

Veillez envoyer la présente formule à :

Demande d'aiguillage vers un centre d'évaluation désigné (FDIO – 11A)

| | |
|-----------------------------------|-------------------|
| NE RIEN ÉCRIRE ICI | Numéro de demande |
| | Numéro de police |

Veillez utiliser cette formule pour les accidents survenus le 1^{er} janvier 1994 ou par la suite. La compagnie d'assurance doit remplir et signer les sections 1 à 6. La demande d'aiguillage ne sera acceptée que si tous les renseignements sont fournis.

Section 1 Information sur le demandeur ou la demande- resse

| | | | | | | |
|----------------|-----------------------|--------------------|--------------------|----------|-------------|------|
| Nom de famille | | Prénom et initiale | | | | |
| Adresse | | | Date de l'accident | année | mois | jour |
| Ville | Téléphone à la maison | Indicatif régional | | Province | Code Postal | |
| | | | | | | — |

Section 2 Information sur la compagnie d'assurance

| | | | | | |
|--|--------------------|----------|--|-----------------------|--------------------|
| Nom de la compagnie d'assurance | | | | | |
| Nom du (de la) représentant(e) de la compagnie d'assurance | | | | Titre | |
| Adresse | | | | | |
| Ville | | Province | | Code Postal | |
| | | | | | — |
| Numéro de téléphone | Indicatif régional | | | Numéro de télécopieur | Indicatif régional |
| | | | | | |

Section 3 Centre d'évaluation désigné

| | | | | | |
|--|--------------------|----------|--|-----------------------|--------------------|
| Nom du centre d'évaluation désigné | | | | | |
| Adresse | | | | | |
| Ville | | Province | | Code Postal | |
| | | | | | — |
| Numéro de téléphone | Indicatif régional | | | Numéro de télécopieur | Indicatif régional |
| | | | | | |
| S'agit-il du CED le plus proche de la résidence de la personne assurée qui soit autorisé à évaluer la ou les déficiences et à effectuer le type d'évaluation requis? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Oui | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Non, parce que le CED le plus proche | | | | | |
| <input type="checkbox"/> juge qu'il y a conflit d'intérêts | | | | | |
| <input type="checkbox"/> est incapable de respecter le délai de 2 semaines | | | | | |
| <input type="checkbox"/> est situé à plus de 100 km de la résidence du demandeur (de la demanderesse) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre, veuillez expliquer | | | | | |

Section 4 Type d'évaluation

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Évaluation demandée afin de déterminer s'il s'agit d'une déficience invalidante (Projet de loi 59 seulement) | |
| <input type="checkbox"/> Évaluation demandée relativement à une demande d'indemnité de : | <input type="checkbox"/> remplacement de revenu |
| | <input type="checkbox"/> remplacement de revenu après 104 semaines (Projet de loi 59 seulement) |
| | <input type="checkbox"/> prestations de soins |
| | <input type="checkbox"/> personne sans revenu d'emploi (Projet de loi 59 seulement) |
| <input type="checkbox"/> Évaluation demandée relativement à une demande d'indemnité d'assurance-maladie ou de réadaptation. Les biens et services en litige comprennent : | <input type="checkbox"/> interruption des études (Projet de loi 164 seulement) |
| | <input type="checkbox"/> invalidité (Projet de loi 164 seulement) |
| | |
| <input type="checkbox"/> Évaluation demandée relativement à une demande d'indemnité de services de préposés aux soins. | |

Section 5
Questions
relatives à
l'aiguillage

Section 6
Liste des
documents
du dossier
d'aiguillage

Liste des documents du dossier d'aiguillage (par exemple, rapports médicaux, notes et dossiers émis par la clinique, bandes vidéo de surveillance et résultats d'examen). Le cas échéant, veuillez joindre un index des rapports médicaux sommaires.
Nota : Il incombe au demandeur ou à la demanderesse d'informer le centre d'évaluation désigné de tout autre document qui pourrait s'avérer utile.
Voir section 7.

J'atteste avoir inclus tous les renseignements pertinents aux fins de l'évaluation.

_____ **Date**

_____ **Signature du (de la) représentant(e)
de la compagnie d'assurance**

Section 7
Liste des
documents
fournie par le
demandeur
ou la deman-
deresse

Veuillez indiquer tout autre document ne figurant pas à la section 6, dont le rapport d'évaluation devrait tenir compte. Joignez des copies si possible. (Section que le demandeur ou la demanderesse doit remplir et faire parvenir au centre d'évaluation désigné de préférence avant la date du rendez-vous pour l'évaluation).