

Remettre le présent formulaire rempli à :

Plan de traitement et d'évaluation (FDIO-18)

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

** N° de demande

** N° de police

Date de l'accident

(AAAA/MM/JJ)

REMARQUE : Le plan de traitement et d'évaluation (FDIO-18) n'est pas nécessaire pour faire les réclamations suivantes :

- les services d'ambulance ou les autres biens ou services fournis en cas d'urgence au plus 5 jours ouvrables après l'accident;

- les médicaments prescrits par un membre d'une profession de la santé réglementée;
- les biens ou les services dentaires (mentionnés dans le formulaire normalisé de demande de paiement);
- les biens dont il est fait référence dans les articles 15(1)(d) à (f) et dans les articles 16(3)(h) à (j) dont le coût est de 250 \$ ou moins par article;
- les biens et les services dont il est fait référence dans l'article 15(1)(h) ou 16(3)(l) si l'assureur accepte que la dépense est essentielle au traitement ou à la réadaptation de l'assuré et dont le coût est de 250 \$ ou moins par article ou service.

S'il s'agit d'une déficience visée par la directive relative aux blessures mineures (accidents survenus à compter du 1^{er} septembre 2010), utiliser le formulaire FDIO-23 (*Confirmation du traitement*) plutôt que le présent formulaire.

Auteur de la demande :

Veillez fournir les renseignements à inscrire aux parties 1, 2 et 3. Après que le membre d'une profession de la santé réglementée qui s'occupe de vous aura passé en revue avec vous votre plan de traitement et d'évaluation, signez à la partie 10 et apposez vos initiales à la partie 12.

Le membre d'une profession de la santé réglementée remplira les autres parties du formulaire.

La collecte, l'utilisation et la divulgation de l'information demandée sont assujetties aux lois applicables sur la protection de la vie privée. D'autres divulgations et consentements peuvent être requis selon le mode d'utilisation ou de divulgation.

Comme indiqué sur le formulaire, toute pièce jointe est envoyée directement à l'assureur.

Tous les champs doivent être remplis sous réserve des exceptions suivantes :

* obligatoire si le renseignement est connu;

** au moins un champ dans cette section;

*** facultatif.

Membre d'une profession de la santé réglementée ou établissement :

Dans la mesure du possible, le présent plan de traitement et d'évaluation doit inclure tous les biens et services envisagés par le membre d'une profession de la santé réglementée qui est désigné à la partie 5.

La partie 4 doit être signée par un praticien de la santé (chiropraticien, dentiste, infirmier praticien, ergothérapeute, optométriste, médecin, physiothérapeute, psychologue, orthophoniste).

Veillez remplir la partie 6 en vous fondant sur votre examen le plus récent de l'auteur de la demande et retourner le formulaire à l'assureur désigné à la partie 2. Veillez écrire lisiblement.

Consentement : Le membre d'une profession de la santé réglementée doit s'assurer qu'un formulaire de consentement autorise sa collecte, son utilisation et sa divulgation des renseignements fournis. Il peut utiliser à cet effet le formulaire FDIO-5 (*Autorisation de divulguer des renseignements médicaux*).

Partie 1 Auteur de la demande	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe :	*Numéro de téléphone	Poste
	Nom de famille			
	Prénom	*** Second prénom		
	Adresse			
	Ville	Province	Code postal	

Partie 2 Assureur	Nom de l'assureur		Localité de la succursale (le cas échéant)		
	* Nom de famille de l'expert en assurances		* Prénom de l'expert en assurances		
	* Numéro de téléphone de l'expert en assurances		Poste	* Numéro de télécopieur de l'expert en assurances	
	** Nom du titulaire de la police Auteur de la demande <input type="checkbox"/> OU :		** Nom de famille du titulaire de la police		* Prénom du titulaire de la police

**Partie 3
Autre assurance**

Remplie par le membre d'une profession de la santé réglementée qui est désigné à la partie 5 avec les renseignements fournis par l'auteur de la demande

À compter du 1^{er} juillet 2026, les assureurs automobiles seront les premiers payeurs des indemnités pour frais médicaux et de réadaptation. Cette mesure ne s'applique pas aux frais de médicaments, lesquels doivent d'abord être soumis aux régimes d'assurance-maladie complémentaire ou supplémentaire.

AUTRE ASSURANCE : Les biens et services énumérés dans le présent plan de traitement et d'évaluation sont-ils couverts par une autre assurance? Après avoir posé des questions raisonnables à l'auteur de la demande, j'ai déterminé que :

NON Aucune autre assurance mentionnée ne couvre ces biens et services. **OUI** Une autre assurance pourrait couvrir la totalité ou une partie de ces biens et services.

Ministère de la santé	Le ministère de la Santé couvre-t-il les biens et services mentionnés dans le présent plan? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet	
Autre assureur 1	* Nom de l'autre assureur	* Numéro de l'autre régime ou police d'assurance
	* Nom du participant au régime	* Code d'identification de l'autre assureur
Autre assureur 2	* Nom de l'autre assureur	* Numéro de l'autre régime ou police d'assurance
	* Nom du participant au régime	* Code d'identification de l'autre assureur

**Partie 4
Signature du praticien de la santé**

Certification du plan de traitement et d'évaluation

Nom du praticien de la santé		Numéro d'inscription à l'Ordre		Vous êtes : <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 (le cas échéant)				
N° d'inscription de l'emplacement dans le système DRSSAA (s'il y a lieu)		N° de permis de l'ARSF (le cas échéant)		
Adresse de prestation des services				
Ville	Province	Code postal		
Numéro de téléphone	* Poste	* Numéro de télécopieur		
* Adresse de courriel				
<p>Si l'accident est survenu le 1^{er} septembre 2010 ou après cette date :</p> <p>S'agit-il principalement d'une déficience visée par la directive relative aux blessures mineures applicable à l'accident? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, veuillez choisir la condition qui s'applique :</p> <p><input type="checkbox"/> Le traitement prévu par la directive relative aux blessures mineures a déjà été appliqué et des biens ou des services de traitement supplémentaires sont requis à l'intérieur de la limite de 3 500 \$.</p> <p><input type="checkbox"/> L'auteur de la demande avait un problème de santé préexistant documenté par moi ou par un autre membre d'une profession de la santé réglementée avant l'accident et qui empêcherait l'auteur de la demande de recevoir le recouvrement maximal pour la blessure mineure s'il est assujéti à la limite de 3 500 \$ ou s'il est limité aux biens et services autorisés conformément à la directive relative aux blessures mineures. Veuillez fournir une explication ainsi que des preuves suffisantes à l'appui de cette recommandation :</p>				
Envoyez toute pièce jointe directement à l'assureur.				

À L'ASSUREUR AUPRÈS DE QUI CETTE DEMANDE EST SOUMISE :

JE COMPRENDS que vous-même et des personnes agissant en votre nom pourrez procéder à la collecte de différents renseignements – commerciaux, personnels et ceux liés à la santé – se rapportant à la soumission de cette demande d'indemnité du demandeur et qui sont liés à l'accident mentionné dans ce Plan de traitement et d'évaluation, et que tous ces renseignements vous seront fournis directement par moi-même ou toute autre personne à qui j'ai donné mon consentement.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom collecterez des renseignements portant sur ce Plan de traitement et d'évaluation que j'ai préparé.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT, qu'à titre de professionnel de la santé du demandeur, vous-même et les personnes agissant en votre nom pourrez collecter des renseignements que j'ai fournis au sujet de cette demande d'indemnité dans ce formulaire ou dans tout autre formulaire de réclamation d'assurance-automobile.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que les renseignements de ce formulaire seront collectés et utilisés uniquement comme il sera raisonnablement nécessaire de le faire, et avec le consentement du demandeur, aux fins suivantes :

- enquêter sur les demandes d'indemnité du demandeur et les traiter conformément à la loi, y compris la Police d'assurance-automobile de l'Ontario;
- obtenir ou vérifier les renseignements relatifs aux demandes d'indemnité du demandeur afin d'établir son admissibilité et le montant exact du paiement;
- recouvrer auprès des assureurs et des autres parties responsables, conformément au droit, les sommes correspondant aux dépenses que vous effectuez relativement aux demandes d'indemnité du demandeur;
- déterminer et analyser la nature et les coûts des biens et services fournis aux victimes d'accident d'automobile par les fournisseurs de soins de santé;
- prévenir, détecter et éliminer la fraude;
- compiler des statistiques anonymes destinées aux organismes gouvernementaux;
- évaluer les risques liés à la souscription et les données relatives aux demandes de règlement.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom pouvez divulguer ces renseignements aux personnes ou organismes ci-dessous, qui pourront, à leur tour, collecter et utiliser cette information uniquement comme il sera raisonnablement nécessaire de le faire pour vous permettre de réaliser les activités décrites précédemment :

assureurs, experts d'assurance, agents et courtiers; employeurs; professionnels de la santé; hôpitaux; comptables; conseillers financiers; avocats; organisations qui compilent l'information concernant les demandes de règlement et la souscription pour le compte des assurances; organismes de prévention des fraudes, autres compagnies d'assurance; autorités policières; bases de données ou registres utilisés par l'industrie des assurances pour analyser et vérifier l'information fournie par rapport à l'information existante; mandataires ou représentants que je désignerai occasionnellement.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom pouvez mettre en commun ces renseignements avec des renseignements provenant d'autres sources et les analyser à la seule fin de prévenir, de détecter ou d'éliminer la fraude.

JE CONSENS à ce que vous puissiez collecter, utiliser et divulguer les renseignements liés à ce Plan de traitement et d'évaluation de la manière indiquée précédemment, dans la mesure où il ne s'agit que des renseignements raisonnablement nécessaires pour atteindre le but légitime de cette collecte, utilisation ou divulgation.

JE COMPRENDS que, si j'ai des questions concernant ce consentement, je peux en toute liberté consulter le représentant de la compagnie d'assurance ou un conseiller juridique avant de signer le présent document.

JE SUIS ÉGALEMENT CONSCIENT(E) que vous-même et les personnes agissant en votre nom pourriez être dans l'obligation de divulguer ces renseignements à d'autres parties, à mon insu ou sans mon consentement, ou être autorisés par la loi à le faire.

JE CONFIRME QUE, à ma connaissance, les renseignements que contient le présent plan de traitement et d'évaluation sont exacts, que le membre d'une profession de la santé réglementée qui est désigné à la partie 5 a passé le plan en revue avec l'auteur de la demande et que les produits et services envisagés sont raisonnables et nécessaires pour le traitement des blessures indiquées à la partie 6 et la réadaptation de l'auteur de la demande.

J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.

JE COMPRENDS QUE LA LOI SUR LES ASSURANCES CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE faire sciemment une déclaration ou une affirmation fausse ou trompeuse à un assureur relativement à son droit à une indemnité prévue par un contrat d'assurance. Les secteurs réglementés peuvent faire l'objet d'un examen ou d'une enquête sur des questions liées à un permis ou à un acte ou une pratique malhonnête ou mensonger. Le non-respect des règlements applicables et/ou des règles de l'ARSF peut entraîner des mesures d'exécution allant d'une sanction administrative pécuniaire à des poursuites en vertu de la *Loi sur les infractions provinciales*.

PAR AILLEURS, JE SUIS CONSCIENT QUE LE CODE CRIMINEL (CANADA) CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE frauder ou de tenter de frauder un assureur en recourant à la supercherie, au mensonge ou à un acte malhonnête. Les renseignements fournis seront utilisés pour le traitement des paiements de réclamations, pour déterminer et analyser les effets et les coûts des biens et services que les fournisseurs de soins de santé procurent aux victimes d'accidents d'automobile, et pour **PRÉVENIR, DÉTECTER ET RÉPRIMER LES FRAUDES**.

Pour obtenir des informations supplémentaires concernant les questions liées au respect de la vie privée, veuillez communiquer avec l'agent de la protection de la vie privée pour la compagnie d'assurance indiquée à la partie 2.

Pour en savoir davantage sur la façon dont votre consentement est lié à la mise en commun et à l'analyse des données pour prévenir et détecter la fraude, veuillez visiter le site <https://fr.ibc.ca/information-privacy-and-you>

Nom du praticien de la santé (lettres moulées)

Signature du praticien de la santé

Date (AAAA/MM/JJ)

**Partie 5
Signature du
membre
d'une
profession
de la santé
réglementée**

Préparation et
supervision du
plan de traitement
et d'évaluation

Même personne
que celle désignée
à la partie 4 :
cochez cette case
 et **NE
REPLISSEZ PAS
la partie 5.**

Nom du membre d'une profession de la santé réglementée		Numéro d'inscription à l'Ordre		Vous êtes : <input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Massothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Optométriste <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Autre _____
Nom de l'établissement (le cas échéant)				
N° d'inscription de l'emplacement dans le système DRSSAA		N° de permis de 'ARSF (le cas échéant)		
Adresse de prestation des services				
Ville	Province	Code postal		
Numéro de téléphone	* Poste	* Numéro de télécopieur		
* Adresse de courriel				

À L'ASSUREUR AUPRÈS DE QUI CETTE DEMANDE EST SOUMISE :

JE COMPRENDS que vous-même et des personnes agissant en votre nom pourrez procéder à la collecte de renseignements personnels et de ceux liés à la santé qui se rapportent à la demande d'indemnité du demandeur concernant l'accident mentionné dans ce Plan de traitement et d'évaluation et que tous ces renseignements vous seront fournis directement par moi-même ou toute autre personne à qui j'ai donné mon consentement.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom collecterez des renseignements portant sur ce Plan de traitement et d'évaluation que j'ai préparé.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que, à titre de professionnel de la santé réglementé pour le demandeur, vous-même et des personnes agissant en votre nom pourrez collecter les renseignements que j'ai fournis au sujet de cette demande d'indemnité dans ce formulaire ou dans tout autre formulaire de réclamation d'assurance-automobile.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que les renseignements de ce formulaire seront collectés et utilisés uniquement comme il sera raisonnablement nécessaire de le faire, et avec le consentement du demandeur, aux fins suivantes :

- enquêter sur les demandes d'indemnité du demandeur et les traiter conformément à la loi, y compris la Police d'assurance-automobile de l'Ontario;
- obtenir ou vérifier les renseignements relatifs aux demandes d'indemnité du demandeur afin d'établir son admissibilité et le montant exact du paiement;
- recouvrer auprès des assureurs et des autres parties responsables, conformément au droit, les sommes correspondant aux dépenses que vous effectuez relativement aux demandes d'indemnité du demandeur;
- déterminer et analyser la nature et les coûts des biens et services fournis aux victimes d'accident d'automobile par les fournisseurs de soins de santé;
- prévenir, détecter et éliminer la fraude;
- compiler des statistiques anonymes destinées aux organismes gouvernementaux;
- évaluer les risques liés à la souscription et les données relatives aux demandes de règlement.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom pouvez divulguer ces renseignements aux personnes ou organismes ci-dessous, qui pourront à leur tour collecter et utiliser cette information uniquement comme il sera raisonnablement nécessaire de le faire pour vous permettre de réaliser les activités décrites précédemment :

assureurs, experts d'assurance, agents et courtiers; employeurs; professionnels de la santé; hôpitaux; comptables; conseillers financiers; avocats; organisations qui compilent l'information concernant les demandes de règlement et la souscription pour le compte des assurances; organismes de prévention des fraudes, autres compagnies d'assurance; autorités policières; bases de données ou registres utilisés par l'industrie des assurances pour analyser et vérifier l'information fournie par rapport à l'information existante; mandataires ou représentants que je désignerai occasionnellement.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom pouvez mettre en commun ces renseignements avec des renseignements provenant d'autres sources et les analyser à la seule fin de prévenir, de détecter ou d'éliminer la fraude.

JE CONSENS à ce que vous puissiez collecter, utiliser et divulguer les renseignements liés à ce Plan de traitement et d'évaluation de la manière indiquée précédemment, mais sans dépasser ce qui est raisonnablement nécessaire, pour atteindre le but légitime de cette collecte, utilisation ou divulgation.

JE COMPRENDS que, si j'ai des questions concernant ce consentement, je peux en toute liberté consulter le représentant de la compagnie d'assurance ou un conseiller juridique avant de signer le présent document.

JE SUIS ÉGALEMENT CONSCIENT(E) que vous-même et les personnes agissant en votre nom pourriez être dans l'obligation de divulguer ces renseignements à d'autres parties à mon insu ou sans mon consentement, ou être autorisés par la loi à le faire.

J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.

JE COMPRENDS QUE LA LOI SUR LES ASSURANCES CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE faire sciemment une déclaration ou une affirmation fausse ou trompeuse à un assureur relativement à son droit à une indemnité prévue par un contrat d'assurance. Les secteurs réglementés peuvent faire l'objet d'un examen ou d'une enquête sur des questions liées à un permis ou à un acte ou une pratique malhonnête ou mensonger. Le non-respect des règlements applicables et/ou des règles de l'ARSF peut entraîner des mesures d'exécution allant d'une sanction administrative pécuniaire à des poursuites en vertu de la *Loi sur les infractions provinciales*.

PAR AILLEURS, JE SUIS CONSCIENT QUE LE CODE CRIMINEL CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE frauder ou de tenter de frauder un assureur en recourant à la supercherie, au mensonge ou à un acte malhonnête. Les renseignements fournis seront utilisés pour le traitement des paiements de réclamations, pour déterminer et analyser les effets et les coûts des biens et services que les fournisseurs de soins de santé procurent aux victimes d'accidents d'automobile, et pour **PRÉVENIR, DÉTECTER ET RÉPRIMER LES FRAUDES.**

Pour obtenir des informations supplémentaires concernant les questions liées au respect de la vie privée, veuillez communiquer avec l'agent de la protection de la vie privée de la compagnie d'assurance indiquée à la partie 2.

Pour en savoir davantage sur la façon dont votre consentement est lié à la mise en commun et à l'analyse des données pour prévenir et détecter la fraude, veuillez visiter le site <https://fr.abc.ca/information-privacy-and-you>

Nom du membre d'une profession de la santé réglementée (lettres moulées)

Signature du membre d'une profession de la santé réglementée

Date (AAAA/MM/JJ)

Partie 6 Blessures et séquelles

Décrivez (en commençant par les plus importantes) les plaintes, les blessures et les séquelles qui résultent directement de l'accident d'automobile et indiquez les codes CIM-10-CA correspondants (consultez le guide de l'utilisateur à www.hcaiinfo.ca pour en savoir plus sur ces codes).

Description	Code

Partie 7 Problèmes de santé antérieurs et parallèles

a) Avant l'accident, l'auteur de la demande avait-il une maladie, un problème de santé ou une blessure qui pourrait influencer sur sa réaction au traitement administré pour soigner les blessures mentionnées à la partie 6?
 Non Ne sais pas Oui (veuillez préciser)

Dans l'affirmative, l'auteur de la demande a-t-il subi des examens ou reçu des traitements pour cette maladie, ce problème ou cette blessure au cours de la dernière année?

Non Ne sais pas Oui (veuillez préciser et indiquer le nom du fournisseur si vous le connaissez)

b) Depuis l'accident d'automobile, l'auteur de la demande a-t-il contracté ou subi une autre maladie, un autre problème de santé ou une autre blessure sans rapport avec l'accident qui pourrait influencer sur sa réaction au traitement administré pour soigner les blessures mentionnées à la partie 6?

Non Ne sais pas Oui (veuillez préciser)

Envoyez toute pièce jointe directement à l'assureur.

Partie 8 Restrictions relatives aux activités

a) Est-ce que les déficiences de l'auteur de la demande qui découlent des blessures mentionnées à la partie 6 limitent sa capacité d'exercer :

Ses activités professionnelles? Sans emploi Non Ne sais pas Oui

Ses activités quotidiennes normales? Non Ne sais pas Oui

b) Si vous avez répondu « oui » à l'une des deux questions ci-dessus, décrivez brièvement les activités dont l'exercice est restreint par la déficience et leur incidence sur la capacité de l'auteur de la demande à fonctionner.

c) Si l'auteur de la demande n'est plus capable d'exercer ses fonctions professionnelles depuis l'accident, l'employeur est-il en mesure d'adapter adéquatement son emploi?

Sans emploi Oui Ne sais pas Non (veuillez préciser)

Partie 9
Objectifs du plan, méthodes d'évaluation des résultats et obstacles au rétablissement

a) **Objectifs**

(i) Indiquez les objectifs du présent plan de traitement et d'évaluation à l'égard des déficiences, des symptômes ou de la pathologie de l'auteur de la demande :

Réduction de la douleur Augmentation de l'amplitude des mouvements
 Augmentation de la force Autre / sans objet (veuillez préciser)

et

(ii) Précisez les objectifs fonctionnels du présent plan de traitement et d'évaluation :

Retour aux activités quotidiennes normales Retour aux activités professionnelles exercées avant l'accident
 Retour à des activités professionnelles adaptées Autre / sans objet (veuillez préciser)

b) **Évaluation**

(i) Comment les progrès vers les objectifs mentionnés en a) (i) et (ii) seront-ils évalués?

(ii) * Dans le cas d'un plan de traitement et d'évaluation subséquent, quelle amélioration avez-vous constatée à la fin du plan précédent en vous fondant sur votre méthode d'évaluation?

Envoyez toute pièce jointe directement à l'assureur.

c) **Obstacles au rétablissement**

(i) Avez-vous constaté d'autres obstacles au rétablissement? Non Oui (veuillez préciser)

(ii) *Proposez-vous des recommandations ou des stratégies pour surmonter ces obstacles? Non Oui (veuillez préciser)

d) **Traitement parallèle**

Savez-vous si des traitements parallèles non mentionnés dans le présent plan de traitement et d'évaluation seront fournis par d'autres fournisseurs ou établissements?

Non Oui (veuillez préciser)

Partie 10
Signature de
l'auteur de la
demande

Doit être remplie,
sauf si l'assureur
y renonce

À L'ASSUREUR AUPRÈS DE QUI CETTE DEMANDE EST SOUMISE :

JE COMPRENDS que vous-même et des personnes agissant en votre nom pourrez procéder à la collecte de différents renseignements personnels et ceux liés à la santé à mon sujet, qui se rapportent à mes demandes d'indemnité concernant l'accident mentionné dans ce Plan de traitement et d'évaluation, et que tous ces renseignements vous seront fournis directement par moi-même ou toute autre personne à qui je donne mon consentement.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom collecterez des renseignements portant sur ce Plan de traitement et d'évaluation préparé par mon/mes fournisseur(s) de soins de santé.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que, si je détiens une police d'assurance-automobile, vous-même et les personnes agissant en votre nom pourrez collecter les renseignements que j'ai fournis au sujet de cette demande d'indemnité dans ce formulaire ou dans tout autre formulaire de réclamation d'assurance-automobile.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que les renseignements décrits précédemment seront collectés et utilisés uniquement comme il sera raisonnablement nécessaire de le faire aux fins suivantes :

- enquêter sur mes demandes d'indemnité et les traiter conformément à la loi, y compris la Police d'assurance-automobile de l'Ontario;
- obtenir ou vérifier les renseignements relatifs à mes demandes d'indemnité afin d'établir mon admissibilité et le montant exact du paiement;
- recouvrer auprès des assureurs et des autres parties responsables, conformément au droit, les sommes correspondant aux dépenses que vous effectuez relativement à mes demandes d'indemnité;
- déterminer et analyser la nature et les coûts des biens et services fournis aux victimes d'accident d'automobile par les fournisseurs de soins de santé;
- prévenir, détecter et éliminer la fraude;
- compiler des statistiques anonymes destinées aux organismes gouvernementaux;
- évaluer les risques liés à la souscription et les données relatives aux demandes de règlement.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT que vous-même et les personnes agissant en votre nom pouvez divulguer ces renseignements aux personnes ou organismes ci-dessous, qui pourront à leur tour collecter et utiliser cette information uniquement comme il sera raisonnablement nécessaire de le faire pour vous permettre de réaliser les activités décrites précédemment :

assureurs, experts d'assurance, agents et courtiers; employeurs; professionnels de la santé; hôpitaux; comptables; conseillers financiers; avocats; organisations qui compilent l'information concernant les demandes de règlement et la souscription pour le compte des assurances; organismes de prévention des fraudes, autres compagnies d'assurance; autorités policières; bases de données ou registres utilisés par l'industrie des assurances pour analyser et vérifier l'information fournie par rapport à l'information existante; mandataires ou représentants que je désignerai occasionnellement.

JE COMPRENDS que vous-même et les personnes agissant en votre nom pouvez mettre en commun ces renseignements avec des renseignements provenant d'autres sources et les analyser à la seule fin de prévenir, de détecter ou d'éliminer la fraude.

JE CONSENS à ce que vous puissiez collecter, utiliser et divulguer les renseignements liés à ce Plan de traitement et d'évaluation de la manière indiquée précédemment, mais sans dépasser ce qui est raisonnablement nécessaire pour atteindre le but légitime de cette collecte, utilisation ou divulgation.

JE COMPRENDS que, si j'ai des questions concernant ce consentement, je peux en toute liberté consulter le représentant de ma compagnie d'assurance ou un conseiller juridique avant de signer le présent document.

JE SUIS ÉGALEMENT CONSCIENT(E) que vous-même et les personnes agissant en votre nom pourriez être dans l'obligation de divulguer ces renseignements à d'autres parties à mon insu ou sans mon consentement, ou être autorisés par la loi à le faire.

J'ai examiné et j'accepte le présent plan de traitement et d'évaluation. Je sais que tout paiement lié à ce plan est conditionnel à l'approbation de l'assureur.

Je sais que si mon assureur n'accepte pas de payer tous les biens et services envisagés dans le présent plan de traitement et d'évaluation, on pourrait exiger un examen pour déterminer mon admissibilité à ces produits et services.

Si l'on demande un examen, j'autorise mon assureur et mes fournisseurs de soins de santé à ne divulguer à la personne désignée par mon assureur pour évaluer la présente demande que les renseignements concernant mon état de santé ainsi que les traitements et services de réadaptation reçus en raison de l'accident, selon ce qui est raisonnablement nécessaire pour déterminer mon admissibilité aux indemnités.

Comme l'exige la loi, une copie du rapport d'examen et la décision de l'assureur me seront envoyées.

Sous réserve de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales et dans le cas où une autorisation préalable est exigée, je sais que si j'utilise un service proposé par mon fournisseur avant que l'assureur ne l'approuve, je peux être tenu de le payer moi-même.

J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT VÉRIDIQUES ET EXACTS.

JE COMPRENDS QUE LA LOI SUR LES ASSURANCES CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE faire sciemment une déclaration ou une affirmation fausse ou trompeuse à un assureur relativement à son droit à une indemnité prévue par un contrat d'assurance.

PAR AILLEURS, JE SUIS CONSCIENT QUE LE CODE CRIMINEL CONSIDÈRE COMME UNE INFRACTION LE FAIT DE frauder ou de tenter de frauder un assureur en recourant à la supercherie, au mensonge ou à un acte malhonnête. Les renseignements fournis seront utilisés pour le traitement des paiements de réclamations, pour déterminer et analyser les effets et les coûts des biens et services que les fournisseurs de soins de santé procurent aux victimes d'accidents d'automobile, et pour **PRÉVENIR, DÉTECTER ET RÉPRIMER LES FRAUDES.**

Pour en savoir davantage sur la façon dont votre consentement est lié à la mise en commun et à l'analyse des données pour prévenir et détecter la fraude, veuillez visiter le site <https://fr.ibc.ca/information-privacy-and-you>

Pour obtenir des informations supplémentaires concernant les questions liées au respect de la vie privée, veuillez communiquer avec l'agent de la protection de la vie privée de la compagnie d'assurance indiquée à la partie 2.

Nom de l'auteur de la demande ou du mandataire désigné (lettres moulées)	Signature de l'auteur de la demande ou du mandataire désigné	Date (AAAA/MM/JJ)
--	--	-------------------

Auteur de la demande		FDIO-18	Numéro de police	
Fournisseur			Numéro de demande	
Télec. du fournisseur			Date de l'accident	

Partie 11 Fournisseurs de soins de santé	Référence du fournisseur	†Type de fournisseur	Fournisseur		Réglémenté (N° d'inscription à l'Ordre)	Non réglémenté (S'il y a lieu ou vide)	Tarif horaire (le cas échéant)
	A		Nom de famille	Prénom			
	B						
	C						
	D						
	E						
	F						

Partie 12 Biens et services proposés nécessitant l'approbation de l'assureur	Réf. BS	Description	†Code	†Attribut	Réf. du fournisseur	Estimation			Prévision	
						Quantité	†Mesure	Coût	Nbre total	Coût total
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									
	11									
	12									
13										
Durée estimée du présent plan						semaines	Total partiel :			
*Combien de consultations avez-vous déjà effectuées?						* consultations	Moins MO :			
Remarque : † Consultez les directives sur les codes dans le guide de l'utilisateur affiché à www.hcaiinfo.ca .						Moins autre assureur 1+2 :				
Les codes d'attribut apportent des précisions sur les codes de services et sont décrits dans le guide.						TAXE (le cas échéant) :				
Le paiement des frais par l'assureur automobile est consécutif aux indemnités accessoires disponibles.						Total – assureur automobile :				
Le demandeur ou mandataire désigné confirme consentir aux biens et services proposés :										Initiales :

* Veuillez ajouter tout commentaire supplémentaire concernant les biens et services proposés :

Joignez-vous des pièces? Oui Non

Dans l'affirmative, combien? _____

Envoyez toute pièce jointe directement à l'assureur.

**Partie 13
Signature de l'assureur**

*** Je renonce à l'obligation de faire signer le demandeur.

J'ai examiné le présent plan de traitement et d'évaluation et, en me fondant sur les renseignements fournis :

je l'approuve. je l'approuve en partie. je ne l'approuve pas.

L'Annexe sur les indemnités d'accident légales précise que l'assureur doit, dans les 10 jours ouvrables de la réception du présent plan de traitement et d'évaluation, donner à l'auteur de la demande un avis indiquant les biens et services envisagés par le plan que l'assureur paiera ou non.

Nom de l'expert en assurances (lettres moulées)	Signature de l'expert en assurances	Date (AAAA/MM/JJ)
---	-------------------------------------	-------------------

Assureur : Veuillez fournir une copie de la présente page à l'auteur de la demande, au praticien de la santé désigné à la partie 4 et au membre d'une profession de la santé réglementée qui est désigné à la partie 5.

Remarque : Les honoraires liés au traitement du présent formulaire doivent être facturés directement à l'assureur. Le membre d'une profession de la santé réglementée qui est désigné à la partie 5 doit fournir à chacun des fournisseurs de soins de santé désignés à la partie 11 des renseignements détaillés sur les services et les autres frais qui sont approuvés et remboursables dans le cadre du présent plan de traitement et d'évaluation.