

Retournez ce formulaire à :

Avis d'arrêt des indemnités hebdomadaires et demande d'évaluation (OCF-17)

Formulaire applicable à tout cas d'accident survenu depuis le 1^{er} novembre 1996.

N° de la demande :

N° de police :

Date de l'accident :
(AAAAMMJJ)

Les Parties 1 à 3 doivent être remplies par l'assureur

Partie 1 Identification du demandeur

Nom		Prénom et initiale						
Adresse			Ville			Province		
Code postal	—	Téléphone (rés.)	Code régional		Date et l'accident	année	mois	jour

Partie 2 Identification de l'assureur

Nom de l'assureur				Nom du représentant de l'assureur				
Adresse								
Ville				Province		Code postal		
Numéro de téléphone	Code régional		Numéro de télécopieur		Code régional			
Signature du représentant de l'assureur					Date	année	mois	jour

Partie 3 Motifs de l'arrêt du versement des indemnités

Pages additionnelles jointes en annexe

Le versement des indemnités suivantes sera arrêté :

- remplacement de revenu Entrée en vigueur
- personne sans revenu d'emploi
- personne soignante

année	mois	jour
-------	------	------

Détails :

Partie 4 Droits du demandeur

DROIT DE CONTESTER L'ÉVALUATION DE VOTRE DEMANDE D'INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES EFFECTUÉE PAR VOTRE ASSUREUR

Votre demande d'indemnités d'accident légales en vertu de la Loi sur les assurances a été réduite ou rejetée par votre assureur.

En vertu de la Loi sur les assurances, vous avez le droit de contester l'évaluation de votre demande d'indemnités d'accident légales effectuée par votre assureur.

ÉTAPE 1: COMMUNIQUEZ AVEC VOTRE ASSUREUR ET SOYEZ DISPONIBLE EN VUE DES ÉVALUATIONS OU DES EXAMENS

Vous NE POUVEZ contester l'évaluation de votre demande d'indemnités d'accident légales effectuée par votre assureur, À MOINS QUE :

- (i) vous fassiez connaître à votre assureur votre intention et lui envoyiez une demande d'indemnités;
- (ii) vous soyez disponible pour toute demande d'examen,
- (iii) vous soyez disponible pour toute demande d'évaluation.

Partie 4 Droits du demandeur

ÉTAPE 2 : MÉDIATION

Pour contester le rejet ou la réduction de votre demande, vous devez d'abord déposer une demande de médiation auprès de la Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO) au plus tard deux ans après la date à laquelle votre assureur a décidé de rejeter ou de réduire votre demande.

Pour amorcer le processus de médiation, vous devez compléter une demande de médiation. Un formulaire de demande est disponible auprès de votre assureur ou peut être téléchargé à partir du site Internet de la CSFO, à l'adresse suivante : www.fSCO.gov.on.ca, ou obtenu en écrivant à l'adresse postale suivante :

Groupe de règlement des différends,	Téléphone à Toronto :	(416) 590-7576
Unité de médiation	Sans frais :	1 800 517-2332, poste 7210
Commission des services financiers de l'Ontario	Télécopieur :	(416) 590-7077
C.P. 85, 15 ^e étage	Ligne d'information sur la médiation :	(416) 590-7210
North York (Ontario) M2N 6L9		

Une fois votre demande de médiation complétée, la CSFO nommera un médiateur pour mener la médiation. À la fin du processus, le médiateur publiera un rapport écrit indiquant si la médiation a réussi ou non à résoudre les points en litige entre vous et votre assureur.

ÉTAPE 3 : ARBITRAGE, POURSUITE OU ÉVALUATION

Si la médiation échoue, vous avez le droit de :

(i) faire une demande d'arbitrage auprès de la CSFO; ou

(ii) intenter une poursuite; ou

(iii) si votre assureur et vous-même y consentez, vous pouvez demander qu'une évaluation soit effectuée de façon neutre à la CSFO avant d'entamer une poursuites. Si vous acceptez ce processus, un évaluateur neutre vous fournira une opinion verbale sur le résultat possible d'une action en justice ou d'un arbitrage ainsi qu'un rapport écrit identifiant les points évalués et encore en litige.

Cependant, vous pouvez aller en arbitrage, intenter une poursuite ou demander une évaluation effectuée de façon neutre UNIQUEMENT SI :

(i) vous avez déjà procédé à une médiation ET

(ii) la médiation a échoué.

ATTENTION : DURÉE MAXIMALE DE DEUX ANS

Vous avez DEUX ANS à compter de la date du refus par votre assureur de payer en tout ou en partie les indemnités demandées, pour aller en arbitrage ou pour aller devant les tribunaux. Vous pouvez obtenir un délai supplémentaire si l'arbitrage ou la poursuite débute au plus tard 90 jours après que le médiateur ait fourni son rapport de médiation ou dans les 30 jours suivant la date à laquelle l'évaluateur neutre a fourni son rapport.

La partie restante de ce formulaire doit être remplie par le demandeur et expédiée à l'assureur si le demandeur est en désaccord avec l'arrêt du versement des indemnités.

Partie 5 Demande et signature du demandeur

Je conteste l'arrêt du versement de mes indemnités tel qu'énoncé ci-dessus. Je demande qu'une évaluation soit effectuée par un Centre d'évaluation désigné afin de déterminer si je continue d'être atteint d'une déficience qui me rend éligible à recevoir les indemnités. Je reconnais que pour permettre à l'assureur de se conformer à ma demande, j'autorise mon assureur et les professionnels de la santé qui m'ont traité à fournir au Centre d'évaluation désigné tout renseignement portant sur mon état de santé ainsi que sur les traitements ou les services de réhabilitation que j'ai reçus suite à mon accident d'automobile, et ce afin de déterminer si je suis admissible aux indemnités. J'autorise le Centre d'évaluation désigné à consulter, au besoin, les professionnels de la santé qui m'ont soigné. Je reconnais que ces renseignements pourront servir à déterminer mon admissibilité aux indemnités. J'autorise également le Centre d'évaluation désigné à fournir une copie de son rapport à mon assureur et aux professionnels de la santé qui m'ont soigné.

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