

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

Consentement libre à un examen préalable à une demande d'indemnités (FDIO-26)

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

N° de la demande :

N° de la police :

Date de l'accident :
(AAAAMMJJ)

Pour vous aider après votre accident, nous vous demandons de consentir à subir un examen par un ou plusieurs professionnels de la santé. Cet examen est volontaire et n'aura lieu que si vous n'avez pas rempli de demande d'indemnités d'accident et si vous êtes à l'hôpital ou en êtes sorti récemment.

L'examen contribuera à établir votre droit à des soins auxiliaires, à des appareils fonctionnels ou à des accessoires et des modifications à apporter au domicile dont vous pourriez avoir besoin en raison de l'accident.

Partie 1 Renseignements sur le demandeur

Date de naissance (AAAAMMJJ)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Téléphone - -	Poste
Nom		Prénom		Second prénom
Adresse				
Ville		Province		Code postal
Besoins particuliers (le cas échéant) <input type="checkbox"/> Mobilité <input type="checkbox"/> Interprète (Type :) <input type="checkbox"/> Autre (précisez)				
Représentant (le cas échéant)			Adresse	
Ville		Province		Code postal
Téléphone - -	Poste	Télécopieur - -	Courriel	

Partie 2 Professionnels de la santé chargés de l'examen

Nom		Profession ou titre		Spécialité
Nom de l'établissement				
Adresse				
Ville		Province		Code postal
Nom de la personne-ressource			Prénom de la personne-ressource	
Téléphone - -	Poste	Télécopieur	Courriel	

Partie 3 Date et lieu de l'examen

Date et heure de l'examen :
Lieu de l'examen <input type="checkbox"/> résidence du demandeur
<input type="checkbox"/> hôpital
<input type="checkbox"/> autre

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 4 Consentement

J'autorise mon assureur, ou le professionnel de la santé désigné par ce dernier pour la réalisation de cet examen préalable à une demande d'indemnités, à collecter et à utiliser les renseignements personnels et sur la santé concernant mon admissibilité à des indemnités d'accident pour soins auxiliaires, appareils fonctionnels ou modifications à apporter à mon domicile.

Je reconnais donner librement mon consentement à cet examen préalable à une demande d'indemnités. Mon refus de consentir à un tel examen n'aura pas d'incidence sur mon droit à demander ou à recevoir des indemnités d'accident. Cet examen peut seulement servir à m'aider à accéder à des indemnités et ne peut pas être utilisé pour déterminer que je n'ai pas droit à des indemnités d'accident.

Je consens à la tenue de cet examen préalable à une demande d'indemnités de la manière décrite ci-avant.

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

Le ou les professionnels de la santé chargés de l'examen vous feront parvenir une copie du rapport d'examen dans les 5 jours ouvrables suivant la tenue de l'examen.

Si vous avez des questions ou des inquiétudes concernant l'examen, veuillez communiquer avec l'expert désigné ci-dessous.

Partie 5 Renseignements sur l'assureur

Nom de l'expert			
Téléphone	Poste	Télécopieur	Courriel
- -		- -	