



Commission
des services
financiers de
l'Ontario

Services
de règlement
des
différends

Demande de médiation Formule A

N° du dossier de médiation

Section 1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX Cette section DOIT être remplie.

1. À quelle date l'accident d'automobile est-il survenu? Année Mois Jour			2. Qui présente la demande? <input type="checkbox"/> Personne assurée <input type="checkbox"/> Représentant(e) de la personne assurée <input type="checkbox"/> Assureur <input type="checkbox"/> Représentant(e) de l'assureur			
3. Avez-vous déjà fait une demande de médiation? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui						
4. Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser▶			5. Souhaitez-vous que la médiation ait lieu en français? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Souhaitez-vous rencontrer l'autre partie en personne? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Veuillez noter que la médiation peut avoir lieu en personne ou par téléconférence, au gré du médiateur.						

PERSONNE ASSURÉE

<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> M ^{me} .	Nom	Prénom	2 ^e prénom				
Adresse Rue			App./Bureau					
Ville		Province/État	Code postal	Pays				
Téléphone au domicile ()		Téléphone au travail ()	Poste	Télécopieur ()	Date de naissance	Année	Mois	Jour
1. Quelle est la meilleure façon de vous joindre? <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> poste <input type="checkbox"/> télécopieur <input type="checkbox"/> par mon(ma) représentant(e)				2. Quelle est le meilleur endroit pour vous rejoindre? <input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> travail <input type="checkbox"/> autre, préciser▶				
3. Quel est le meilleur moment pour vous joindre? Indiquez les jours et l'heure.								
4. La personne assurée a-t-elle moins de 18 ans? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Est-elle frappée d'incapacité mentale? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui								
Si oui , la personne qui fait la demande au nom de la personne assurée doit aussi remplir le formule P – Représentant(e) de mineurs et de personnes frappées d'incapacité mentale – et signer aussi la présente demande. On peut obtenir le formulaire P sur le site Web de la Commission : www.fsco.gov.on.ca ; sinon, on peut appeler au 416 590-7210, ou sans frais au 1 800 517-2332, poste 7210.								

REPRÉSENTANT(E) DE LA PERSONNE ASSURÉE

<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> M ^{me} .	Nom	Prénom	N° du dossier
Titre			Nom du cabinet	
Adresse Rue			App./Bureau	
Ville		Province/État	Code postal	Pays
Téléphone au travail ()		Poste	Télécopieur ()	Courriel
Le (La) représentant(e) est :				
<input type="checkbox"/> Un(e) Avocat(e)		numéro de permis du Barreau _____		
<input type="checkbox"/> Parajuriste titulaire d'un permis		numéro de permis du Barreau _____		
<input type="checkbox"/> N'a pas besoin d'un permis		_____		
Veuillez préciser le type d'exemption en fonction de la liste d'exemptions reconnues par les règlements administratifs du Barreau _____				

Section 1 suite**ASSUREUR**

Nom de la compagnie

Nom de l'expert en sinistres

N° de la demande d'indemnités

Nom du titulaire de la police

N° de la police

REPRÉSENTANT(E) DE L'ASSUREUR M. M^{me}.

Nom

Prénom

N° du dossier

Titre

Nom du cabinet

Adresse Rue

App. / Bureau

Ville

Province / État

Code postal

Pays

Téléphone au travail
()

Poste

Télécopieur
()

Courriel

Section 2 QUESTIONS EN LITIGE

Veuillez donner une description complète des indemnités d'accident qui sont en litige. (Joindre d'autres feuilles, au besoin.)

La demande met-elle en cause une déficience invalidante?

 Non Oui

La personne assurée a-t-elle des indemnités facultatives?

 Non Oui **INDEMNITÉS HEBDOMADAIRES**

Quelles indemnités hebdomadaires contestez-vous?

- Indemnité de remplacement de revenu
 Indemnité de personne sans revenu

Que contestez-vous?

- Le droit aux indemnités
 La période d'indemnisation
 Le montant des indemnités hebdomadaires
 L'admissibilité aux indemnités au-delà de 104 semaines
 Autre, veuillez préciser ▼

Si la personne assurée a reçu des indemnités de remplacement de revenu, indiquez le montant hebdomadaire et la durée des paiements.

\$

Du: Au:

L'assureur demande-t-il un remboursement des indemnités?

 Non Oui Si oui, indiquez le montant ▼

\$

Année Mois Jour

Année Mois Jour

Date de présentation
à l'assureur:

Date du refus:

 INDEMNITÉ DE SOIGNANT

Montant hebdomadaire en litige?

\$

Du: Au:

Que contestez-vous?

- Le droit aux indemnités
 La période d'indemnisation
 Le montant des indemnités
 L'admissibilité aux indemnités
 au-delà de 104 semaines
 Autre, veuillez préciser ▼

Année Mois Jour

Année Mois Jour

Date de présentation
à l'assureur:

Date du refus:

Nom du (des) fournisseur(s) de services:

Section 2 suite							
<input type="checkbox"/> INDEMNITÉ DE SOINS AUXILIAIRES							
		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
Montant mensuel en litige?	Date de présentation à l'assureur:				Date du refus:		
\$	Nom du (des) fournisseur(s) de services:						
	Période en litige du:			au:			
<input type="checkbox"/> INDEMNITÉ POUR FRAIS MÉDICAUX 1							
		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
Montant en litige?	Date de présentation à l'assureur:				Date du refus:		
\$	Nom du (des) fournisseur(s) de services:						
	Type de services:						
	Période en litige du:			au:			
<input type="checkbox"/> INDEMNITÉ POUR FRAIS MÉDICAUX 2							
		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
Montant en litige?	Date de présentation à l'assureur:				Date du refus:		
\$	Nom du (des) fournisseur(s) de services:						
	Type de services:						
	Période en litige du:			au:			
<input type="checkbox"/> INDEMNITÉ POUR FRAIS MÉDICAUX 3							
		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
Montant en litige?	Date de présentation à l'assureur:				Date du refus:		
\$	Nom du (des) fournisseur(s) de services:						
	Type de services:						
	Période en litige du:			au:			
<input type="checkbox"/> INDEMNITÉ POUR FRAIS MÉDICAUX 4							
		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
Montant en litige?	Date de présentation à l'assureur:				Date du refus:		
\$	Nom du (des) fournisseur(s) de services:						
	Type de services:						
	Période en litige du:			au:			
<input type="checkbox"/> INDEMNITÉ DE RÉADAPTATION 1							
		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
Montant en litige?	Date de présentation à l'assureur:				Date du refus:		
\$	Nom du (des) fournisseur(s) de services:						
	Type de services:						
	Période en litige du:			au:			
<input type="checkbox"/> INDEMNITÉ DE RÉADAPTATION 2							
		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
Montant en litige?	Date de présentation à l'assureur:				Date du refus:		
\$	Nom du (des) fournisseur(s) de services:						
	Type de services:						
	Période en litige du:			au:			
<input type="checkbox"/> INDEMNITÉ DE RÉADAPTATION 3							
		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
Montant en litige?	Date de présentation à l'assureur:				Date du refus:		
\$	Nom du (des) fournisseur(s) de services:						
	Type de services:						
	Période en litige du:			au:			
<input type="checkbox"/> SERVICES DE GESTIONNAIRE DE CAS							
		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
Montant en litige?	Date de présentation à l'assureur:				Date du refus:		
\$	Nom du (des) fournisseur(s) de services:						
	Période en litige du:						au:

Section 2 suite									
<input type="checkbox"/> AUTRES FRAIS									
A <input type="checkbox"/> Frais d'études engagés inutilement			Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	
Montant en litige?			A Date de présentation à l'assureur:			Date du refus:			
\$			Détail des frais:						
			Période en litige du:			au:			
B <input type="checkbox"/> Frais de personnes en visite			Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	
Montant en litige?			B Date de présentation à l'assureur:			Date du refus:			
\$			Détail des frais:						
			Période en litige du:			au:			
C <input type="checkbox"/> Dommages aux vêtements, aux lunettes, etc.			Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	
Montant en litige?			C Date de présentation à l'assureur:			Date du refus:			
\$			Détail des frais:						
			Date de remplacement des dépenses:						
D <input type="checkbox"/> Travaux ménagers et entretien du domicile			Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	
Montant en litige?			D Date de présentation à l'assureur:			Date du refus:			
\$			Nom du (des) fournisseur(s) de services:						
			Période en litige du:			au:			
E <input type="checkbox"/> Frais d'examens			Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	
Montant en litige?			E Date de présentation à l'assureur:			Date du refus:			
\$			Date d'examen ou du rapport:						
			Type d'examen(s):						
			Examen(s) effectué(s) par:						
E <input type="checkbox"/> Frais d'examens			Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	
Montant en litige?			E Date de présentation à l'assureur:			Date du refus:			
\$			Date d'examen ou du rapport:						
			Type d'examen(s):						
			Examen(s) effectué(s) par:						
E <input type="checkbox"/> Frais d'examens			Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	
Montant en litige?			E Date de présentation à l'assureur:			Date du refus:			
\$			Date d'examen ou du rapport:						
			Type d'examen(s):						
			Examen(s) effectué(s) par:						
<input type="checkbox"/> PRESTATION DE DÉCÈS									
Montant en litige?			Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	
\$			Date de présentation à l'assureur:			Date du refus:			
			Nom du (de la) défunt(e):						
			Liens de parenté du demandeur avec le (la) défunt(e):						
<input type="checkbox"/> INDEMNITÉ POUR FRAIS FUNÉRAIRES									
Montant en litige?			Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	
\$			Date de présentation à l'assureur:			Date du refus:			
			Nom du (de la) défunt(e):						
			Liens de parenté du demandeur avec le (la) défunt(e):						
<input type="checkbox"/> AUTRES DIFFÉRENDS									
Montant en litige?			Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	
\$			Date de présentation à l'assureur:			Date du refus:			
			Détail des frais:						
			Période en litige du:			au:			
<input type="checkbox"/> INTÉRÊTS									
Montant en litige? Indiquez vos calculs.									
\$									

Section 3 Liste de documents **Cette section DOIT être remplie** (Joindre d'autres feuilles, au besoin.)

On s'attend à ce que les deux parties en cause aient échangé les principaux documents avant de remplir la présente Demande de médiation.

Documents -1. Veuillez énumérer les principaux documents en votre possession que vous comptez présenter dans le cadre de la médiation.

Autres feuilles jointes

Documents -2. Énumérez les principaux documents que vous n'avez pas en votre possession, que vous prévoyez d'obtenir d'autres sources

Autres feuilles jointes

Les renseignements personnels demandés dans ce formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi sur les assurances, L.R.O. 1990, chap. 1.8, telle que modifiée*. Ces renseignements, y compris les documents qui accompagnent la présente demande, seront utilisés dans le cadre du processus de règlement des différends concernant les indemnités d'accident.

Signature et attestation

J'atteste que tous les renseignements fournis dans la présente Demande de médiation ainsi que dans les pièces jointes sont véridiques et complets. J'autorise l'assureur à divulguer aux Services de médiation de la Commission tous les rapports et renseignements médicaux se rapportant aux questions en litige. Je reconnais que les renseignements déposés avec cette Demande de médiation seront remis à l'autre partie au litige.

Nom de la personne assurée (en lettres moulées)	Signature de la personne assurée	Date	Année	Mois	Jour
Nom du (de la) représentant(e) (en lettres moulées)	Signature du (de la) représentant(e)	Date	Année	Mois	Jour

Faites parvenir l'original et une copie de la Demande de médiation dûment remplie, signée et datée à l'adresse ci-dessous : (faites une copie supplémentaire pour vos dossiers)

**Services de médiation
Services de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge, 14e étage, C.P. 85
Toronto, ON M2N 6L9**

Si vous avez des questions au sujet du présent formulaire, ou pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Ligne de renseignements téléphoniques À Toronto : 416-590-7210 ou Sans frais : 1-800-517-2332, poste 7210
Télécopieur : 416-590-7077

Site Web de la CSFO : www.fsco.gov.on.ca