



Commission
des services
financiers de
l'Ontario
5160, rue Yonge
Toronto, ON
M2N 6L9

Services
de règlement
des
différends

Réponse à une Demande de médiation

Formule B

N° du dossier de médiation

Une **Demande de médiation** a été présentée au Services de règlement des différends de la Commission des services financiers de l'Ontario. Vous êtes l'une des parties nommées dans cette demande.

PERSONNE ASSURÉE

<input type="checkbox"/> M.	Nom	Prénom	2 ^e prénom	
<input type="checkbox"/> M ^{me} .				
Adresse Rue			App./Bureau	
Ville		Province/État	Code postal	Pays
Téléphone au domicile ()	Téléphone au travail ()	Poste	Télécopieur ()	Date de naissance(AAAA/MM/JJ)
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. Quel est le meilleur endroit pour vous joindre? <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autre, veuillez ► _____		
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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Est-elle frappée d'incapacité mentale?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui , la personne qui fait la réponse 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 réponse. On peut obtenir le formule 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.				

ASSUREUR

Nom de l'assureur	
Nom de l'expert(e) d'assurance	N° de la demande
Nom du titulaire de la police	N° de la police

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
City	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			

RÉPONSE

Veuillez répondre à toutes les questions soulevées dans la Demande de médiation et indiquer toute nouvelle question que vous souhaitez soulever lors de la médiation.

(Joindre d'autres feuilles, au besoin.)

 INDEMNITÉS HEBDOMADAIRES **INDEMNITÉ DE SOIGNANT** **INDEMNITÉ DE SOINS AUXILIAIRES** **INDEMNITÉ POUR FRAIS MÉDICAUX**

RÉPONSE – suite

INDEMNITÉ DE RÉADAPTATION

SERVICES DE GESTIONNAIRE DE CAS

AUTRES FRAIS

PRESTATION DE DÉCÈS

INDEMNITÉ POUR FRAIS FUNÉRAIRES

AUTRES DIFFÉRENDS

INTÉRÊTS

On s'attend à ce que les deux parties en cause aient échangé les principaux documents avant de remplir la présente Réponse à une 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 le présent formulaire de Réponse, seront utilisés dans le cadre du processus de règlement des différends concernant les indemnités d'accident.

Nom	Titre	Signature	Date (AAAA/MM/JJ)
-----	-------	-----------	-------------------

Lorsque vous aurez rempli le présent formulaire, faites **deux** copies. Conservez-en une pour vos dossiers, faites parvenir une copie à l'autre partie au litige et envoyez l'**original** aux:

**Services de médiation
Services de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge, 14^e 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