

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

## Certificat d'invalidité (FDIO-3)

Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1996

N° de la demande :

N° de la police :

Date de l'accident :  
(AAAAMMJJ)

**Le certificat d'invalidité du demandeur porte le n° \_\_\_\_ délivré par le professionnel ou l'établissement de santé ci-dessous.**

Ce formulaire est à utiliser pour les accidents survenus à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1996. Si votre compagnie d'assurance vous demande de présenter ce formulaire, remplissez les parties 1 à 3 et remettez le document à votre **professionnel de la santé (chiropraticien, dentiste, infirmier praticien, ergothérapeute, optométriste, médecin, physiothérapeute, psychologue, orthophoniste)**. Une fois que ce praticien ou cette praticienne vous aura renseigné sur les conséquences médicales de l'accident, signez la partie 4. Il ou elle complètera le reste du formulaire en fonction de son évaluation la plus récente et le fera parvenir à l'assureur.

**Si le présent certificat d'invalidité a pour objet de soutenir votre demande d'indemnités d'accident, il doit être rempli par votre professionnel de la santé au plus tôt 10 jours ouvrables avant la date de votre demande. Si un nouveau certificat d'invalidité a été demandé par votre compagnie d'assurance, il doit être présenté dans les 15 jours ouvrables suivant la demande de l'assureur.** Seul un professionnel de la santé légalement qualifié peut remplir le présent formulaire. Les personnes qui examineront le certificat se fonderont sur l'opinion de ce professionnel pour prendre des décisions importantes. C'est pourquoi le document doit être rempli complètement et avec exactitude. Veuillez écrire en lettres moulées et fournir tous les renseignements demandés. Le formulaire ne doit en aucune façon être modifié.

Confidentialité : La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements ci-dessous sont assujetties aux lois relatives à la protection de la vie privée.

### Partie 1 Renseignements sur le demandeur

À remplir par le demandeur

|                              |   |                  |       |
|------------------------------|---|------------------|-------|
| Date de naissance (AAAAMMJJ) | Sexe<br><input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | Téléphone<br>- - | Poste |
| Nom                          |   |                  |       |
| Prénom                       |   | Second prénom    |       |
| Adresse                      |   |                  |       |
| Ville                        | Province  | Code postal      |       |

### Partie 2 Renseignements sur l'assureur

À remplir par le demandeur

|   |                               |   |  |
|---|-------------------------------|---|--|
| Nom de l'assureur   |                               | Localité de la succursale (s'il y a lieu) |  |
| Nom du représentant de l'assureur   |                               |   |  |
| Téléphone<br>- -  |                               | Télécopieur<br>- -                        |  |
| Nom du titulaire de la police<br>identique au <input type="checkbox"/> demandeur OU | Nom du titulaire de la police | Prénom du titulaire de la police          |  |

### Partie 3 Description de l'accident

À remplir par le demandeur

Donnez une brève description de l'accident et de ce qui vous est arrivé. Veuillez décrire toute blessure que vous avez subie comme résultat direct de l'accident.

Feuilles supplémentaires jointes

Nota – Afin de faciliter la lecture du présent formulaire, le masculin est utilisé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

#### Partie 4 Signature du demandeur

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <p>J'autorise le professionnel de la santé qui me traite à collecter, à utiliser et à divulguer à mon assureur, ou à un professionnel de la santé, à un travailleur social ou à un spécialiste de la réadaptation désigné en bonne et due forme par mon assureur pour la réalisation d'un examen, les seuls renseignements portant sur mon état de santé et les traitements reçus en raison de mon accident d'automobile, ainsi que sur toute affection antérieure ou ultérieure à l'accident qui pourrait entraver mon rétablissement, tel que cela sera raisonnablement nécessaire pour la prestation des soins et la détermination de mon admissibilité aux indemnités. J'autorise le professionnel de la santé qui complète le présent formulaire à communiquer avec mon employeur, au besoin, pour se renseigner sur les tâches principales reliées à mon emploi et sur tout autre poste aux tâches ou horaires modifiés qui serait disponible.</p> <p>J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fautive ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la <i>Loi sur les assurances</i>. Je reconnais également que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du <i>Code criminel fédéral</i>.</p> |   |                 |
| Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)   | Signature du demandeur ou du mandataire | Date (AAAAMMJJ) |

#### À l'attention du professionnel de la santé :

Veillez fournir les renseignements suivants en vous référant à votre examen médical le plus récent du demandeur identifié à la partie 1 et retourner le formulaire à l'assureur désigné à la partie 2. **Veillez écrire en lettres moulées.**

#### Partie 5 Blessures et séquelles

Cette partie et le reste du formulaire doivent être remplis par votre professionnel de la santé.

| Fournissez une description (en commençant par les points les plus importants) des blessures et séquelles qui résultent directement de l'accident d'automobile, avec les codes ICD-10-CA <sup>+</sup> correspondants. |      |
|--|------|
| Description  | Code |
|  |      |
|  |      |
|  |      |
|  |      |
|  |      |
|  |      |
|  |      |
| Remarque* : Consultez le guide de l'utilisateur ( <a href="http://www.hcaiinfo.ca">www.hcaiinfo.ca</a> ) pour tout renseignement concernant la classification ICD-10-CA.   |      |

#### Partie 6 Dates pertinentes

|  |  |
|--|--|
| Date de l'apparition des premiers symptômes : (AAAAMMJJ) | Date du dernier examen : (AAAAMMJJ)  |
| Date du premier examen depuis l'accident : (AAAAMMJJ)    | a) Le demandeur m'a consulté avant l'accident. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/><br>b) Si la réponse à a) est oui, indiquez la date de la première consultation :<br><br>_____ |

## Partie 7 Renseignements sur les tests d'invalidité

a) À partir de vos connaissances et des renseignements fournis par le demandeur, veuillez répondre aux questions de chacune des catégories d'indemnités et de demandeur suivantes.

| Catégorie d'indemnités ou de demandeur   | Test d'invalidité  | Début de l'invalidité (AAAAMMJJ) | Restriction dans l'accomplissement des tâches ou des activités | Durée prévue   |
|--|--|----------------------------------|--|--|
| <b>Indemnité de remplacement de revenu</b>   | Le demandeur est-il essentiellement incapable d'accomplir les tâches obligatoires de son emploi au moment de l'accident en raison de ce dernier et pendant les 104 semaines suivantes?<br><br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o. |                                  | Veillez fournir plus de détails :                              | <input type="checkbox"/> 1-4 semaines<br><input type="checkbox"/> 5-8 semaines<br><input type="checkbox"/> 9-12 semaines<br><input type="checkbox"/> plus de 12 semaines |
|  | <b>À l'emploi</b> : travaillait au moment de l'accident<br>Le demandeur peut-il reprendre le travail avec des tâches ou des horaires modifiés?<br><br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o.   |                                  | Veillez fournir plus de détails :                              | <input type="checkbox"/> 1-4 semaines<br><input type="checkbox"/> 5-8 semaines<br><input type="checkbox"/> 9-12 semaines<br><input type="checkbox"/> plus de 12 semaines |
| <b>Sans emploi</b> : mais a travaillé pendant au moins 26 des 52 semaines précédant l'accident<br>Le demandeur est-il essentiellement incapable d'accomplir les tâches obligatoires de l'emploi auquel il a consacré le plus de temps pendant les 52 semaines qui ont précédé l'accident?<br><br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o.                                      |  |                                  | Veillez fournir plus de détails :                              | <input type="checkbox"/> 1-4 semaines<br><input type="checkbox"/> 5-8 semaines<br><input type="checkbox"/> 9-12 semaines<br><input type="checkbox"/> plus de 12 semaines |
| <b>Indemnité de personne sans revenu d'emploi</b><br>Le demandeur souffre-t-il d'une incapacité totale à poursuivre ses activités habituelles? (c.-à-d., le demandeur souffre-t-il d'une incapacité qui l'empêche continuellement d'accomplir quasiment toutes les activités qu'il exécutait habituellement avant l'accident?)<br><br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o. |  |                                  | Veillez fournir plus de détails :                              | <input type="checkbox"/> 1-4 semaines<br><input type="checkbox"/> 5-8 semaines<br><input type="checkbox"/> 9-12 semaines<br><input type="checkbox"/> plus de 12 semaines |

Nota – Afin de faciliter la lecture du présent formulaire, le masculin est utilisé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

| Catégorie d'indemnité ou de demandeur   | Test d'invalidité  | Début de l'invalidité (AAAAMMJJ) | Restriction dans l'accomplissement des tâches ou des activités | Durée prévue   |
|---|--|----------------------------------|--|--|
| <b>Indemnité de personne soignante</b>  | <p>À titre de personne soignante principale, le demandeur est-il essentiellement incapable de poursuivre les tâches qu'il accomplissait avant l'accident? (Le terme « personne soignante principale » désigne un demandeur qui, avant son accident, résidait avec une personne nécessitant des soins et dont il s'occupait à titre principal sans recevoir de rémunération.)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o.</p> |                                  | Veuillez fournir plus de détails :                             | <input type="checkbox"/> 1-4 semaines<br><input type="checkbox"/> 5-8 semaines<br><input type="checkbox"/> 9-12 semaines<br><input type="checkbox"/> plus de 12 semaines |
| <b>Frais d'études engagés inutilement</b>   | <p>Le demandeur est-il, en raison de l'accident, incapable de poursuivre un programme d'études élémentaires, secondaires, postsecondaires ou de formation continue auquel il était inscrit avant l'accident?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o.</p>   |                                  | Veuillez fournir plus de détails :                             | <input type="checkbox"/> 1-4 semaines<br><input type="checkbox"/> 5-8 semaines<br><input type="checkbox"/> 9-12 semaines<br><input type="checkbox"/> plus de 12 semaines |
| <b>Dépenses pour travaux ménagers et entretien du domicile</b>  | <p>Le demandeur souffre-t-il d'une incapacité substantielle qui l'empêche d'effectuer les travaux ménagers et l'entretien du domicile qu'il accomplissait normalement avant l'accident?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o.</p>  |                                  | Veuillez fournir plus de détails :                             | <input type="checkbox"/> 1-4 semaines<br><input type="checkbox"/> 5-8 semaines<br><input type="checkbox"/> 9-12 semaines<br><input type="checkbox"/> plus de 12 semaines |
| <p>b) Si vous avez indiqué « plus de 12 semaines » comme durée prévue dans l'un des test d'invalidité ci-dessus, expliquez pourquoi les restrictions liées aux tâches ou activités du demandeur sont susceptibles de se prolonger au-delà de 12 semaines.</p> |  |                                  |  |  |

**Partie 8**  
**Autres investigations ou consultations**

|   |
|---|
| <p>a) Avez-vous effectué d'autres examens, investigations ou consultations dont vous n'avez pas encore fait état?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Oui (veuillez préciser les observations et les résultats)</p> |
| <p>b) Prévoyez-vous ou jugez-vous nécessaires d'autres examens, investigations ou consultations?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Oui (veuillez préciser)</p>  |

Nota – Afin de faciliter la lecture du présent formulaire, le masculin est utilisé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

**Partie 9**  
**Affections**  
**antérieures et**  
**parallèles**

a) Avant l'accident, le demandeur souffrait-il d'une maladie, d'une affection ou d'une lésion qui compromettrait sa capacité à accomplir les activités énumérées à la partie 7?  
 Non     Ne sais pas     Oui (veuillez préciser)

Dans l'affirmative, le demandeur reçoit-il actuellement des prestations d'invalidité pour la maladie, l'affection ou la lésion antérieure?  
 Non     Ne sais pas     Oui (veuillez préciser en identifiant le fournisseur, si celui-ci est connu)

Si vous avez traité le demandeur pour des affections semblables avant l'accident, donnez plus de détails en indiquant par exemple la date de la première intervention et des suivantes, le cas échéant, ainsi que l'état du demandeur au moment de l'accident.

b) Depuis l'accident d'automobile, le demandeur a-t-il contracté ou subi une maladie, une affection ou une lésion non reliée à l'accident qui pourrait influencer sur son invalidité?  
 Non     Inconnu     Oui (veuillez préciser)

**Partie 10**  
**Médicaments**

a) Énumérez tous les médicaments (avec la dose et la fréquence) que prend actuellement le demandeur comme suite aux lésions causées par l'accident d'automobile.

Ces médicaments ont-ils été prescrits par vous-même?     Non     Oui

b) Énumérez tous les médicaments (avec la dose et la fréquence) que prend actuellement le demandeur comme suite aux affections antérieures et parallèles indiquées à la partie 9.

Ces médicaments ont-ils été prescrits par vous-même?     Non     Oui

**Partie 11**  
**Signature du**  
**praticien de la**  
**santé**

|   |  |  |             |  |
|---|--|--|-------------|--|
| Nom du praticien de la santé  |  | N° d'inscription de l'Ordre  |             | <b>Votre profession :</b><br><input type="checkbox"/> Chiropraticien<br><input type="checkbox"/> Dentiste<br><input type="checkbox"/> Infirmier praticien<br><input type="checkbox"/> Ergothérapeute<br><input type="checkbox"/> Optométriste<br><input type="checkbox"/> Médecin<br><input type="checkbox"/> Physiothérapeute<br><input type="checkbox"/> Psychologue<br><input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| Nom de l'établissement (s'il y a lieu)  |  | Code d'identification de l'établissement selon la FAAS (s'il y a lieu) |             |  |
| Adresse   |  |  |             |  |
| Ville   |  | Province   | Code postal |  |
| Téléphone   |  | Poste  | Télécopieur |  |
| Courriel  |  |  |             |  |
| J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fautive ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la <i>Loi sur les assurances</i> . Je reconnais également que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du <i>Code criminel</i> fédéral. |  |  |             |  |
| Nom du praticien de la santé (en lettres moulées)   |  | Signature du praticien de la santé                                     |             | Date (AAAAMMJJ)  |

Remarque : Les honoraires imposés pour le remplissage de ce certificat ne sont pas couverts par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Ces honoraires doivent être facturés directement à l'assureur.