

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

Certificat d'invalidité (FDIO-3)

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 :
(AAAAMJJ)

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

Ce formulaire est à utiliser pour les accidents survenus à compter du 1^{er} novembre 1996. Si votre compagnie d'assurance vous demande de présenter ce formulaire, remplissez les parties 1 à 3 et remettez le document à votre **professionnel de la santé (chiropraticien, dentiste, infirmier praticien, ergothérapeute, optométriste, médecin, physiothérapeute, psychologue, orthophoniste)**. Une fois que ce praticien ou cette praticienne vous aura renseigné sur les conséquences médicales de l'accident, signez la partie 4. Il ou elle complètera le reste du formulaire en fonction de son évaluation la plus récente et le fera parvenir à l'assureur.

Si le présent certificat d'invalidité a pour objet de soutenir votre demande d'indemnités d'accident, il doit être rempli par votre professionnel de la santé au plus tôt 10 jours ouvrables avant la date de votre demande. Si un nouveau certificat d'invalidité a été demandé par votre compagnie d'assurance, il doit être présenté dans les 15 jours ouvrables suivant la demande de l'assureur. Seul un professionnel de la santé légalement qualifié peut remplir le présent formulaire. Les personnes qui examineront le certificat se fonderont sur l'opinion de ce professionnel pour prendre des décisions importantes. C'est pourquoi le document doit être rempli complètement et avec exactitude. Veuillez écrire en lettres moulées et fournir tous les renseignements demandés. Le formulaire ne doit en aucune façon être modifié.

Confidentialité : La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements ci-dessous sont assujetties aux lois relatives à la protection de la vie privée.

Partie 1 Renseignements sur le demandeur

À remplir par le demandeur

Date de naissance (AAAAMJJ)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Téléphone - -	Poste
Nom			
Prénom		Second prénom	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	

Partie 2 Renseignements sur l'assureur

À remplir par le demandeur

Nom de l'assureur		Localité de la succursale (s'il y a lieu)
Nom du représentant de l'assureur		
Téléphone - -		Télécopieur - -
Nom du titulaire de la police identique au <input type="checkbox"/> demandeur OU	Nom du titulaire de la police	Prénom du titulaire de la police

Partie 3 Description de l'accident

À remplir par le demandeur

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

Feuilles supplémentaires jointes

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
Signature du
demandeur

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 et les traitements reçus en raison de mon accident d'automobile, ainsi que sur toute affection antérieure ou ultérieure à l'accident qui pourrait entraver mon rétablissement, tel que cela sera raisonnablement nécessaire pour la prestation des soins et la détermination de mon admissibilité aux indemnités. J'autorise le professionnel de la santé qui complète le présent formulaire à communiquer avec mon employeur, au besoin, pour se renseigner sur les tâches principales reliées à mon emploi et sur tout autre poste aux tâches ou horaires modifiés qui serait disponible.

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*.

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

À l'attention du professionnel de la santé :

Veillez fournir les renseignements suivants en vous référant à votre examen médical le plus récent du demandeur identifié à la partie 1 et retourner le formulaire à l'assureur désigné à la partie 2. **Veillez écrire en lettres moulées.**

Partie 5
Blessures et
séquelles

Cette partie et le reste du formulaire doivent être remplis par votre professionnel de la santé.

Fournissez une description (en commençant 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	Code

Remarque* : Consultez le guide de l'utilisateur (www.hcaiinfo.ca) pour 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> b) Si la réponse à a) est oui, indiquez la date de la première consultation : _____

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 7 Renseignements sur les tests d'invalidité

a) À partir de vos connaissances et des renseignements fournis par le demandeur, veuillez répondre aux questions de chacune des catégories d'indemnités et de demandeur suivantes.

Catégorie d'indemnités ou de demandeur	Test d'invalidité	Début de l'invalidité (AAAAMMJJ)	Restriction dans l'accomplissement des tâches ou des activités	Durée prévue
Indemnité de remplacement de revenu	Le demandeur est-il essentiellement incapable d'accomplir les tâches obligatoires de son emploi au moment de l'accident en raison de ce dernier et pendant les 104 semaines suivantes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o.		Veillez fournir plus de détails :	<input type="checkbox"/> 1-4 semaines <input type="checkbox"/> 5-8 semaines <input type="checkbox"/> 9-12 semaines <input type="checkbox"/> plus de 12 semaines
	À l'emploi : travaillait au moment de l'accident Le demandeur peut-il reprendre le travail avec des tâches ou des horaires modifiés? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o.		Veillez fournir plus de détails :	<input type="checkbox"/> 1-4 semaines <input type="checkbox"/> 5-8 semaines <input type="checkbox"/> 9-12 semaines <input type="checkbox"/> 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 obligatoires de l'emploi auquel il a consacré le plus de temps pendant les 52 semaines qui ont précédé l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o.			Veillez fournir plus de détails :	<input type="checkbox"/> 1-4 semaines <input type="checkbox"/> 5-8 semaines <input type="checkbox"/> 9-12 semaines <input type="checkbox"/> plus de 12 semaines
Indemnité de personne sans revenu d'emploi Le demandeur souffre-t-il d'une incapacité totale à poursuivre ses activités habituelles? (c.-à-d., le demandeur souffre-t-il d'une incapacité qui l'empêche continuellement d'accomplir quasiment toutes les activités qu'il exécutait habituellement avant l'accident?) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o.			Veillez fournir plus de détails :	<input type="checkbox"/> 1-4 semaines <input type="checkbox"/> 5-8 semaines <input type="checkbox"/> 9-12 semaines <input type="checkbox"/> plus de 12 semaines

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.

Catégorie d'indemnité ou de demandeur	Test d'invalidité	Début de l'invalidité (AAAAMMJJ)	Restriction dans l'accomplissement des tâches ou des activités	Durée prévue
Indemnité de personne soignante	<p>À titre de personne soignante principale, le demandeur est-il essentiellement incapable de poursuivre les tâches qu'il accomplissait avant l'accident? (Le terme « personne soignante principale » désigne un demandeur qui, avant son accident, résidait avec une personne nécessitant des soins et dont il s'occupait à titre principal sans recevoir de rémunération.)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o.</p>		Veuillez fournir plus de détails :	<input type="checkbox"/> 1-4 semaines <input type="checkbox"/> 5-8 semaines <input type="checkbox"/> 9-12 semaines <input type="checkbox"/> plus de 12 semaines
Frais d'études engagés inutilement	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o.</p>		Veuillez fournir plus de détails :	<input type="checkbox"/> 1-4 semaines <input type="checkbox"/> 5-8 semaines <input type="checkbox"/> 9-12 semaines <input type="checkbox"/> plus de 12 semaines
Dépenses pour travaux ménagers et entretien du domicile	<p>Le demandeur souffre-t-il d'une incapacité substantielle qui l'empêche d'effectuer les travaux ménagers et l'entretien du domicile qu'il accomplissait normalement avant l'accident?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o.</p>		Veuillez fournir plus de détails :	<input type="checkbox"/> 1-4 semaines <input type="checkbox"/> 5-8 semaines <input type="checkbox"/> 9-12 semaines <input type="checkbox"/> plus de 12 semaines
<p>b) Si vous avez indiqué « plus de 12 semaines » comme durée prévue dans l'un des test d'invalidité ci-dessus, expliquez pourquoi les restrictions liées aux tâches ou activités du demandeur sont susceptibles de se prolonger au-delà de 12 semaines.</p>				

Partie 8
Autres investigations ou consultations

<p>a) Avez-vous effectué d'autres examens, investigations ou consultations dont vous n'avez pas encore fait état?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Oui (veuillez préciser les observations et les résultats)</p>
<p>b) Prévoyez-vous ou jugez-vous nécessaires d'autres examens, investigations ou consultations?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Oui (veuillez préciser)</p>

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.

