



<b>Section 1 suite</b>															
<b>ASSUREUR</b>															
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														
<b>ÉVALUATION NEUTRE</b>															
Voulez-vous que l'évaluation neutre soit effectuée par l'intermédiaire de la Commission?															
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui      Si oui, 1. Avez-vous obtenu le consentement de la compagnie d'assurance ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 2. Attestez-vous que tous les documents ou rapports énumérés dans le Rapport dumédiateur ont été échangés et qu'aucun autre document n'est requis aux fins de l'évaluation des questions en litige? ▼ <input type="checkbox"/> Oui <b>Signature ►</b>															
<b>AUDIENCE D'ARBITRAGE</b>															
1. Souhaitez-vous obtenir une audience d'arbitrage verbale? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui															
2. Voulez-vous que l'audience se déroule en anglais? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	3. Avez-vous besoin des services d'un(e) interprète lors de l'audience d'arbitrage? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui      Si oui, dans quelle langue? ►														
4. Avez-vous besoin de services spéciaux, tels que l'accès en fauteuil roulant ou la présence d'un(e) interprète gestuel(le)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui      Si oui, précisez ►															
5. Voulez-vous que l'audience ait lieu à l'extérieur de la région du Grand Toronto? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui      Si oui, où? ►															
<b>Section 2 DESCRIPTION DU DIFFÉREND</b>															
<i>Cochez les indemnités qui n'ont pas été réglées à l'étape de la médiation et pour lesquelles vous demandez maintenant des services d'arbitrage.</i> <i>Vous ne pouvez pas ajouter d'autres questions à cette étape jusqu'à ce qu'elles aient fait l'objet d'une médiation.</i> <i>Veillez fournir une brève description des détails pour chaque indemnité cochée, en joignant des feuilles additionnelles, au besoin.</i>															
<input type="checkbox"/> <b>INDEMNITÉS HEBDOMADAIRES</b>															
Quelles indemnités hebdomadaires contestez-vous?  <input type="checkbox"/> Indemnité de remplacement de revenu <input type="checkbox"/> Indemnité de personne sans revenu <input type="checkbox"/> Montant	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Année</td> <td style="text-align: center;">Mois</td> <td style="text-align: center;">Jour</td> <td style="width: 100px;"></td> <td style="text-align: center;">Année</td> <td style="text-align: center;">Mois</td> <td style="text-align: center;">Jour</td> </tr> <tr> <td colspan="3">du:</td> <td></td> <td colspan="3">au:</td> </tr> </table>	Année	Mois	Jour		Année	Mois	Jour	du:				au:		
Année	Mois	Jour		Année	Mois	Jour									
du:				au:											
<input type="checkbox"/> <b>INDEMNITÉ DE SOIGNANT</b>															
Montant hebdomadaire en litige? _____ \$	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Année</td> <td style="text-align: center;">Mois</td> <td style="text-align: center;">Jour</td> <td style="width: 100px;"></td> <td style="text-align: center;">Année</td> <td style="text-align: center;">Mois</td> <td style="text-align: center;">Jour</td> </tr> <tr> <td colspan="3">du:</td> <td></td> <td colspan="3">au:</td> </tr> </table>	Année	Mois	Jour		Année	Mois	Jour	du:				au:		
Année	Mois	Jour		Année	Mois	Jour									
du:				au:											
<input type="checkbox"/> <b>INDEMNITÉ DE SOINS AUXILIAIRES</b>															
Montant hebdomadaire en litige? _____ \$	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Année</td> <td style="text-align: center;">Mois</td> <td style="text-align: center;">Jour</td> <td style="width: 100px;"></td> <td style="text-align: center;">Année</td> <td style="text-align: center;">Mois</td> <td style="text-align: center;">Jour</td> </tr> <tr> <td colspan="3">du:</td> <td></td> <td colspan="3">au:</td> </tr> </table>	Année	Mois	Jour		Année	Mois	Jour	du:				au:		
Année	Mois	Jour		Année	Mois	Jour									
du:				au:											

<b>Section 2 suite</b>	
<input type="checkbox"/> <b>INDEMNITÉ POUR FRAIS MÉDICAUX 1</b> <span style="float: right;">Année    Mois    Jour</span>	
Montant?  \$	Date du plan de traitement:  Nom du (des) fournisseur(s) de services:  Type de services fournis:
La demande met-elle en cause une déficience invalidante? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> <b>INDEMNITÉ POUR FRAIS MÉDICAUX 2</b> <span style="float: right;">Année    Mois    Jour</span>	
Montant en litige?  \$	Date du plan de traitement:  Nom du (des) fournisseur(s) de services:  Type de services fournis:
<input type="checkbox"/> <b>INDEMNITÉ POUR FRAIS MÉDICAUX 3</b> <span style="float: right;">Année    Mois    Jour</span>	
Montant en litige?  \$	Date du plan de traitement:  Nom du (des) fournisseur(s) de services:  Type de services fournis:
<input type="checkbox"/> <b>INDEMNITÉ POUR FRAIS MÉDICAUX 4</b> <span style="float: right;">Année    Mois    Jour</span>	
Montant en litige?  \$	Date du plan de traitement:  Nom du (des) fournisseur(s) de services:  Type de services fournis:
<input type="checkbox"/> <b>INDEMNITÉ DE RÉADAPTATION 1</b> <span style="float: right;">Année    Mois    Jour</span>	
Montant en litige?  \$	Date du plan de traitement:  Nom du (des) fournisseur(s) de services:  Type de services fournis:
<input type="checkbox"/> <b>INDEMNITÉ DE RÉADAPTATION 2</b> <span style="float: right;">Année    Mois    Jour</span>	
Montant en litige?  \$	Date du plan de traitement:  Nom du (des) fournisseur(s) de services:  Type de services fournis:
<input type="checkbox"/> <b>INDEMNITÉ DE RÉADAPTATION 3</b> <span style="float: right;">Année    Mois    Jour</span>	
Montant en litige?  \$	Date du plan de traitement:  Nom du (des) fournisseur(s) de services:  Type de services fournis:
<input type="checkbox"/> <b>SERVICES DE GESTIONNAIRE DE CAS</b>	
Montant en litige?  \$	Nom du (des) fournisseur(s) de services :  <span style="float: right;">Année    Mois    Jour                      Année    Mois    Jour</span>
Du:                      Au:	Services fournis du :                      au

**Section 2 suite****Pour chaque indemnité réclamée, veuillez fournir les détails en bref. (Joindre d'autres feuilles, au besoin)** **AUTRES FRAIS**

Questions en litige?

 **Frais d'études engagés inutilement** **Frais des personnes en visite** **Domages aux vêtements, aux verres, etc**

Montant en litige?

\$

 **Travaux ménagers et entretien du domicile**

Montant hebdomadaire en litige :

Année Mois Jour

Année Mois Jour

Montant total en litige?

\$

Services fournis du :

au:

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

 **Frais d'examen**

Montant en litige?

\$

Année Mois Jour

Date de l'examen ou du rapport:

Type d'examen(s):

Examen(s) effectué(e) par:

Montant en litige?

\$

Année Mois Jour

Date de l'examen ou du rapport:

Type d'examen(s):

Examen(s) effectué(e) par:

Montant en litige?

Année Mois Jour

Date de l'examen ou du rapport:

Type d'examen(s):

Examen(s) effectué(e) par:

 **PRESTATION DE DÉCÈS**

Montant réclamé?

\$

 **INDEMNITÉ POUR FRAIS FUNÉRAIRES**

Montant réclamé?

\$

 **AUTRES DIFFÉRENDS**

Montant réclamé?

\$

 **INTÉRÊTS** **FRAIS D'AUDIENCE** **SENTENCE ARBITRALE SPÉCIALE - DONNEZ DES DÉTAILS**

**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 d'arbitrage.**

**Documents -1.** Veuillez énumérer les principaux documents en votre possession que vous comptez présenter dans le cadre de l'arbitrage. Indiquez le type de document dont il s'agit (lettre, rapport médical, déclaration de revenu), le nom du rédacteur ou de l'institution émettrice et la date du document.

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 (employeurs, médecins, Revenu Canada) et que vous comptez présenter dans le cadre de l'arbitrage. Vous devez également indiquer les documents demandés à l'autre partie (rapports de l'examen médical demandé par l'assureur, éléments de preuve obtenus par surveillance, résumé des indemnités versées) et qui ne vous ont pas été fournis. Indiquez le type de document dont il s'agit (lettre, rapport médical, déclaration de revenu), le nom du rédacteur ou de l'institution émettrice et la date du document, le cas échéant.

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 d'arbitrage ainsi que dans les pièces jointes sont véridiques et complets. J'autorise l'assureur à divulguer aux Services d'arbitrage de la Commission tous les rapports et renseignements médicaux se rapportant aux questions en litige. Je reconnais que les renseignements déposés avec cette Demande d'arbitrage 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 d'arbitrage dûment remplie, signée et datée à l'adresse ci-dessous : (faites une copie supplémentaire pour vos dossiers)

**Services d'arbitrage  
Services de règlement des différends  
Commission des services financiers de l'Ontario  
5160, rue Yonge, 14<sup>e</sup> 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 : 416-590-7202 ou Sans frais : 1-800-517-2332, poste. 7202  
Télécopieur : 416-590-8462

Site Web de la CSFO : [www.fsco.gov.on.ca](http://www.fsco.gov.on.ca)