

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

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

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

N° de la demande :

N° de la police :

Date de l'accident :
(AAAAMMJJ)

Avis au demandeur :

Vous devez remplir ce formulaire intégralement et le remettre à votre assureur automobile si vous désirez établir que vous avez subi une déficience invalidante en raison de votre accident d'automobile. Les personnes dont une déficience invalidante a été déterminée sont admissibles à des indemnités supplémentaires de frais médicaux, de réadaptation, de soins auxiliaires et autres. En se fondant sur la présente demande, votre assureur peut décider que vous souffrez d'une déficience invalidante.

Au professionnel de la santé / à l'établissement :

Consentement : Il incombe au professionnel de la santé ou à l'établissement de s'assurer qu'il est autorisé par un formulaire de consentement à collecter, utiliser et divulguer les renseignements transmis. Le formulaire de demande d'indemnités de l'Ontario n° 5 (FDIO-5), *Autorisation de divulguer des renseignements médicaux*, peut être utilisé comme formulaire de consentement à cet effet, même si d'autres renseignements et consentements peuvent être nécessaires en fonction de la manière dont les renseignements sont utilisés et divulgués.

Partie 1 Renseignements sur le demandeur (à remplir par le demandeur ou son mandataire)

| | | | | |
|------------------|----------------------|---------------------|----------------------|----------------------------------|
| Nom | | Prénom et initiale | | |
| Adresse | | | | Date de l'accident (AAAAMMJJ) |
| Ville | | Province | | Code postal |
| Téléphone (rés.) | Code régional - - | Téléphone (travail) | Code régional - - | Poste |

Statut du demandeur :

- Le demandeur réside actuellement dans un hôpital général, dans un centre de réadaptation, dans une maison de soins infirmiers ou dans un établissement de soins aux malades chroniques.
- 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 : _____

J'autorise le professionnel de la santé qui me traite à collecter, à utiliser et à divulguer à mon assureur, ou à un professionnel de la santé, à un travailleur social ou à un spécialiste de la réadaptation désigné en bonne et due forme par mon assureur pour la réalisation d'un examen, les seuls renseignements portant sur mon état de santé ou les blessures découlant de mon accident d'automobile, tel que cela sera raisonnablement nécessaire pour établir si j'ai subi une déficience invalidante.

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fautive 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, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du *Code criminel* fédéral.

| | |
|---|-----------------|
| Signature du demandeur ou du mandataire | Date (AAAAMMJJ) |
|---|-----------------|

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

**Partie 2
Renseignements sur le praticien de la santé**

| | | | | | |
|---------------|---------------|-------|-------------|---------------|---|
| Nom | | | | | |
| Établissement | | | | | |
| Adresse | | | | | |
| Ville | | | | Province | |
| Code postal | | | | | |
| Téléphone | Code régional | poste | Télécopieur | Code régional | |
| - | - | | | - | - |

Type de praticien :

- chiropraticien
 dentiste
 infirmier praticien
 ergothérapeute
 optométriste
 médecin
 physiothérapeute
 psychologue
 orthophoniste

**Partie 3
Rapport du praticien de la santé sur une déficience invalidante**

Connaissance du demandeur

Le demandeur est présentement sous mes soins et la dernière consultation remonte au _____
 Nombre d'années sous mes soins : _____ (AAAAAMJJ)

Le demandeur est venu me consulter pour la préparation de cette demande le _____
 (AAAAAMJJ)

Le demandeur a déjà été sous mes soins, mais n'est plus suivi activement. Date de la dernière consultation : _____
 (AAAAAMJJ)

J'ai vérifié mes dossiers mais n'ai pas retrouvé ce demandeur. Les renseignements les plus pertinents que je possède datent de _____
 (AAAAAMJJ)

J'ai examiné cette personne _____ fois dans le but d'évaluer une déficience.

Décrivez la déficience ou les déficiences subies lors de l'accident d'automobile. Utilisez la définition de déficience invalidante pertinente à titre de référence. **Veillez joindre un rapport expliquant la déficience ainsi que vos résultats d'examen.** Si vous êtes en mesure de le faire et le jugez opportun, utilisez les degrés d'invalidité définis dans les guides de l'AMA.

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

Pour les accidents survenus entre le 1^{er} novembre 1996 et le 30 septembre 2003

**Partie 4
Critères applicables aux accidents survenus entre le 1^{er} novembre 1996 et le 30 septembre 2003**

Critère 1.

Selon mon évaluation, j'estime que les critères suivants s'appliquent au demandeur. (Prière de cocher chacune des définitions applicables.) Le terme « déficience invalidante » a les sens suivants :

- 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 Glasgow Coma Scale publiée dans Jennett, B. et Teasdale, G., *Management of Head Injuries*, Contemporary Neurology Series, Volume 20, F.A. Davis Company, Philadelphie, 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 Glasgow Outcome Scale publiée dans Jennett, B. et Bond, M., *Assessment of Outcome After Severe Brain Damage*, Lancet 1: 480 1975, selon un test administré par une personne qualifiée plus de six mois après l'accident;
 f) toute déficience ou ensemble de déficiences qui, selon le document intitulé *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 le document intitulé *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 alinéas 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 alinéas f) et g) de la définition de « déficience invalidante » ne s'appliquent au demandeur que dans l'un des deux cas suivants :

- a) la personne assurée soit dans un état stable et que cet état ne semble pas devoir s'améliorer avec des traitements;
 b) que trois ans se soient écoulés depuis l'accident.

Partie 5
Critères applicables aux accidents survenus à partir du 1^{er} octobre 2003

Pour les accidents survenus à partir du 1^{er} octobre 2003

Critère 1.

Selon mon évaluation, j'estime que les critères suivants s'appliquent au demandeur. (Prière de cocher chacune des définitions applicables.)

Le terme «déficience invalidante» a les sens suivants :

- 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 Glasgow Coma Scale, 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 Glasgow Outcome Scale publiée dans Jennett, B. et Bond, M., *Assessment of Outcome After Severe Brain Damage*, Lancet 1: 480 1975, selon un test administré par une personne qualifiée plus de six mois après l'accident;
- f) toute déficience ou ensemble de déficiences qui, selon le document intitulé *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 le document intitulé *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 Glasgow Coma Scale, de l'échelle Glasgow Outcome Scale ou des *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* de l'American Medical Association, 4^e édition, 1993, tel qu'indiqué aux alinéas e), f) ou g), ne peut être appliquée en raison de l'âge de la personne assurée, une déficience dont souffre la personne assurée comme 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 alinéas e), f) ou g), en tenant compte des répercussions qu'a la déficience du point de vue du développement.

Aux fins des alinéas 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 alinéas f) et g) du critère 1 ne s'appliquent au demandeur que dans l'un des deux cas suivants :

- 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 »;
- b) que deux ans se soient écoulés depuis l'accident.

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

Partie 6
Signature du praticien de la santé

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 relativement à 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 praticien de la santé (en lettres moulées) | Signature du praticien de la santé | Date (AAAAMMJJ) |
|---|------------------------------------|-----------------|

Remarque : Les honoraires imposés pour le remplissage de ce formulaire ne sont pas couverts par le ministère de la Santé de l'Ontario. Ces honoraires et le coût de tout examen nécessaire pour remplir ce formulaire doivent être facturés à l'assureur.