

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

Explication des indemnités (FDIO-9)

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)

Date de révision :
(AAAAMJJ)

Nous avons examiné votre demande d'indemnités d'accident ou votre droit actuel à des prestations à partir des renseignements que votre fournisseur de soins de santé ou vous-même nous avez présentés ainsi que des conclusions de l'examen réalisé par un ou plusieurs fournisseurs à la demande de l'assureur. Ce formulaire indique les indemnités approuvées, les montants qui vous seront versés et toute indemnité qui a été refusée ou qui est supprimée. Si un examen a été effectué, un exemplaire du rapport d'examen est joint à la présente ou vous avez été envoyé séparément. **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 (page 3).**

Partie 1 Renseignements sur le demandeur

Nom		Prénom et initiale		
Adresse				
Ville		Province		Code postal
Date de naissance	(AAAAMJJ)	Téléphone (rés.) - -	Téléphone (travail) - -	Poste

Partie 2 Indemnités de remplacement de revenu, de personne sans revenu d'emploi ou de soignant à verser

Rapport d'examen :
 joint
 envoyé séparément

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

A. Admissible

Calcul

Revenu hebdomadaire brut	
Revenu net	
80% du revenu hebdomadaire net	
Moins le revenu hebdomadaire net postérieur à l'accident provenant d'autres sources	
Indemnité de remplacement de revenu à verser	
Indemnité de personne sans revenu d'emploi ou de soignant à verser	

Détails du calcul de votre indemnité de remplacement de revenu, y compris les ajustements de revenu provenant d'autres sources.

Feuilles supplémentaires jointes

B. Non admissible/Arrêt du paiement des indemnités

Feuilles supplémentaires jointes

Partie 3 Détermination de déficience invalidante

Rapport d'examen :
 joint
 envoyé séparément

Nous avons révisé votre demande de détermination d'une déficience invalidante et avons tiré la conclusion suivante :

- Vous avez subi une déficience invalidante en raison de l'accident
 Vous n'avez pas subi une déficience invalidante en raison de l'accident, et ce, pour les motifs suivants :

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
Indemnités
pour frais
médicaux, de
réadaptation
et autres**

Rapport d'examen :

- joint
 envoyé
séparément

Identification de l'indemnité	Description de l'indemnité
MR	Frais médicaux et réadaptation
PS	Frais de personne soignante
GC	Frais de gestionnaire de cas
EI	Frais d'études engagés inutilement
TM	Dépenses pour travaux ménagers et entretien du domicile
RR	Frais de réparation ou de remplacement d'objets perdus ou endommagés (vêtements, prothèses auditives, etc.)
FF	Frais funéraires
PD	Prestation de décès
EE	Évaluation ou examen

Article	Détails	Montant réclamé	Montant à payer	Intérêt à payer	Article non remboursable
		\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>
		\$	\$	\$	<input type="checkbox"/>

Motifs du refus de payer certaines dépenses ou de l'arrêt de l'indemnisation :

Feuilles supplémentaires jointes

**Partie 5
Renseignements sur
l'assureur**

Nom du représentant de l'assureur	
Nom de l'assureur	
Téléphone - -	Télécopieur
Signature du représentant de l'assureur	Date (AAAAMJJ)

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.

DROIT DE CONTESTER LA DÉCISION DE VOTRE ASSUREUR À L'ÉGARD DE VOTRE DEMANDE D'INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES

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 cette décision. Il y a plusieurs étapes à suivre pour tenter de résoudre le différend.

ÉTAPE 1 : COMMUNICATION AVEC VOTRE ASSUREUR – EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

Informez votre assureur que vous contestez sa décision. Vous pourriez avoir le droit à un examen ou une évaluation complémentaire à l'égard de la décision de l'assureur qui serait réalisé par un professionnel de la santé (celui qui vous traite ou, dans certaines circonstances, un autre praticien) et payé par votre assureur. Communiquez avec votre expert d'assurance, votre professionnel de la santé ou votre représentant légal pour vous renseigner plus avant sur cet examen complémentaire.

ÉTAPE 2 : MÉDIATION

Si vous ne parvenez pas à régler votre différend en parlant avec votre expert, vous pouvez 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 de rejeter votre demande ou de réduire vos indemnités. *

Pour amorcer le processus de médiation, vous devez compléter une demande de médiation. Vous pouvez obtenir le formulaire correspondant auprès de votre assureur, sur le site Internet de la CSFO (www.fscso.gov.on.ca) ou en communiquant avec la Commission :

Direction des services de règlement des différends	Sans frais :	1 800 517-2332 poste 7210
Unité de médiation	Télécopieur :	(416) 590-7077
Commission des services financiers de l'Ontario	Ligne directe pour	
C.P. 85, 14 ^e étage	la médiation :	(416) 590-7210
Toronto (Ontario) M2N 6L9		

Une fois votre demande de médiation remplie et déposée, 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, ACTION EN JUSTICE OU ÉVALUATION

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

(i) faire une demande d'arbitrage auprès de la CSFO; ou

(ii) entamer une action en justice; ou

(iii) si votre assureur et vous-même y consentez, vous pouvez demander qu'une évaluation soit effectuée de façon objective à la CSFO avant de passer à l'arbitrage ou d'entamer une action en justice. Si votre assureur et vous-même acceptez ce processus objectif, l'évaluateur vous fournira une opinion verbale sur le résultat probable 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, entamer une action en justice ou demander une évaluation objective 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 ou de sa décision de réduire les indemnités pour passer à l'arbitrage ou entamer une action en justice. Vous pouvez obtenir un délai supplémentaire si l'arbitrage ou l'action en justice a débuté au plus tard 90 jours après la présentation par le médiateur de son rapport de médiation ou dans les 30 jours suivant la présentation par l'évaluateur objectif de son rapport.