

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

<b>Certificat d'invalidité (FDIO-3)</b>	
<i>Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1996</i>	
<b>N° de la demande :</b>	
<b>N° de la police :</b>	
<b>Date de l'accident :</b> (AAAAMJJ)	

Ce formulaire est à utiliser pour les accidents survenus à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1996. Si votre compagnie d'assurance vous demande de présenter ce formulaire, remplissez les parties 1 à 3 et remettez le document à votre **professionnel de la santé (chiropraticien, dentiste, infirmier praticien, ergothérapeute, optométriste, médecin, physiothérapeute, psychologue, orthophoniste)**. Une fois que ce praticien ou cette praticienne vous aura renseigné sur les conséquences médicales de l'accident, signez la partie 4. Il ou elle complètera le reste du formulaire en fonction de son évaluation la plus récente et le fera parvenir à l'assureur.

Seul un professionnel de la santé légalement qualifié peut remplir le présent formulaire. Les personnes qui examineront le certificat se fonderont sur l'opinion de ce professionnel pour prendre des décisions importantes. C'est pourquoi le document doit être rempli complètement et avec exactitude. Veuillez écrire en lettres moulées et fournir tous les renseignements demandés. Le formulaire ne doit en aucune façon être modifié.

Confidentialité : La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements ci-dessous sont assujetties aux lois relatives à la protection de la vie privée.

<b>Partie 1 Renseignements sur le demandeur</b>  À remplir par le demandeur	Date de naissance (AAAAMJJ)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Téléphone - -		Poste		
	Nom				Prénom				
	Second prénom				Courriel (facultatif)				
	Adresse								
	Ville			Province			Code postal		
	Travaillez-vous actuellement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Dans la négative, quelle est la date la plus récente à laquelle vous avez travaillé?						Année	Mois	Jour
	Travaillez-vous au moment de l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						Dans l'affirmative, quel genre de travail faisiez-vous?		
	Avez-vous travaillé pendant au moins 26 des 52 semaines précédant l'accident ou receviez-vous des prestations d'assurance-emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non								
	Receviez-vous des prestations d'assurance-emploi au moment de l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non								
	Étiez-vous la personne soignante principale d'une personne avec laquelle vous viviez au moment de l'accident? (voir la définition à la partie 6) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non								
Au moment de l'accident, étiez-vous inscrit(e) à un programme d'études élémentaire, secondaire ou postsecondaire ou à un programme d'éducation permanente? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non									

<b>Partie 2 Renseignements sur l'assureur</b>  À remplir par le demandeur	Nom de l'assureur		Localité de la succursale (s'il y a lieu)	
	Nom du représentant de l'assureur		Courriel (facultatif)	
	Téléphone - -		Télécopieur - -	
	Nom du titulaire de la police identique au : <input type="checkbox"/> Demandeur OU	Nom du titulaire de la police	Prénom du titulaire de la police	

<b>Partie 3</b> <b>Description de l'accident</b>  À remplir par le demandeur	Donnez une brève description de l'accident et de ce qui vous est arrivé. Veuillez décrire toute blessure que vous avez subie comme résultat direct de l'accident.
---	---

Feuilles supplémentaires jointes

<b>Partie 4</b> <b>Signature du demandeur</b>	<p>J'autorise le professionnel de la santé qui me traite 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 et les traitements reçus en raison de mon accident d'automobile, ainsi que sur toute affection antérieure ou ultérieure à l'accident qui pourrait entraver mon rétablissement, tel que cela sera raisonnablement nécessaire pour la prestation des soins et la détermination de mon admissibilité aux indemnités. J'autorise le professionnel de la santé qui complète le présent formulaire à communiquer avec mon employeur, au besoin, pour se renseigner sur les tâches principales reliées à mon emploi et sur tout autre poste aux tâches ou horaires modifiés qui serait disponible.</p> <p>Ce consentement ne s'applique pas à une consultation entre mon fournisseur de soins de santé et le professionnel de la santé de l'assureur qui effectue un examen. Un consentement spécial distinct doit être fourni expressément par écrit pour cette consultation.</p> <p><b>J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.</b></p> <p><b>JE RECONNAIS</b> que toute déclaration fausse ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue <b>UNE INFRACTION À LA LOI SUR LES ASSURANCES.</b></p> <p><b>JE COMPRENDS QUE LE CODE CRIMINEL (CANADA) CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE</b> frauder ou tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête. Les renseignements serviront à traiter les paiements des indemnités réclamées, à déterminer et à analyser la nature, les effets et les coûts des produits et services fournis aux victimes d'accidents d'automobile par les fournisseurs de soins de santé, ainsi qu'<b>À DÉTECTER, À PRÉVENIR ET À ÉLIMINER LES FRAUDES.</b></p>			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)</td> <td style="width: 40%;">Signature du demandeur ou du mandataire</td> <td style="width: 20%;">Date (AAAAMMJJ)</td> </tr> </table>		Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAAMMJJ)
Nom du demandeur ou du mandataire (en lettres moulées)	Signature du demandeur ou du mandataire	Date (AAAAMMJJ)		

**À l'attention du professionnel de la santé :**  
 Veuillez fournir les renseignements suivants en vous référant à votre examen médical le plus récent du demandeur identifié à la partie 1 et retourner le formulaire à l'assureur désigné à la partie 2. **Veillez écrire clairement en lettres moulées.**

<b>Partie 5</b> <b>Blessures et séquelles</b>  Cette partie et le reste du formulaire doivent être remplis par votre professionnel de la santé.	Fournissez une description (en commençant par les points les plus importants) des blessures et séquelles qui résultent directement de l'accident d'automobile, avec les codes CIM-10-CA <sup>a</sup> correspondants. (Consultez le guide de l'utilisateur - <a href="http://www.hcaiinfo.ca">www.hcaiinfo.ca</a> - pour tout renseignement concernant la classification CIM-10-CA.)																		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Description</th> <th style="width: 30%;">Code</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Description	Code																
Description	Code																		

**Partie 6**  
**Tests**  
**d'invalidité et**  
**renseigne-**  
**ments**  
**connexes**

À remplir par le  
 professionnel de  
 santé

Date de l'apparition des premiers symptômes : ___/___/___ (AAAAMMJJ) Date du dernier examen : ___/___/___ (AAAAMMJJ) Date du premier examen depuis l'accident : ___/___/___ (AAAAMMJJ)		
Le demandeur est-il essentiellement incapable d'accomplir les tâches obligatoires de son emploi au moment de l'accident en raison de ce dernier et pendant les 104 semaines suivantes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o.		
Le demandeur peut-il reprendre le travail avec des tâches ou des horaires modifiés? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o.		
Dans l'affirmative, veuillez préciser :		
Le demandeur souffre-t-il d'une incapacité totale à poursuivre ses activités habituelles? (c.-à-d. le demandeur souffre-t-il d'une déficience qui l'empêche d'accomplir quasiment toutes les activités qu'il exécutait habituellement avant l'accident?) Le cas échéant, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
À titre de personne soignante principale, le demandeur est-il essentiellement incapable de prodiguer les soins qu'il dispensait avant l'accident? (Le terme « personne soignante principale » désigne un demandeur qui, avant son accident, résidait avec une personne nécessitant des soins et dont il s'occupait à titre principal sans recevoir de rémunération.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le demandeur est-il, en raison de l'accident, incapable de poursuivre un programme d'études élémentaire, secondaire, postsecondaire ou de formation continue auquel il était inscrit avant l'accident?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le demandeur souffre-t-il d'une incapacité substantielle qui l'empêche d'effectuer les travaux ménagers et l'entretien du domicile qu'il accomplissait normalement avant l'accident?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si vous avez indiqué « Oui » à l'un des tests d'invalidité ci-dessus, quelle est la durée prévue de l'incapacité?	<input type="checkbox"/> 1-4 semaines <input type="checkbox"/> 5-8 semaines <input type="checkbox"/> 9-12 semaines <input type="checkbox"/> plus de 12 semaines	
Si vous avez indiqué « plus de 12 semaines » comme durée prévue dans l'un des tests d'invalidité ci-dessus, expliquez pourquoi les restrictions reliées aux tâches ou activités du demandeur sont susceptibles de se prolonger au-delà de 12 semaines.		

**Partie 7  
Autres  
investigations  
ou  
consultations**

- a) Avez-vous effectué d'autres examens, investigations ou consultations dont vous n'avez pas encore fait état?  
 Non  Oui (veuillez préciser les observations et les résultats)
- b) Prévoyez-vous ou jugez-vous nécessaires d'autres examens, investigations ou consultations?  
 Non  Oui (veuillez préciser)

**Partie 8  
Affections  
antérieures et  
parallèles**

- a) Avant l'accident, le demandeur souffrait-il d'une maladie, d'une affection ou d'une lésion qui compromettrait sa capacité à accomplir les activités énumérées à la partie 6?  
 Non  Ne sais pas  Oui (veuillez préciser)
- Dans l'affirmative, le demandeur reçoit-il actuellement des prestations d'invalidité pour la maladie, l'affection ou la lésion antérieure?  
 Non  Ne sais pas  Oui (veuillez préciser)
- Si vous avez traité le demandeur pour des affections semblables avant l'accident, donnez plus de détails (en indiquant par exemple la date de la première intervention et des suivantes, le cas échéant, ainsi que l'état du demandeur au moment de l'accident).
- b) Depuis l'accident d'automobile, le demandeur a-t-il contracté ou subi une maladie, une affection ou une lésion non reliée à l'accident qui pourrait influencer sur son invalidité?  
 Non  Ne sais pas  Oui (veuillez préciser)

**Partie 9  
Médicaments**

- a) Énumérez tous les médicaments (avec la dose et la fréquence) que prend actuellement le demandeur comme suite aux lésions causées par l'accident d'automobile.
- Ces médicaments ont-ils été prescrits par vous-même?  Non  Oui
- b) Énumérez tous les médicaments (avec la dose et la fréquence) que prend actuellement le demandeur comme suite aux affections antérieures et parallèles indiquées à la partie 8.
- Ces médicaments ont-ils été prescrits par vous-même?  Non  Oui

**Partie 10**  
**Signature du**  
**praticien de la**  
**santé**

Nom du praticien de la santé		N° d'inscription de l'Ordre		<b>Votre profession :</b> <input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Infirmier praticien <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Optométriste <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Orthophoniste
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	
Téléphone	Poste	Télécopieur		
-		-		
Courriel				
<p><b>J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.</b></p> <p><b>JE COMPRENDS QUE LA LOI SUR LES ASSURANCES CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE</b> faire sciemment une déclaration ou une affirmation fausse ou trompeuse à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance. Les secteurs réglementés peuvent faire l'objet d'un examen ou d'une enquête concernant des questions relatives à un permis ou à une pratique ou acte malhonnête ou mensonger. Le non-respect des règlements applicables peut entraîner des mesures d'exécution, allant d'une sanction administrative pécuniaire à la poursuite en vertu de la <i>Loi sur les infractions provinciales</i>.</p> <p><b>JE COMPRENDS QUE LE CODE CRIMINEL (CANADA) CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE</b> frauder ou tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête. Les renseignements serviront à traiter les paiements des indemnités réclamées, à déterminer et à analyser la nature, les effets et les coûts des produits et services fournis aux victimes d'accidents d'automobile par les fournisseurs de soins de santé, ainsi qu'<b>À DÉTECTER, À PRÉVENIR ET À ÉLIMINER LES FRAUDES.</b></p>				
Nom du praticien de la santé (en lettres moulées)		Signature du praticien de la santé		Date (AAAAMJJ)

Remarque : Les honoraires imposés pour remplir ce certificat ne sont pas couverts par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Ces honoraires doivent être facturés directement à l'assureur.