

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

Avis d'examen (FDIO-25)

Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à partir du 1^{er} novembre 1996.

N° de la demande :

N° de la police :

Date de l'accident :
(AAAAMJJ)

En réponse à votre récente demande d'indemnités d'accident ou de détermination d'une déficience invalidante ou dans le cadre de notre examen de votre droit aux indemnités qui vous sont actuellement versées, vous subirez un examen par un ou plusieurs professionnels de la santé, un travailleur social ou une personne spécialisée en réadaptation professionnelle. L'information donnée ci-après décrit :

- le genre d'examen qui sera réalisé;
- les motifs d'un tel examen;
- le nom, la profession et le titre des personnes chargées de l'examen;
- si votre présence s'impose;
- la date, l'heure et le lieu de l'examen.

Vous devez, dans les 5 jours ouvrables suivant la réception de cet avis, fournir à la personne ou aux personnes chargées de l'examen et désignées à la partie 4 du présent formulaire tous les renseignements et documents raisonnablement disponibles qui sont pertinents ou nécessaires à l'étude de votre état de santé avant l'examen dont vous ferez l'objet.

Votre demande pourrait être rejetée ou vos indemnités suspendues si vous n'êtes pas présent à un examen auquel vous deviez participer. Une copie du rapport d'examen et de la décision relative à votre demande d'indemnités d'accident ou de votre droit aux indemnités existantes vous sera envoyée.

Partie 1 Renseignements sur le demandeur

Date de naissance (AAAAMJJ)	Âge	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Téléphone - -	Poste
Nom	Prénom	Second prénom		
Adresse				
Ville	Province		Code postal	
Besoins particuliers (le cas échéant) <input type="checkbox"/> Mobilité <input type="checkbox"/> Interprète (Type :) <input type="checkbox"/> Autre (précisez)				
Représentant (le cas échéant)		Adresse		
Ville	Province		Code postal	
Téléphone - -	Poste	Télécopieur - -	Courriel	

Partie 2 Type(s) d'examen et motifs

Type(s) d'examen		
<input type="checkbox"/> Indemnités de remplacement de revenu <input type="checkbox"/> À l'emploi <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Indemnités après 104 semaines	<input type="checkbox"/> Personne sans revenu d'emploi <input type="checkbox"/> Personne soignante <input type="checkbox"/> Frais médicaux et de réadaptation <input type="checkbox"/> Demande d'approbation pour une évaluation	<input type="checkbox"/> Applicabilité de Lignes directrices pré-autorisées <input type="checkbox"/> Soins auxiliaires <input type="checkbox"/> Déficience invalidante <input type="checkbox"/> Travaux ménagers et entretien du domicile <input type="checkbox"/> Autres indemnités
Motifs et description de l'examen		

Nota – Afin de faciliter la lecture du présent formulaire, le masculin est utilisé comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

Partie 3
Dispositions
en vue de
l'examen

Les dispositions à prendre en vue de l'examen : <input type="checkbox"/> sont indiquées ci-dessus. <input type="checkbox"/> suivront.
--

Partie 4
Profession-
nel(s) de la
santé
chargé(s) de
l'examen /
date / lieu

Nom	Profession ou titre	Spécialité
Nom de l'établissement		
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Nom de la personne-ressource		Prénom de la personne-ressource
Téléphone - -	Poste	Télécopieur - -
Devez-vous être présent à l'examen? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Présence pas nécessaire – Examen du dossier		
Dans l'affirmative, date et lieu de l'examen		
Lieu de l'examen		<input type="checkbox"/> À l'adresse indiquée ci-dessus ou :

Partie 5
Renseigne-
ments sur
l'assureur

Nom de l'assureur	Localité de la succursale (s'il y a lieu)	
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Nom de l'expert		
Téléphone - -	Télécopieur - -	Courriel

Partie 6
Signature de
l'assureur

Si vous avez des questions ou des inquiétudes concernant l'examen ou n'êtes pas disponible à la date ou l'heure fixée, communiquez avec l'expert indiqué à la partie 5.		
Nom du représentant de l'assureur (en lettres moulées)	Signature du représentant de l'assureur	Date (AAAAMMJJ)