiliaires de niveau 3 consistent en des fonctions complexes de soins de santé et d'hygiène. Veuillez évaluer les besoins du demandeur en soins pour chacune des activités énumérées. Évaluez le temps nécessaire pour effectuer chaque activité et le nombre de fois par semaine. Multipliez le nombre de minutes par le nombre de fois que chaque activité doit être effectuée par semaine pour obtenir le nombre total de minutes pour chaque activité.

	Nombre de minutes X	Nombre de fois sem. =	Total minutes sem.
Appareil génito-urinaire	effectue des cathétérismes		
	positionne, vide et nettoie les systèmes de drainage		
	nettoie le demandeur et l'équipement après la procédure/incontinence		
	utilise des sous-vêtements jetables s'il y a lieu		
	aide aux besoins du cycle menstruel s'il y a lieu		
	fait le suivi des déchets		
Total partiel			
Soins liés à l'élimination intestinale	administre des lavements ou des suppositoires et effectue la stimulation ou la		
	fragmentation digitale des fécalomes		
	donne des soins de colostomie et/ou d'iléostomie		
	positionne, vide et nettoie les systèmes de drainage y compris les iléoconduits		
	utilise sous-vêtements jetables s'il y a lieu		
	nettoie le demandeur et l'équipement après la procédure/évacuation		
Total partiel			
Soins liés à une trachéostomie	change et nettoie les canules internes et externes s'il y a lieu		
	change le ruban s'il y a lieu		
	effectue la succion au besoin		
	nettoie et entretient l'équipement de succion		
Total partiel			
Soins du ventilateur	s'assure que le taux de volume et de pression sont maintenus selon les prescriptions		
	maintient l'humidification selon les besoins		
	change et nettoie les tubes et les filtres au besoin		
	nettoie le système d'humidification au besoin		
	ajuste les réglages selon les besoins du client (p. ex., rhume, congestion)		
	rattache les tubes s'ils se détachent		
Total partiel			
Exercice	aide le demandeur à réaliser le programme d'exercices/d'étirements prescrit		
	aide le demandeur à marcher à l'aide de béquilles, de cannes, d'appareils orthopédiques et/ou d'ambulateur		
Total partiel			

Part ie 3 suite...

Soins de la peau (bains exclus)

	Nombre de minutes	Nombre de fois X sem.	Total minutes = sem.
assiste aux soins de la peau - blessures, plaies, éruptions (amputations, brûlures graves, lésions de la moelle épinière, etc.)			
administre les médicaments et les pansements prescrits			
applique crème, lotions, pâtes, onguents, poudres prescrits ou requis			
vérifie les endroits du corps pour dépister des ulcères de décubitus, des lésions ou éruptions cutanées			
retournement périodique pour éviter les ulcères de décubitus et les lésions/cisaillements cutanés			
Total partiel			

Médicaments

Oral			
administre les médicaments prescrits			
fait le suivi de la prise et de l'effet des médicaments			
maintient et contrôle la provision de médicaments			
Injections			
administre les médicaments prescrits			
fait le suivi de la prise et de l'effet des médicaments			
maintient et contrôle la provision de médicaments			
Inhalothérapie/oxygénothérapie			
administre posologie prescrite selon les besoins			
maintient et contrôle les provisions d'inhalation			
nettoie et entretient l'équipement			
Total partiel			

Bain

Bain ou douche			
aide la demandeur à se coucher ou à se lever, à s'asseoir dans le fauteuil roulant à			
utiliser les élévateurs hoyer dans le bain ou la douche			
lave et essuie le demandeur			
applique des crèmes, des lotions, des pâtes, des onguents, des poudres tel que prescrit ou requis			
Bain au lit			
prépare l'équipement			
lave et essuie le demandeur			
applique des crèmes, des lotions, des pâtes, des onguents, des poudres tel que prescrit ou requis			
nettoie e entretient l'équipement de lit/de bain			
Hygiène orale			
brosse les dents et administre la soie dentaire			
nettoie la bouche au besoin			
nettoie les dentiers au besoin			
Total partiel			

Nombre de minutes X Nombre de fois sem. = Total minutes sem.

Autre traitement	Neurostimulation transcutanée (TENS)			
	prépare l'équipement			
	administre traitement comme prescrit ou requis			
	Stimulation de la colonne vertébrale			
	fait le suivi de l'épiderme			
	entretient l'équipement			
Total partiel				
Entretien de l'approvisionnement et de l'équipement	suit, commande et entretient l'approvisionnement/l'équipement requis			
	s'assure que les fauteuils roulants, les prothèses, les élévateurs hoyer, les sièges pour douche et autre matériel médical spécialisé et de soutien sont sécuritaires			
Total partiel				
Soins de supervision spécialisés	le demandeur nécessite des soins de supervision spécialisés pour des comportements violents qui peuvent résulter en blessures physiques pour lui-même ou son entourage			
Total partiel				

Partie 3 - Ajouter tous les totaux partiels de la Partie 3. Indiquer le total ici et ci-dessous

Partie 4 :
Calcul des
coûts des
services
auxilliaires

Cette partie doit être remplie par l'évaluateur. Calculer l'allocation pour les soins auxiliaires mensuels des parties 1, 2 et 3. La somme des trois parties sera l'indemnité totale mensuelle évaluée pour les soins auxiliaires

	Total Minutes par semaine		Total heures par semaine		Total heures par mois		Taux horaires		Indemnité de soins mensuelle
Partie 1 (Page 3)		+ 60 =		X 4,3 =		X	10,53 \$	=	\$
Partie 2 (Page 4)		+ 60 =		X 4,3 =		X	7,00 \$	=	\$
Partie 3 (Page 7)		+ 60 =		X 4,3 =		X	16,86 \$	=	\$

Indemnité totale mensuelle évaluée pour les soins
auxiliaires

(Ce montant est soumis aux limites prévues en vertu de l'Annexe sur les indemnités d'accidents légales

Partie 5 :
Signature(s)
des
évaluateur(s)
(Professionnel(s)
de la santé
réglementé(s))

Nom du professionnel de la santé réglementé		N° d'inscription		Vous êtes : ☐ Chiropraticien ☐ Dentiste ☐ Massothérapeute ☐ Infirmier/infirmière ☐ Ergothérapeute ☐ Optométrise ☐ Médecin ☐ Physiothérapeute ☐ Psychologue ☐ Orthophoniste ☐ Autre _____	
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		N° FAAS (s'il y a lieu)			
Adresse					
Ville	Province	Code postal			
Numéro de téléphone	Poste	Télécopieur			
Courriel					
Je confirme, à ma connaissance, que l'information sur le présent formulaire est exacte. J'ai obtenu le consentement approprié du demandeur pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de l'information soumise.					
Signature du professionnel de la santé réglementé				Date (AAAAMMJJ)	