

## **AVIS DE DIVULGATION RELATIF À UN RÈGLEMENT**

### **RÈGLEMENT DÉFINITIF D'UNE DEMANDE D'INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES PROJET DE LOI 68**

(\*Accidents survenus entre le 22 juin 1990 et le 31 décembre 1993)

#### **AVIS ET MISE EN GARDE**

Votre assureur est tenu de vous donner cet AVIS DE DIVULGATION RELATIVEMENT À UN RÈGLEMENT si vous vous êtes tous deux entendus sur un règlement en espèces qui mettra fin de manière permanente à votre droit à une ou plusieurs indemnités d'accident. L'assureur doit remplir et signer l'AVIS DE DIVULGATION. Il vous remettra aussi probablement une renonciation à signer.

- **AVANT DE SIGNER UNE RENONCIATION, VOUS DEVRIEZ DEMANDER CONSEIL AUPRÈS D'UN CONSEILLER JURIDIQUE, D'UN CONSEILLER FINANCIER ET D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ.**
- **SI VOUS SIGNEZ CET AVIS DE DIVULGATION ET LA RENONCIATION, VOUS RENONCEZ AUX DROITS QUE VOUS POURRIEZ AVOIR AUJOURD'HUI OU À L'AVENIR, MÊME SI VOTRE ÉTAT DE SANTÉ CHANGE.**
- **SI VOUS CHOISISSEZ DE NE PAS SIGNER, VOS INDEMNITÉS NE SERONT PAS RÉDUITES OU AUTREMENT CHANGÉES.**
- **SI VOUS SIGNEZ L'AVIS DE DIVULGATION ET LA RENONCIATION, VOUS AVEZ 2 JOURS OUVRABLES POUR CHANGER D'AVIS.**
- **VOUS AVEZ LE DROIT DE VOIR TOUTE INFORMATION MÉDICALE FIGURANT AUX DOSSIERS DE L'ASSUREUR RELATIVEMENT À VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT, ET D'EN OBTENIR UNE COPIE AUX FRAIS DE L'ASSUREUR. SI VOUS DÉSIREZ RECEVOIR CETTE INFORMATION, VEUILLEZ EN DEMANDER UNE COPIE À L'ASSUREUR.**

**VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT TOUT LE DOCUMENT.**

## OFFRE DE RÈGLEMENT PRÉSENTÉE PAR L'ASSUREUR

### OFFRE RELATIVE À L'INDEMNITÉ DE REVENU HEBDOMADAIRE

L'assureur vous offre \_\_\_\_\_ \$ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie d'indemnité de revenu hebdomadaire.

### OFFRE RELATIVE À L'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE POUR PERSONNE SANS REVENU

L'assureur vous offre \_\_\_\_\_ \$ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie des personnes sans revenu.

### OFFRE - INDEMNITÉ COMPLÉMENTAIRE POUR FRAIS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION

L'assureur vous offre \_\_\_\_\_ \$ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie des frais médicaux et de réadaptation.

### OFFRE RELATIVE À L'INDEMNITÉ DE SOINS AUXILIAIRES

L'assureur vous offre \_\_\_\_\_ \$ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie des soins auxiliaires.

### OFFRE RELATIVE AUX VÊTEMENTS, VERRS CORRECTEURS, APPAREILS AUDITIFS ET AUTRES APPAREILS)

L'assureur vous offre \_\_\_\_\_ \$ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie des vêtements, des verres correcteurs, des appareils auditifs et autres appareils.

### OFFRE RELATIVE À L'INDEMNITÉ DE FRAIS FUNÉRAIRES

L'assureur vous offre \_\_\_\_\_ \$ pour couvrir toutes les indemnités passées et futures au titre de la garantie des frais funéraires.

### OFFRE RELATIVE AUX PRESTATIONS DE DÉCÈS

L'assureur vous offre \_\_\_\_\_ \$ pour couvrir toutes les prestations passées et futures au titre de la garantie décès.

### OFFRE RELATIVE À TOUTE AUTRE INDEMNITÉ D'ACCIDENT (préciser) \_\_\_\_\_

L'assureur vous offre \_\_\_\_\_ \$ pour couvrir toute autre indemnité d'accident.

### RÈGLEMENT TOTAL OFFERT \_\_\_\_\_ \$

Fournir toute autre information utile :

## **QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS ACCEPTEZ L'OFFRE DE RÈGLEMENT ?**

SI VOUS SIGNEZ LE PRÉSENT AVIS DE DIVULGATION ET LA RENONCIATION, VOUS ACCEPTEZ LE RÈGLEMENT OFFERT. VOICI LES CONSÉQUENCES QUE CELA ENTRAÎNE :

- Votre demande relative aux indemnités spécifiées est réglée définitivement, et le règlement offert est final. Vous renoncez pour toujours au droit de présenter à l'avenir des demandes de règlement à l'égard de ces mêmes indemnités, même si vos problèmes de santé empirent.
- Vous renoncez pour toujours au droit que vous avez aux termes de la *Loi sur les assurances* de demander une médiation, d'intenter une poursuite, de demander un arbitrage, d'interjeter appel, de présenter une demande de modification ou de demander une révision judiciaire par un tribunal relativement aux indemnités faisant l'objet de ce règlement.
- Le traitement fiscal du montant de règlement payé peut être différent du traitement fiscal des indemnités décrites. Généralement, tout revenu de placement obtenu sur un montant de règlement en espèces peut être imposable.

### **Exemple**

Vous avez droit à des indemnités de revenu hebdomadaires et vous acceptez, pour cette garantie, un règlement global de 20 000 \$, que vous placez par la suite. Il est probable que l'intérêt obtenu sur ce placement soit imposable. Si, au lieu du règlement global, vous choisissez de recevoir des indemnités hebdomadaires, ces indemnités ne seront probablement pas imposables.

II EST RECOMMANDÉ DE DEMANDER CONSEIL AUPRÈS D'UN CONSEILLER JURIDIQUE, D'UN CONSEILLER FINANCIER ET D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AVANT D'ACCEPTER UN RÈGLEMENT.

## **DESCRIPTION DES INDEMNITÉS**

LES INDEMNITÉS, VOS DROITS ET VOS RESPONSABILITÉS SONT DÉCRITS DANS L'ANNEXE SUR LES INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES DE LA *LOI SUR LES ASSURANCES DE L'ONTARIO*. VOTRE SOCIÉTÉ D'ASSURANCE A L'OBLIGATION DE VOUS INFORMER DES INDEMNITÉS DISPONIBLES.

Les indemnités prévues aux termes de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* sont complexes et décrites en détail dans l'*Annexe*. Voici ci-dessous une brève description de ces indemnités.

### **Indemnité de revenu hebdomadaire**

Cette indemnité vous dédommage pour les pertes de revenu si vous êtes dans l'incapacité d'accomplir les tâches essentielles de l'emploi que vous occupiez avant l'accident. Vous pouvez avoir droit à l'indemnité dans les cas suivants : au moment de l'accident, vous étiez salarié ou vous travailliez à votre compte; ou, si vous étiez sans emploi, vous aviez travaillé pendant 180 jours au cours des 12 mois précédant l'accident; vous faisiez l'objet d'une mise en disponibilité temporaire; ou vous alliez commencer à travailler dans l'année conformément à une offre faite avant l'accident. L'indemnité est égale à 80% du revenu brut que vous touchiez avant l'accident. L'indemnité hebdomadaire maximale est de 600 \$; l'indemnité hebdomadaire minimale est de 185,60 \$. Cependant, si vous avez souscrit une garantie d'indemnité de revenu facultative, l'indemnité hebdomadaire maximale peut s'élever à 750 \$, 900 \$ ou 1,050 \$.

### **Indemnité hebdomadaire pour personne sans revenu**

Cette indemnité vous dédommage si vous êtes dans l'incapacité d'accomplir les tâches essentielles que vous accomplissiez avant l'accident, et si vous n'avez pas droit à l'indemnité de revenu hebdomadaire. L'indemnité hebdomadaire est de 185 \$. En plus de cette indemnité, si vous étiez aussi le soignant principal d'un ou de plusieurs membres de votre foyer, notamment d'un enfant de moins de 16 ans ou d'une autre personne ayant besoin de soins, vous avez droit à une indemnité hebdomadaire de 50 \$ pour chaque personne nécessitant des soins. Si vous avez souscrit une garantie d'indemnité facultative, l'indemnité hebdomadaire, à titre de soignant, est de 100 \$ pour chacune des personnes ayant besoin de soins.

### **Indemnité complémentaire pour frais médicaux et de réadaptation**

Cette indemnité vous dédommage des frais médicaux et de réadaptation engagés du fait de vos blessures. Elle peut couvrir aussi d'autres biens et services, comme les frais de travaux ménagers et d'entretien du domicile. Les frais sont payables au titre de cette garantie s'ils ne sont pas déjà couverts par un autre régime d'assurance-santé, comme l'Assurance-santé de l'Ontario ou le régime d'assurance-santé de l'employeur.

### **Montant maximal de l'indemnité pour frais médicaux et de réadaptation**

Le montant maximal, au titre de la garantie des frais médicaux et de réadaptation, est de 500 000 \$. La période d'indemnisation est limitée à la plus longue des deux périodes suivantes : 10 ans, ou le nombre d'années calculé selon la formule qui suit : 20 ans moins l'âge de la personne assurée à la date de l'accident.

### **Indemnité de soins auxiliaires**

Cette indemnité vous dédommage des frais engagés pour les services d'un aidessoignant professionnel ou les frais raisonnables engagés pour prendre soin de vous après l'accident.

### **Montant maximal de l'indemnité de soins**

Le montant maximal, au titre de l'indemnité de soins, est de 3 000 \$ par mois. Le montant maximal total payable est de 500 000 \$.

### **Indemnité de frais funéraires**

Cette indemnité rembourse les frais funéraires jusqu'à concurrence de 3 000 \$. Si vous avez souscrit une garantie facultative, l'indemnité maximale est de 7 500 \$.

### **Prestations de décès**

Ces prestations sont versées à certains membres de la famille d'une personne décédée dans un accident automobile. Le montant est de 25 000 \$ pour le conjoint survivant; 10 000 \$ pour les personnes à charge survivantes; et 10 000 \$ pour la personne qui avait la personne décédée à sa charge. Si vous avez souscrit une garantie décès facultative, ces prestations sont doublées.

### **Indemnités facultatives**

Les garanties facultatives permettent d'augmenter les indemnités de base; Il faut avoir souscrit ces garanties avant l'accident. Les garanties facultatives offertes sont les suivantes :

1. Indemnité accrue de frais funéraires et prestations de décès;
2. Indemnité accrue de revenu hebdomadaire;
3. Indemnité de soignant principal accrue.

**Vous devriez consulter votre assureur et vos conseillers pour déterminer si vous êtes couverte ou couvert par des garanties facultatives.**

## **DIVULGATION ET CONFIRMATION DE L'ASSUREUR**

L'assureur confirme qu'il a mis à la disposition de la personne assurée ou du représentant de celle-ci tous les rapports et dossiers médicaux et toute autre information de nature médicale se rapportant à la personne assurée et conservés dans les dossiers de l'assureur.

J'atteste que l'information donnée dans le présent Avis de divulgation est complète et exacte.

Représentant de l'assureur \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Nom de l'agent de liaison avec l'ombudsman\* \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

\*Si vous avez une plainte au sujet de votre demande de règlement, vous pouvez contacter la personne qui, chez l'assureur, est responsable de la liaison avec l'ombudsman; l'agent de liaison examinera le problème et essaiera de le résoudre avec vous.

Date \_\_\_\_\_

## **CONFIRMATION DE LA PERSONNE ASSURÉE**

Je confirme que j'ai reçu et lu le présent Avis de divulgation relatif au règlement que l'assureur m'a communiqué; et j'ai examiné l'opportunité de demander conseil ou non auprès d'un conseiller juridique, d'un conseiller financier et d'un professionnel de la santé.

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne assurée

### **SI VOUS CHANGEZ D'AVIS**

SI VOUS CHANGEZ D'AVIS APRÈS AVOIR ACCEPTÉ LE RÈGLEMENT OFFERT EN SIGNANT UNE RENONCIATION :

VOUS DEVEZ EN AVISER PAR ÉCRIT L'ASSUREUR ET LUI RENVOYER DANS LES 2 JOURS OUVRABLES SUIVANT LA SIGNATURE DE LA RENONCIATION TOUTE SOMME REÇUE AUX TERMES DU RÈGLEMENT.

SI VOUS AVEZ SIGNÉ UNE RENONCIATION ET QUE VOUS SIGNEZ PLUS TARD CET AVIS DE DIVULGATION, VOUS AVEZ 2 JOURS OUVRABLES À PARTIR DE LA DATE DE LA SIGNATURE DE L'AVIS DE DIVULGATION POUR AVISER L'ASSUREUR ET LUI RENVOYER LA SOMME REÇUE AUX TERMES DU RÈGLEMENT.