



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

Services
de règlement
des
différends

Contre-réponse de l'auteur(e) de la Demande d'arbitrage Formulaire G

N° du dossier d'arbitrage

Utilisez le présent formulaire pour répondre aux questions soulevées par l'assureur à la suite de votre *Demande d'arbitrage*. Vous **devez répondre** à toute **nouvelle** question soulevée par l'assureur dans sa *Réponse*. Si l'assureur n'en a soulevé aucune, vous n'êtes pas tenu d'y répondre. Cette réponse est facultative. Vous devez signifier une copie de votre *Contre-réponse* à l'assureur **dans les 10 jours suivant la réception de la Réponse de l'assureur**. Vous devez aussi déposer votre *Contre-réponse* et une *Déclaration de signification* à la Commission.

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, chap. I.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. Les renseignements seront mis à la disposition de toutes les parties à la procédure. Toutes questions sur la collecte de ces renseignements peuvent être adressées au Directeur des arbitrages, Direction des services de règlement des différends, Commission des services financiers de l'Ontario (CFSO).

PERSONNE ASSURÉE

| | | | |
|--|-----|--------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> M. | Nom | Prénom | 2 ^e prénom |
| <input type="checkbox"/> M ^{me} | | | |

REPRÉSENTANT(E) LÉGAL(E) DE LA PERSONNE ASSURÉE

Si vous avez changé de représentant(e) depuis le dépôt de votre Demande d'arbitrage, indiquez les coordonnées de votre nouveau(elle) représentant(e).

| | | | |
|--|---------------|----------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> M. | Nom | Prénom | N° du dossier |
| <input type="checkbox"/> M ^{me} | | | |
| Titre | | Nom du cabinet | |
| Adresse Rue | | | App./Bureau |
| Ville | Province/État | Code postal | Pays |
| Téléphone | 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 | | |
| | | _____ |

ASSUREUR

| |
|---------------------|
| Nom de la compagnie |
|---------------------|

RÉPONSE

Veillez répondre à la position de l'assureur concernant les questions en litige. Joindre des feuilles additionnelles au besoin.

Feuilles additionnelles ajoutées

SIGNATURE

J'atteste par la présente que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire ainsi que dans les pièces jointes sont véridiques et complets. Je reconnais que des copies de tous les renseignements déposés avec cette Contre-réponse seront remis à l'autre partie en cause.

Personne assurée Nom
 Représentant(e)

Signature

Date (AAAA/MM/JJ)