

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

Demande d'évaluation d'une déficience invalidante (FDIO-19)

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

N° de la demande :

N° de la police :

Date de l'accident :
(AAAAMJJ)

Avis au demandeur :

Vous devez remplir ce formulaire intégralement et le remettre à votre assureur automobile si vous désirez établir que vous avez subi une déficience invalidante en raison d'un accident d'automobile. Les personnes dont une déficience invalidante a été déterminée sont admissibles à des indemnités supplémentaires de frais médicaux, de réadaptation, de soins auxiliaires et autres. En se fondant sur la présente demande, votre assureur peut décider que vous souffrez d'une déficience invalidante.

Avis au médecin* :

Consentement : Il incombe au médecin de s'assurer qu'il est autorisé par un formulaire de consentement à collecter, utiliser et divulguer les renseignements transmis. Le formulaire de demande d'indemnités de l'Ontario n° 5 (FDIO-5), *Autorisation de divulguer des renseignements médicaux*, peut être utilisé comme formulaire de consentement à cet effet, même si d'autres renseignements et consentements peuvent être nécessaires en fonction de la manière dont les renseignements sont utilisés et divulgués.

*Si la déficience ne concerne que le cerveau, le présent formulaire peut être signé par un neuropsychologue.

Partie 1

Renseignements sur le demandeur (à remplir par le demandeur ou le mandataire)

Nom		Prénom et initiale	
Adresse		Date de l'accident	(AAAAMJJ)
Ville		Province	Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)	Poste	Courriel (facultatif)

Statut du demandeur :

- Le demandeur réside actuellement dans un hôpital général, un centre de réadaptation, une maison de soins infirmiers ou un établissement de soins aux malades chroniques.
- Il s'agit de la première demande de détermination d'une déficience invalidante.
- Il s'agit de la deuxième demande de détermination d'une déficience invalidante.

Raison de cette deuxième demande :

J'autorise mon médecin traitant* à collecter, à utiliser et à divulguer à mon assureur, ou à un professionnel de la santé, à un travailleur social ou à un spécialiste de la réadaptation désigné en bonne et due forme par mon assureur pour la réalisation d'un examen, les seuls renseignements portant sur mon état de santé ou les blessures découlant de mon accident d'automobile, tel que cela sera raisonnablement nécessaire pour établir si j'ai subi une déficience invalidante.

Ce consentement ne s'applique pas à une consultation entre mon fournisseur de soins de santé et le médecin* de l'assureur qui effectue un examen. Un consentement spécial distinct doit être fourni expressément par écrit pour cette consultation.

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fautive ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la *Loi sur les assurances*. Je reconnais également que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du *Code criminel* fédéral.

Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAAMJJ)
---	----------------

Le reste de ce formulaire doit être rempli par votre médecin*.

Partie 2

Renseignements sur le médecin*

Nom du médecin		N° d'inscription de l'Ordre	
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code d'identification de l'établissement selon la FAAS (s'il y a lieu)	
Adresse			
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone	Poste	Télécopieur	Courriel (facultatif)

Connaissance du demandeur

Partie 3

Rapport du médecin* sur une déficience invalidante

<input type="checkbox"/>	Le demandeur est présentement sous mes soins et la dernière consultation remonte au _____ (AAAAAMJJ)	Nombre d'années sous mes soins _____
<input type="checkbox"/>	Le demandeur est venu me consulter pour la préparation de cette demande le _____ (AAAAAMJJ)	
<input type="checkbox"/>	Le demandeur a déjà été sous mes soins, mais n'est plus suivi activement. Date de la dernière consultation : _____ (AAAAAMJJ)	
<input type="checkbox"/>	J'ai examiné le dossier, mais n'ai pas examiné le demandeur. Les renseignements les plus pertinents que je possède datent de _____ (AAAAAMJJ)	
<input type="checkbox"/>	J'ai examiné cette personne _____ fois dans le but d'évaluer une déficience.	

Veillez utiliser les critères suivants relatifs aux déficiences invalidantes pour remplir le présent formulaire.

Partie 4

Critères

Critères

Selon mon évaluation, j'estime que les critères suivants s'appliquent au demandeur. Prière de cocher chacune des définitions applicables.

- 1. paraplégie ou quadriplégie;
- 2. si l'accident est survenu le ou après le 1^{er} septembre 2010, amputation d'un bras ou d'une jambe ou autre déficience entraînant la perte totale et permanente de l'usage d'un bras ou d'une jambe;
- 3. si l'accident est survenu entre le 1^{er} octobre 2003 et le 31 août 2010, amputation ou autre déficience entraînant la perte totale et permanente de l'usage des deux bras ou des deux jambes, ou d'un ou des deux bras et d'une ou des deux jambes;
- 4. si l'accident est survenu entre le 1^{er} novembre 1996 et le 30 septembre 2003, amputation ou autre déficience entraînant la perte totale et permanente de l'usage des deux bras ou d'un bras et d'une jambe;
- 5. perte totale de vision des deux yeux;
- 3. déficience cérébrale qui, à la suite d'un accident, entraîne,
 - (i) une note de 9 ou moins sur l'échelle Glasgow Coma Scale, selon un test administré par une personne qualifiée dans un délai raisonnable après l'accident, ou
 - (ii) une note de 2 (végétatif) ou 3 (invalidité sévère) sur l'échelle Glasgow Outcome Scale, selon un test administré par une personne qualifiée plus de six mois après l'accident
- 7. toute déficience ou ensemble de déficiences qui, selon le document intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, de l'American Medical Association, représente une déficience à 55 % ou plus de l'ensemble de la personne; ou
- 3. toute déficience qui, selon le document intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, de l'American Medical Association, représente une déficience de classe 4 (déficience marquée) ou une déficience de classe 5 (déficience extrême) due à un trouble mental ou du comportement.

Remarque :

Si une personne assurée est âgée de moins de 16 ans au moment de l'accident et qu'aucune des échelles de l'échelle Glasgow Coma Scale, de l'échelle Glasgow Outcome Scale ou des *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* de l'American Medical Association, 4^e édition, 1993, tel qu'indiqué aux points (6), (7) et (8) des critères susmentionnés, ne peut être appliquée en raison de l'âge de la personne assurée, une déficience dont souffre la personne assurée comme suite à un accident et qu'on peut raisonnablement estimer être une déficience invalidante sera considérée comme la déficience qui est la plus similaire à la déficience indiquée aux points (6), (7) et (8) des critères susmentionnés, en tenant compte des répercussions qu'a la déficience du point de vue du développement.

Aux fins des points (7) et (8) des critères susmentionnés, une déficience dont est atteinte une personne assurée, mais qui n'est pas mentionnée dans les *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* de l'American Medical Association, 4^e édition, 1993, sera considérée comme la déficience figurant dans ce document qui est la plus similaire à la déficience dont est atteinte la personne assurée.

Si l'accident est survenu après le 30 septembre 2003, les points (7) et (8) des critères susmentionnés ne s'appliquent au demandeur que dans l'un des deux cas suivants :

- le médecin* de la personne assurée (ou le praticien de la santé si l'accident est survenu avant le 1^{er} septembre 2010) déclare par écrit que l'état de la personne assurée offre tous les signes d'un état permanent de « déficience invalidante »;
- que deux ans se soient écoulés depuis l'accident.

Explications et commentaires du médecin* sur les critères sélectionnés ci-dessus :

Décrivez la déficience ou les déficiences subies lors de l'accident d'automobile. Utilisez la définition de déficience invalidante pertinente à titre de référence. Si vous êtes en mesure de le faire et le jugez opportun, utilisez les degrés d'invalidité définis dans les guides de l'AMA.

	<input type="checkbox"/> Cochez cette case si vous joignez des conclusions que vous jugez pertinentes.
--	--

Partie 5**Signature
du médecin***

Je certifie que le demandeur souffre d'une déficience invalidante conformément à la définition jointe à la présente demande. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse faite sciemment à un assureur relativement à l'admissibilité d'une personne à des indemnités dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction en vertu de la *Loi sur les assurances*. Je reconnais également que le fait de rédiger ou d'utiliser sciemment un faux document avec l'intention de le faire reconnaître comme authentique constitue une infraction en vertu du *Code criminel* fédéral et que cette infraction est passible, en cas de condamnation, d'une peine maximale de 10 ans de prison.

Nom du médecin* (en lettres moulées)

Signature du médecin*

Date (AAAAMMJJ)

Remarque : Les honoraires imposés pour le remplissage de ce formulaire ne sont pas couverts par le ministère de la Santé de l'Ontario. Ces honoraires et le coût de tout examen nécessaire pour remplir ce formulaire doivent être facturés à l'assureur.