

Return this form to :

Certificat d'invalidité (FDIO-3)

Applicable aux accidents survenus depuis le 1^{er} novembre 1996 inclusivement

Non de demande :

Non de demande :

Non de police :

Non de police :

Date de l'accident :
(AAAAMJJ)

Date de l'accident :
(AAAAMJJ)

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

Utilisez ce formulaire pour tout cas d'accident survenu depuis le 1^{er} novembre 1996 inclusivement. Si votre compagnie d'assurance vous demande de remplir ce formulaire, remplissez les parties 1 à 3 et remettez le document à votre **professionnel de la santé (chiropraticien(ne), dentiste, infirmier(ère) praticien(ne), ergothérapeute, optométriste, médecin, physiothérapeute, psychologue, orthophoniste)**. Une fois que le spécialiste vous aura renseigné sur les conséquences médicales de l'accident, signez la partie 4. Le spécialiste complètera le reste du formulaire au meilleur de ses connaissances et le fera parvenir à l'assureur. Ce dernier devra acheminer le formulaire au plus tard **21** jours après la réception du présent formulaire par votre employeur ou 14 jours après que votre assureur vous ait signalé son intention de discontinuer vos prestations. **Notez que seul un professionnel de la santé légalement qualifié peut compléter le présent formulaire. Son opinion est importante pour l'examen du certificat et pour la décision qui sera rendue. C'est pourquoi le document doit être rempli avec soin et précision. Veuillez écrire en lettres moulées et fournir tous les renseignements demandés. Le formulaire ne doit comporter aucune altération mécanique ou manuelle**

Confidentialité : La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements ci-dessous sont assujetties aux lois en vigueur pour protéger la vie privée.

Partie 1 Identification du demandeur

À remplir par le
demandeur

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

Partie 2 Identification de l'assureur

À remplir par le
demandeur

Nom de l'assureur		Localité de la succursale (s'il y a lieu))	
Nom de l'expert en sinistres			
Téléphone	Poste	Téléphone	Poste
Nom de l'assuré identique au : <input type="checkbox"/> Demandeur OU	Nom de l'assuré	Prénom de l'assuré	

Partie 3 Description de l'accident

À remplir par le
demandeur

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

Feuilles supplémentaires jointes

J'autorise mon professionnel de la santé collecter utiliser et divulguer à mon assureur tout renseignement portant sur mon état de santé et les traitements reçus suite à mon accident d'automobile. J'autorise également le professionnel de la santé à communiquer à mon assureur tout état de santé antérieur à l'accident ou actuel qui pourrait constituer un obstacle à mon rétablissement. Je reconnais que ces renseignements seront utilisés pour déterminer mon admissibilité aux indemnités.

J'autorise le professionnel de la santé qui a complété le présent formulaire à contacter mon employeur, si nécessaire, pour se renseigner sur les tâches principales qui sont reliées à mon emploi et sur les autres tâches, horaires ou postes qui seraient disponibles.

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite en connaissance de cause à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une violation de la Loi sur l'assurance. Je reconnais également que frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance par supercherie, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral.

Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAAMJJ)
---	---	----------------

À l'attention du professionnel de la santé :

Veillez fournir les renseignements suivants en vous référant à l'examen médical le plus récent du demandeur identifié à la partie 1 et retournez le formulaire dûment rempli à l'assureur identifié à la partie 2. **Veillez écrire lisiblement.**

<p>Partie 5 Renseignements sur les blessures et séquelles</p> <p>Cette partie et le reste du formulaire doivent être remplis par votre professionnel de la santé.</p>	Fournir une liste, en commençant par les plus significatives, de chacune des blessures et séquelles résultant directement de l'accident d'automobile du demandeur, en indiquant le code ICD-10-CA* correspondant.	
	Description	Code
<p>Note* : Consultez le Guide de l'utilisateur à l'adresse pour www.autoinsuranceforms.on.ca tout renseignement concernant la classification ICD-10-CA.</p>		

<p>Partie 6 Dates pertinentes</p>	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"/> (b) Si la réponse à (a) est oui, indiquez la date de la première consultation _____

	Test d'invalidité		Restriction dans l'accomplissement des tâches ou des activités	Durée prévue
<p>Prestations de remplacement de revenu</p> <p>À l'emploi : travaillait au moment de l'accident</p>	<p>Le demandeur est-il essentiellement incapable de s'adonner à la quasi-totalité des activités auxquelles il s'adonnait habituellement avant l'accident?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.</p>		<p>Veillez fournir plus de détails :</p>	<input type="checkbox"/> 1-4 semaines <input type="checkbox"/> 5-8 semaines <input type="checkbox"/> 9-12 semaines <input type="checkbox"/> plus de 12 semaines
	<p>Le demandeur peut-il retourner au travail avec des tâches et un horaire allégés?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.</p>		<p>Veillez fournir plus de détails :</p>	<input type="checkbox"/> 1-4 semaines <input type="checkbox"/> 5-8 semaines <input type="checkbox"/> 9-12 semaines <input type="checkbox"/> plus de 12 semaines
<p>Sans emploi : mais a travaillé pendant au moins 26 des 52 semaines précédant l'accident</p>	<p>Le demandeur est-il essentiellement incapable d'accomplir les tâches essentielles de l'emploi auquel il a consacré le plus de temps pendant les 52 semaines qui ont précédé l'accident?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.</p>		<p>Veillez fournir plus de détails :</p>	<input type="checkbox"/> 1-4 semaines <input type="checkbox"/> 5-8 semaines <input type="checkbox"/> 9-12 semaines <input type="checkbox"/> plus de 12 semaines

Emploi prévu : a accepté une offre d'emploi débutant moins d'un an après la date de l'accident	Le demandeur est-il essentiellement incapable d'achever les tâches essentielles de l'emploi en cours de réalisation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.		Veillez fournir plus de détails :	<input type="checkbox"/> 1-4 semaines <input type="checkbox"/> 5-8 semaines <input type="checkbox"/> 9-12 semaines <input type="checkbox"/> plus de 12 semaines
Prestation d'une personne sans revenu d'emploi	Le demandeur souffre-t-il d'une incapacité totale à accomplir les activités essentielles reliées à une vie normale? Le demandeur souffre-t-il d'une incapacité qui l'empêchait déjà avant l'accident d'accomplir les activités essentielles reliées à une vie normale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.		Veillez fournir plus de détails :	<input type="checkbox"/> 1-4 semaines <input type="checkbox"/> 5-8 semaines <input type="checkbox"/> 9-12 semaines <input type="checkbox"/> plus de 12 semaines
Prestation de personne soignante	À titre de personne soignante principale, le demandeur est-il essentiellement incapable de poursuivre les tâches qu'il pouvait accomplir avant l'accident? La désignation de personne soignante principale s'adresse à un demandeur qui, avant son accident, résidait avec une personne nécessitant des soins et dont il s'occupait sans recevoir de rémunération. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.		Veillez fournir plus de détails :	<input type="checkbox"/> 1-4 semaines <input type="checkbox"/> 5-8 semaines <input type="checkbox"/> 9-12 semaines <input type="checkbox"/> plus de 12 semaines
Frais d'études engagés inutilement	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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S.O.		Veillez fournir plus de détails :.	<input type="checkbox"/> 1-4 semaines <input type="checkbox"/> 5-8 semaines <input type="checkbox"/> 9-12 semaines <input type="checkbox"/> plus de 12 semaines
Dépenses pour travaux ménagers et entretien du domicile	Le demandeur souffre-t-il d'une incapacité substantielle qui l'empêche de faire les travaux ménagers et l'entretien du domicile qu'il accomplissait normalement avant l'accident? Oui Non S/O		Veillez fournir plus de détails :	<input type="checkbox"/> 1-4 semaines <input type="checkbox"/> 5-8 semaines <input type="checkbox"/> 9-12 semaines <input type="checkbox"/> plus de 12 semaines
b) Si vous avez répondu «plus de 12 semaines» à la durée prévue pour l'une ou l'autre des questions portant sur l'un ou l'autre des test d'invalidité ci-dessus, expliquez pourquoi les restrictions reliées aux tâches ou activités du demandeur sont susceptibles de se prolonger au-delà de 12 semaines.				

Partie 8 Autres investigations ou consultations	Avez-vous effectué d'autres examens, investigations ou consultations dont vous n'avez pas encore fait état? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (veuillez préciser les observations et les résultats)
--	--

b) Prévoyez-vous d'autres examens, investigations ou consultations que vous jugez nécessaires?
 Non Oui (veuillez préciser)

**Partie 9
Conditions
préalables et
actuelles**

c) Avant l'accident, le demandeur souffrait-il d'une maladie, d'un état ou d'une lésion qui a pu affecter sa capacité d'exécuter les activités énumérées à la partie 7?
 Non Inconnu Oui (veuillez expliquer)

Si vous avez traité le demandeur pour des conditions semblables avant l'accident, veuillez fournir plus de détails en indiquant la date de la première intervention et chacune des suivantes, ainsi que l'état du demandeur au moment de l'accident.

Non Inconnu Oui (veuillez préciser)

Si vous avez traité le demandeur pour des conditions semblables précédant l'accident, veuillez donner des détails (indiquer la date de début, toute intervention subséquente et la situation à la date de l'accident).

b) Depuis l'accident d'automobile, le demandeur a-t-il développé une maladie, un état ou une lésion, non relié à l'accident, qui pourrait affecter son invalidité?
 Non Inconnu Oui (veuillez expliquer)

**Partie 10
Médicaments**

a) Énumérez tous les médicaments (incluant la dose et la fréquence) que prend actuellement le demandeur 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 (incluant la dose et la fréquence) que prend actuellement le demandeur suite suite aux conditions préalables et actuelles identifiées au numéro 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		Votre profession <input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Massothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Optométriste <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Autre _____
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	
Numéro de téléphone		Poste	Télécopieur	
Courriel				
J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite en connaissance de cause à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une violation de la Loi sur l'assurance. Je reconnais également que frauder ou tenter de frauder une compagnie d'assurance par supercherie, contrefaçon ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du Code criminel fédéral.				
Nom du praticien de la santé (en lettres moulées)		Signature du praticien de la santé		Date (AAAAMJJ)

Note : Les honoraires exigés pour compléter 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.