



Commission
des services
financiers de
l'Ontario
5160, rue Yonge
Toronto, ON
M2N 6L9

Services
de règlement
des
différends

Réponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage Formulaire E

N° du dossier d'arbitrage

Une **Demande d'arbitrage** a été déposée auprès des Services de règlement des différends de la Commission des services financiers de l'Ontario (la « Commission »). Une copie de la **Demande d'arbitrage** est jointe. Votre compagnie est l'une des parties nommées dans cet arbitrage.

Vous pouvez ajouter de nouvelles questions qui ont été soumises à la médiation mais qui n'ont pas été résolues. Vous devez remplir **toutes** les sections de la **Réponse**, signifier une copie à la personne assurée et fournir une preuve de signification à la Commission dans les **20** jours qui suivent réception du présent document.

Section 1

PERSONNE ASSURÉE

À quelle date l'accident d'automobile est-il survenu ?
(AAAA/MM/JJ)

M. Nom
 M^{me}.

Prénom

2^e prénom

ASSUREUR

Nom de la compagnie

Nom de la personne à contacter

M. Nom
 M^{me}.

Prénom

Adresse Rue

App./Bureau

Ville

Province/État

Code postal

Pays

Téléphone

Poste Télécopieur

Courriel (obligatoire)

()

()

N° de la demande de l'assureur

Titulaire de la police

N° de la police

Section 1- suite

REPRÉSENTANT(E) DE L'ASSUREUR

<input type="checkbox"/> M. Nom <input type="checkbox"/> M ^{me} .		Prénom		N° du dossier	
Titre			Nom du cabinet		
Adresse Rue				App./Bureau	
Ville		Province/État	Code postal	Pays	
Téléphone au travail ()		Poste ()	Télécopieur	Courriel (obligatoire)	
Le (La) représentant(e) est:					
<input type="checkbox"/> Un(e) Avocat(e)		numéro de permis du Barreau		_____	
<input type="checkbox"/> Parajuriste titulaire d'un permis		numéro de permis du Barreau		_____	
<input type="checkbox"/> N'a pas besoin d'un permis		_____			
Veuillez préciser le type d'exemption en fonction de la liste d'exemptions reconnues par les règlements administratifs du Barreau					

FORMAT DE L'AUDIENCE

1. L'assureur souhaite-t-il obtenir une audience verbale?	
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
2. L'assureur a-t-il besoin de services spéciaux, p. exemple équipement audiovisuel?	
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez décrire? ►
3. L'assureur retiendra-t-il les services d'un(e) sténographe judiciaire?	
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez décrire? ►

Section 2 Description du différend

Cochez les indemnités qui n'ont pas été réglées à l'étape de la médiation et pour lesquelles vous demandez des services d'arbitrage ou d'évaluation. Vous ne pouvez pas ajouter d'autres questions à cette étape jusqu'à ce qu'elles aient fait l'objet d'une médiation. (Joignez le formulaire FDIO-9 et des feuilles additionnelles, au besoin.) ▼

INDEMNITÉS HEBDOMADAIRES

Quelles indemnités hebdomadaires contestez-vous? <input type="checkbox"/> Indemnité de remplacement de revenu <input type="checkbox"/> Indemnité de personne sans revenu Que contestez-vous? <input type="checkbox"/> Le droit aux indemnités <input type="checkbox"/> Le montant des indemnités hebdomadaires <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser ▼		Date (AAAA/MM/JJ) Date du refus de l'assureur de payer: Raison du refus:	
Si la personne assurée a reçu des indemnités de remplacement de revenu, indiquez le montant hebdomadaire et la durée des paiements. \$ _____ Du: _____ Au: _____			

Section 2 – suite

Pour chaque indemnité cochée, expliquez brièvement la position de l'assureur sur les questions en litige. (Joignez le formulaire FDIO-9 et des feuilles additionnelles, au besoin.) ▼

 INDEMNITÉ DE SOIGNANT

Montant en litige? \$	Date (AAAA/MM/JJ) Date du refus de l'assureur de payer:
Que contestez-vous? <input type="checkbox"/> Le droit aux indemnités <input type="checkbox"/> Le montant des indemnités hebdomadaires <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser ▼	Raison du refus:

 INDEMNITÉ POUR FRAIS MÉDICAUX

Montant en litige? \$	Date (AAAA/MM/JJ) Date du refus de l'assureur de payer:
	Raison du refus:

 INDEMNITÉ POUR FRAIS MÉDICAUX

Montant en litige? \$	Date (AAAA/MM/JJ) Date du refus de l'assureur de payer:
	Raison du refus:
	Autres feuilles jointes <input type="checkbox"/>

 INDEMNITÉ DE RÉADAPTATION

Montant en litige? \$	Date (AAAA/MM/JJ) Date du refus de l'assureur de payer:
	Raison du refus:

 INDEMNITÉ DE RÉADAPTATION

Montant en litige? \$	Date (AAAA/MM/JJ) Date du refus de l'assureur de payer:
	Raison du refus:
	Autres feuilles jointes <input type="checkbox"/>

 INDEMNITÉ DE SOINS AUXILIAIRES

Montant en litige? \$	Date (AAAA/MM/JJ) Date du refus de l'assureur de payer:
	Raison du refus:

 SERVICES DE GESTIONNAIRE DE CAS

Montant en litige? \$	Raison du refus:

Section 2 – suite

Pour chaque indemnité cochée, expliquez brièvement la position de l'assureur sur les questions en litige. (Joignez le formulaire FDIO-9 et des feuilles additionnelles, au besoin.) ▼

 AUTRES FRAIS

Que contestez-vous?

- Frais d'études engagés inutilement
- Frais de personnes en visite
- Dommages causés aux vêtements, aux lunettes, etc
- Travaux ménagers et entretien du domicile

Montant total en litige?

\$

-
- Frais d'examen

 PRESTATION DE DÉCÈS

Montant réclamé?

\$

 INDEMNITÉ POUR FRAIS FUNÉRAIRES

Montant réclamé?

\$

 AUTRES DIFFÉRENDS

Montant réclamé?

\$

 DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Montant réclamé?

\$

Détails:

 INTÉRÊTS **FRAIS D'AUDIENCE** **ABUS DE PROCÉDURE, INSTANCE FRIVOLE OU VEXATOIRE** **RÉPONSE À UNE DEMANDE DE PRESTATION SPÉCIALE**

On s'attend à ce que les deux parties en cause aient échangé les principaux documents avant de remplir la présente Demande d'arbitrage.

Document -1. Veuillez énumérer les principaux documents en votre possession que vous comptez présenter dans le cadre de l'arbitrage. Indiquez le type de document dont il s'agit (lettre, rapport médical, déclaration de revenu), le nom du rédacteur ou de l'institution émettrice et la date du document.

Autres feuilles jointes

Document -2 Énumérez les principaux documents que vous n'avez pas en votre possession, que vous prévoyez obtenir d'autres sources (employeurs, médecins, Revenu Canada) et que vous comptez présenter dans le cadre de l'arbitrage. Vous devez également indiquer les documents demandés à l'autre partie (rapports de l'examen médical demandé par l'assureur, éléments de preuve obtenus par surveillance, résumé des indemnités versées) et qui ne vous ont pas été fournis. Indiquez le type de document dont il s'agit (lettre, rapport médical, déclaration de revenu), le nom du rédacteur ou de l'institution émettrice et la date du document, le cas échéant.

Autres feuilles jointes

Les renseignements personnels demandés dans ce formulaire sont recueillis aux termes de la Loi sur les assurances, L.R.O. 1990, chap. 1.8, telle que modifiée. Ces renseignements, y compris les documents qui accompagnent la présente demande, seront utilisés dans le cadre du processus de règlement des différends concernant les indemnités d'accident.

Signature et attestation

J'atteste que tous les renseignements fournis dans la présente Réponse ainsi que dans les pièces jointes sont véridiques et complets. Je reconnais que les renseignements déposés avec cette Demande d'arbitrage seront remis à l'autre partie au litige.

Nom	Titre	Signature	Date (AAAA/MM/JJ)

Faites parvenir l'**original et une copie** de la Demande d'arbitrage dûment remplie, signée et date à l'adresse ci-dessous : (faites une copie supplémentaire pour vos dossiers)

Services d'arbitrage
Services de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge, 14^e étage, C.P. 85
Toronto, ON M2N 6L9

Si vous avez des questions au sujet du présent formulaire, ou pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec:

Ligne de renseignements téléphoniques à Toronto : 416-590-7202 ou Sans frais : 1-800-517-2332, poste. 7202
Télécopieur : 416-590-8462

Site Web de la CSFO: www.fsco.gov.on.ca