

Retournez ce formulaire à :

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

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

N° de la demande :

N° de police :

Date de l'accident :  
(AAAA MMJJ)

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 :

<input type="checkbox"/> <b>A. Admissible</b>	Détails du calcul de votre indemnité de remplacement de revenu incluant les ajustements de revenu provenant d'autres sources	
<b>Calcul</b>		
Revenu hebdomadaire brut		<input type="text"/>
Revenu net		<input type="text"/>
80% du revenu net hebdomadaire		<input type="text"/>
Moins le revenu hebdomadaire net provenant d'autres sources	<input type="text"/>	
Indemnité de remplacement de revenu à verser	<input type="text"/>	

<input type="checkbox"/> <b>B. Non admissible</b>
---

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

Pages additionnelles jointes en annexe

<b>Indemnité de personne sans revenu d'emploi</b>
<input type="checkbox"/> Admissible <input type="checkbox"/> Non admissible
<b>Indemnité pour personne soignante</b>
<input type="checkbox"/> Admissible <input type="checkbox"/> 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
		\$	\$	\$	<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"/>

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 (AAAAMMJJ)

**Partie 6**  
**Droit de**  
**contestation**  
**du**  
**demandeur**

**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](http://www.fsco.gov.on.ca) ou obtenu en écrivant à l'adresse postale suivante :

Groupe de règlement des différends -

Unité de médiation

Commission des services financiers de l'Ontario

C.P. 85, 15<sup>e</sup> étage

North York (Ontario) M2N 6L9

Sans frais :

Télécopieur :

Ligne directe pour la médiation :

1 800 517-2332, poste 7210

(416) 590-7077

(416) 590-7210

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.