



Formulaire D Consentement à une évaluation neutre à la Commission (À renvoyer par télécopieur)

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, chap. I.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. Les renseignements seront mis à la disposition de toutes les parties à la procédure. Toutes questions sur la collecte de ces renseignements peuvent être adressées au bureau du registraire, Groupe de règlement des différends de la CSFO.

Une **Demande d'arbitrage** a été déposée auprès du Groupe de règlement des différends de la Commission des services financiers de l'Ontario (la « Commission »). Votre compagnie est l'une des parties nommées dans cet arbitrage. Veuillez utiliser ce formulaire pour consentir à la demande d'évaluation neutre soulevée dans cette **Demande**.

Ce formulaire peut également être utilisée lorsqu'un assureur demande une évaluation neutre par l'entremise de la Commission, lorsque la personne assurée N'A PAS demandé une évaluation neutre dans cette Demande, pourvu que l'assureur obtienne le consentement écrit de la personne assurée à cet effet et qu'aucune évaluation neutre privée n'ait eu lieu relativement aux questions en litige.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	N° du dossier de la Commission pour l'arbitrage
	<input type="text"/>

Personne assurée		Date de l'accident		
Nom	Prénom	Mois Jour Année		
Adresse	Rue	Ville	Province	Code postal
Téléphone à domicile ()	Téléphone au travail ()	Télécopieur ()		
Assureur				
Nom				
Nom de la personne ressource				
Adresse Rue				
Ville		Province	Code postal	
N° de téléphone		N° de télécopieur	Courriel	

N° de la demande de l'assureur	Titulaire de la police	N° de la police
--------------------------------	------------------------	-----------------

1. L'assureur doit dans **les 20 jours** suivant réception de la **Demande d'arbitrage**, répondre de l'UNE des façons suivantes :

- a) Lorsque la personne assurée a demandé une évaluation neutre dans la **Demande d'arbitrage**, l'assureur peut consentir à l'évaluation en signifiant et en déposant le présent formulaire auprès de la personne assurée, du bureau du registrateur et du Groupe de règlement des différends. La Commission exige que ce formulaire lui soit signifié par télécopieur.
- b) Lorsque la personne assurée n'a PAS demandé une évaluation neutre dans la **Demande d'arbitrage**, l'assureur peut demander une évaluation neutre en obtenant le consentement écrit de la personne assurée et en signifiant et en déposant le consentement écrit ainsi que le présent formulaire auprès du bureau du registrateur. La Commission exige que ce formulaire lui soit signifié par télécopieur.
- c) Suivant réception des documents visés aux paragraphes a) et b) ci-dessus, le directeur d'arbitrage désigne sans délai une personne qui effectuera l'évaluation neutre et confirme la désignation auprès des parties. Lorsque l'assureur ne souhaite pas soumettre les questions en litige à une évaluation neutre, celui-ci doit déposer une **Réponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage** (Formulaire E), conformément à la Règle 27 du Code des pratiques de règlement des différends.

2. La personne assurée a demandé une évaluation neutre par l'entremise de la Commission dans la **Demande d'arbitrage** :

Oui Non

- a) Si **OUI**, l'assureur **CONSENT** par la présente à soumettre les questions en litige dans le cadre du présent arbitrage à une personne nommée par le directeur d'arbitrage pour une évaluation neutre sur l'issue probable de cette arbitrage.
- b) Si **NON**, l'assureur **DEMANDE** par la présente que les questions en litige dans le cadre du présent arbitrage soient soumises à une personne nommée par le directeur d'arbitrage pour une évaluation neutre. L'assureur a annexé une copie du consentement écrit de la personne assurée à ce que les questions en litige dans le cadre du présent arbitrage soit soumises à une évaluation neutre par l'intermédiaire de la Commission.

Oui

3. L'assureur atteste par la présente que les parties ont échangé tous les documents requis pour une évaluation des questions en litige dans le cadre de cet arbitrage ou que ces documents seront échangés dans **les 30 jours** qui suivent la date de ce formulaire et qu'aucun autre document ou rapport n'est requis pour l'évaluation neutre.

4. La personne nommée ci-dessous sera disponible pour participer à une évaluation neutre au cours **des 60 jours** qui suivent la date du présent formulaire. L'assureur confirme que les parties sont disponibles pour les deux demi-journées suivantes :

_____ heure

_____ heure

LA PERSONNE CHARGÉE DU DOSSIER, AYANT LE POUVOIR DE LIER L'ASSUREUR:

Représentant(e) de la compagnie :

Nom	Prénom	Titre
N° de téléphone	N° de télécopieur	Courriel
Signature du coordonnateur ADR		Date

Ou le représentant(e) légal(e) de l'assureur

Nom	Cabinet d'avocats	N° du dossier
Adresse Rue		
Ville	Province	Code postal
N° de téléphone	N° de télécopieur	Courriel

(Rev.Mar/01)