

Retournez ce formulaire à :

Détermination de l'existence d'une déficience invalidante et demande d'évaluation (OCF-20)

Formulaire désigné pour 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 de l'accident	année	mois	jour

Partie 2 Identification de l'assureur

Nom de l'assureur		Nom du représentant de l'assureur			Poste		
Address							
Ville				Province		Code postal	
Téléphone (travail)	Code régional	N° de télécopieur	Code régional				

Partie 3 Détermination de l'existence d'une déficience invalidante

Nous avons révisé votre demande de détermination de l'existence d'une déficience invalidante et nous avons conclu que :

- Vous êtes atteint d'une déficience invalidante suite à votre accident.
 Vous n'êtes pas atteint d'une déficience invalidante suite à votre accident et ce, pour les raisons suivantes (reportez-vous à la partie 4) :

--

- Pages additionnelles jointes en annexe

- Nous exigeons que vous fassiez l'objet d'un examen au Centre d'évaluation désigné pour déterminer si vous êtes atteint d'une déficience invalidante suite à votre accident.

	Date	année	mois	jour
--	------	-------	------	------

Signature du représentant de l'assureur

Partie 4 Droits du demandeur

Si l'assureur conclut que vous n'êtes pas atteint d'une déficience invalidante et si vous êtes en désaccord avec cette décision, vous avez le droit de demander une évaluation par un Centre d'évaluation désigné pour déterminer si vous êtes atteint d'une déficience invalidante. Si vous demandez une telle évaluation, ou si l'assureur exige que vous fassiez l'objet d'une telle évaluation, le Centre d'évaluation désigné demande votre permission afin d'obtenir et d'analyser vos antécédents médicaux et de communiquer son rapport. Veuillez signer la Partie 5 du présent formulaire et expédier le formulaire à l'assureur, à l'adresse indiquée ci-dessus.

Partie 5 Applicant's Request and Signature

Je suis en désaccord avec la décision de l'assureur, selon laquelle je ne suis pas atteint d'une déficience invalidante telle que décrite ci-dessus. Je demande qu'un examen soit fait à un Centre d'évaluation désigné pour confirmer ou infirmer l'existence d'une telle déficience invalidante.
J'autorise mon assureur et les professionnels de la santé qui m'ont traité à fournir au Centre d'évaluation désigné tout renseignement sur mon état de santé ainsi que sur les traitements et les services de réhabilitation reçus suite à mon accident d'automobile, dans le but de déterminer mon admissibilité à des indemnités.
J'autorise le Centre d'évaluation désigné à consulter, au besoin, les professionnels de la santé qui m'ont soigné.
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.
J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fautive 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.

Non du demandeur ou du mandataire (en lettres mouillées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAAMMJJ)
--	---	-----------------