



**TD Assurance**  
**Directives pour remplir la trousse**  
**de demande de règlement**  
**de plan de protection TD en cas d'invalidité**  
**(Prêt ou prêt hypothécaire)**

Cette assurance est émise par La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (Canada-Vie). TD, Compagnie d'assurance-vie (TD Vie) en est l'administrateur\* autorisé et gèrera cette demande de règlement au nom de Canada-Vie.

La trousse de demande de règlement de plan de protection TD en cas d'invalidité contient deux parties:

- **Partie A: Déclaration du demandeur de plan de protection TD en cas d'invalidité.**
- **Partie B: Déclaration du médecin traitant relativement à une invalidité.**

**Remarque**

- La demande des dossiers médicaux exclut tous les résultats de tests génétiques. Ne divulguez aucun résultat de test génétique.
- Veuillez écrire en lettres moulées et utiliser un stylo.
- Paraphez toutes les corrections ou modifications, y compris toute correction apportée au moyen de liquide correcteur (*liquid paper*).
- Toutes les parties doivent être remplies, et tout renseignement manquant pourrait retarder le traitement de votre demande.
- Vous trouverez ci-dessous une liste de vérification pour vous aider à remplir la trousse de demande de règlement.
- Dans les 10 jours suivant la réception de votre trousse de demande de règlement, un expert en sinistres vous enverra une confirmation de réception par écrit.
- Pour toute question, veuillez communiquer avec les Services d'indemnisation de TD Vie, au 1-888-983-7070.

## Directives pour le demandeur

Cocher une fois la tâche accomplie

- Veuillez remplir la **Partie A** - Déclaration du demandeur de plan de protection TD en cas d'invalidité.
  - Assurez-vous d'inscrire votre prénom, votre nom de famille et la date, de signer aux endroits requis et d'indiquer votre numéro de téléphone.
  - Si vous n'êtes pas la personne assurée, vous devez être un représentant autorisé de la personne assurée.
- Veuillez vous assurer que les deux sections de la **Partie B** - Déclaration du médecin traitant relativement à une invalidité sont remplies.
  - Section 1** - Autorisation du patient : la signature du patient/de la personne assurée et la date sont requises.
  - Section 2** - La déclaration du médecin traitant **doit être remplie et signée par un médecin praticien autorisé.**
- Conservez une photocopie de la trousse de demande de règlement pour vos dossiers.
- Retournez le formulaire original à l'adresse suivante :

**TD Assurance**  
Services d'indemnisation  
P.O. Box 1  
TD Centre  
Toronto, Ontario M5K 1A2

\* TD, Compagnie d'assurance-vie est l'administrateur autorisé pour cette assurance. La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie est située au 330, University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 1R8; numéro sans frais : 1-800-380-4572. Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'assureur ou sur l'administrateur, veuillez consulter le certificat d'assurance.  
Toutes les marques de commerce appartiennent à leurs propriétaires respectifs. <sup>MD</sup> Le logo TD et les autres marques de commerce TD sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion.

# PARTIE A - Déclaration du demandeur de plan de protection TD en cas d'invalidité

Déclaration (remplie par le demandeur)

## Section 1 - Déclaration du demandeur

Les renseignements sur les produits demandés ci-dessous sont obligatoires pour que nous puissions traiter la demande de règlement. S'il vous manque des renseignements sur les produits, veuillez communiquer avec votre succursale TD Canada Trust pour les obtenir avant de soumettre les formulaires.

Produit :  Prêt hypothécaire  Prêt

Numéro de transit/de la succursale : \_\_\_\_\_

Numéro du prêt ou du prêt hypothécaire : \_\_\_\_\_

Veillez fournir des précisions concernant tout autre prêt hypothécaire, ligne de crédit ou prêt couvert par une assurance crédit et détenu par la personne assurée auprès de TD Canada Trust.

Nom de la personne assurée : \_\_\_\_\_  
(Nom de famille) (Prénom et initiale)

Adresse de la personne assurée : \_\_\_\_\_  
(Numéro) (Rue)  
\_\_\_\_\_  
(Ville) (Province) (Code postal)

Date de naissance de la personne assurée : \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année)

Si vous n'êtes pas la personne assurée, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous sur le demandeur et confirmer votre lien avec la personne assurée.

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_  
(Nom de famille) (Prénom et initiale)

Adresse : \_\_\_\_\_  
(Numéro) (Rue)  
\_\_\_\_\_  
(Ville) (Province) (Code postal)

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Autre numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année)

**Renseignements sur l'emploi et l'invalidité** (dans la section suivante, les mots « vous » et « votre » se rapportent à la personne assurée, s'il ne s'agit pas du demandeur).

Votre poste et votre titre : \_\_\_\_\_

Description des tâches : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures travaillées par semaine avant votre invalidité : \_\_\_\_\_

Nom, adresse et numéro de téléphone de votre employeur

a) au moment de la demande \_\_\_\_\_

b) immédiatement avant votre invalidité \_\_\_\_\_

1. Quand votre santé a-t-elle été affectée pour la première fois?

2. Depuis quelle date votre invalidité vous empêche-t-elle de travailler?

3. a) Avez-vous été confiné au lit?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « oui », à quelles dates?	Du	Au
b) Avez-vous été confiné à votre domicile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « oui », à quelles dates?		
c) Avez-vous séjourné dans un hôpital, un sanatorium ou un centre de désintoxication (drogue ou alcool)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « oui », à quelles dates?		

4. a) Décrivez votre **état** actuel, sa **cause** et son **histoire** à ce jour. Si vous êtes blessé, indiquez la nature de l'accident. Veuillez aussi préciser où, quand et comment s'est produit l'accident.

b) Si vous avez été victime d'un accident de la route et que vous conduisiez le véhicule, veuillez joindre une copie du rapport de police et du rapport d'accident.

5. a) Est-ce que votre état de santé actuel vous empêche complètement de travailler?  Oui  Non

b) Si vous ne travaillez pas, quand prévoyez-vous occuper de nouveau

1) votre emploi actuel? \_\_\_\_\_

2) un autre emploi? \_\_\_\_\_

c) Si vous travaillez 1) Décrivez brièvement vos tâches. \_\_\_\_\_

2) Quand êtes-vous retourné au travail? \_\_\_\_\_

3) Bénéficiez-vous d'un retour au travail progressif?  Oui  Non

Non Si «oui», veuillez préciser le nombre d'heures par semaine. \_\_\_\_\_

d) Avez-vous soumis une autre demande d'indemnisation à l'égard de cette invalidité?  Oui  Non

Si « oui », auprès de qui? \_\_\_\_\_

6. a) Nom et adresse du médecin de famille \_\_\_\_\_ Nombre d'années : \_\_\_\_\_

b) Nom de tous les médecins qui vous ont traité pendant votre invalidité.

Nom	Adresse	Dates	
		Du	Au

Veillez dresser la liste de vos médicaments :

Nom du médicament	Dose (mg)	Fréquence?
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

Veillez préciser :

Taille : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

Main dominante :

Gauche  Droite

7. a) Quel est votre niveau de scolarité au Canada? \_\_\_\_\_

b) Si vous avez fait vos études à l'extérieur du Canada, donnez l'équivalent canadien de votre niveau de scolarité? \_\_\_\_\_

c) Avez-vous fréquenté une école de métiers ou reçu toute autre formation spécialisée? \_\_\_\_\_

d) Indiquez tous les emplois que vous avez occupés et donnez des précisions.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) Indiquez vos passe-temps ou autres intérêts particuliers.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f) À votre avis, comment vos symptômes et les limites que vous impose votre état vous empêchent-ils de vous acquitter des fonctions associées à votre poste?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

g) Avez-vous discuté avec votre médecin de votre retour au travail ou de votre réadaptation?  Oui  Non

Si « oui », quelle est son opinion?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

h) Avez-vous communiqué avec les services de réadaptation du programme

canadien de l'assurance-emploi pour vous informer des possibilités de recyclage professionnel?  Oui  Non

Dans l'affirmative, donnez le nom et l'adresse du conseiller qui s'occupe de votre dossier et indiquez les choix professionnels qui ont été faits?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Autorisation relative à la demande de règlement en cas d'invalidité

Assureur : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (Canada-Vie)

### Autorisation et déclaration du demandeur

- Je déclare que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts, véridiques et complets. Je comprends que des déclarations fausses, trompeuses ou incomplètes pourraient entraîner non seulement le refus de la demande, mais également la résiliation de l'assurance par l'assureur.
- Par la présente, je permets et demande aux médecins, aux hôpitaux, aux cliniques, aux personnes, aux organismes gouvernementaux ou d'application de la loi, aux sociétés d'assurance, aux organismes d'indemnisation des accidentés du travail, à mon employeur actuel, à mes anciens employeurs et à toute autre entité possédant des dossiers, des connaissances ou des renseignements personnels et médicaux au sujet de la personne assurée (s'il ne s'agit pas du demandeur) de communiquer les détails complets (notamment en fournissant des copies) de tous les dossiers et renseignements personnels et médicaux disponibles, y compris les antécédents médicaux et les données d'ordre toxicologique ou pathologique qu'ils peuvent détenir, à l'assureur indiqué plus haut auquel est adressée la présente demande, à ses réassureurs ou à leurs agents respectifs. Ces renseignements doivent être utilisés aux fins de l'évaluation de la demande de règlement d'assurance et à toute fin relative à cette demande.
- J'autorise également l'assureur, ses réassureurs et leurs agents respectifs à échanger des renseignements concernant la présente demande avec les organisations indiquées plus haut et (ou) à leur transmettre ces renseignements si ceux-ci sont nécessaires à l'évaluation de la demande. Cette autorisation demeurera valide pendant toute la durée du traitement de la présente demande.
- J'autorise également l'assureur ou son administrateur à transmettre de l'information concernant la présente demande (à l'exclusion, toutefois, des renseignements médicaux) à La Banque Toronto-Dominion afin de lui permettre de gérer la facilité de crédit relative à cette assurance.

### Si je ne suis pas la personne assurée

- En accordant cette autorisation de recueillir des renseignements personnels au sujet de la personne assurée relativement à la présente demande, je, soussigné(e), certifie par la présente que j'ai adéquatement obtenu de la personne assurée la permission d'autoriser la collecte, l'utilisation et la divulgation de ses renseignements personnels, conformément à l'autorisation indiquée plus haut, et que l'assureur, ses réassureurs et leurs agents peuvent se fier à ces renseignements et agir sur la foi de mon autorisation.

Demandeur : \_\_\_\_\_  
(Nom de famille, et prénom et initiale en lettres moulées)

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année)

*Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation a le même effet que l'original.*

## PARTIE B - Déclaration du médecin traitant relativement à une invalidité

### Section 1 - Autorisation du patient

Nom du patient (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Date de naissance du patient : \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année)

Je vous autorise par la présente à communiquer à l'assureur, La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, et à son administrateur de règlement autorisé, TD, Compagnie d'assurance-vie, tous les renseignements demandés par ces derniers relativement à la présente demande de règlement.

Je comprends que je peux révoquer ce consentement en tout temps, mais que sans celui-ci, ma demande de règlement ne pourra être évaluée.

Date : \_\_\_\_\_ Signature du patient : \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année)

### Section 2 - Déclaration du médecin traitant (doit être remplie par le médecin traitant)

Le présent formulaire a été élaboré pour tenir compte du point de vue du médecin. Étant exhaustif, il devrait permettre de réduire la tâche administrative du médecin. Veuillez remplir les sections concernant votre patient et biffer les sections non pertinentes. Pour faciliter le traitement de la demande, il est essentiel que vous fournissiez suffisamment de détails sur les antécédents médicaux et familiaux, les examens, les résultats et le traitement.

**Remarque** : Avant de soumettre le formulaire, assurez-vous d'avoir rempli et signé la section Déclaration.

**Il incombe au patient de faire remplir le présent formulaire et de régler les frais exigés connexes.**

**La demande des dossiers médicaux exclut tous les résultats de tests génétiques. Ne divulguez aucun résultat de test génétique.**

Je suis :  Médecin de famille  Médecin spécialiste  Autre (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

**Veuillez répondre au meilleur de votre connaissance.**

#### Diagnostic

Primaire :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Secondaire et/ou complications :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

S'il s'agit d'une patiente enceinte - date réelle ou prévue de l'accouchement (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Cet état de santé est-il dû à :

Une maladie/blessure professionnelle? :  Oui  Non      Accident d'auto?  Oui  Non

Si oui, date de l'événement : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Si oui, date de l'événement : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Avez-vous rempli d'autres formulaires de demande de règlement en cas d'invalidité pour ce patient récemment?  Oui  Non  
Si oui, veuillez indiquer auprès de qui (autre compagnie d'assurance, RPC, RRQ, Commission des accidents du travail, etc.) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date de la première visite à votre bureau concernant cet état : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Date de la première absence au travail en raison de cet état : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

## Traitement

Programmes spéciaux, thérapies, médicaments, etc. (qui n'ont pas été mentionnés par le patient à la section 1) :

---

---

---

---

---

Fréquence des visites :  Hebdomadaire  Mensuelle  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Date de la dernière visite : \_\_\_\_\_

(jj/mm/aaaa)

Le patient a-t-il été traité pour le même problème ou un problème semblable par le passé?  Oui  Non

Si oui, date : \_\_\_\_\_ Traitement administré : \_\_\_\_\_

(jj/mm/aaaa)

Est-ce que le patient suit le programme de traitements recommandé?  Oui  Non

Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

## Réaction au traitement

Veuillez décrire la réaction au traitement à ce jour :  Positive  Partielle  Aucune  Trop tôt pour le dire

La modification ou l'intensification du programme de traitements actuel est-elle envisagée?  Oui  Non

Si oui, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

---

## Hospitalisation

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé?  Oui  Non Une hospitalisation est-elle prévue?  Oui  Non

Date d'admission (jj/mm/aaaa)	Date de congé (jj/mm/aaaa)	Nom de l'établissement
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Si une intervention chirurgicale a été ou doit être pratiquée, veuillez fournir la date et une description de l'intervention

Date (jj/mm/aaaa)	Description
1. _____	_____
2. _____	_____

## Investigations

Veuillez joindre des copies de tous les documents pertinents :

- Résultats d'examen et investigations (Si aucun résultat n'est joint, nous considérerons qu'aucun test n'a été effectué.)
- Rapports de consultation

Y a-t-il des test ou des investigations en attente?  Oui  Non

Date (jj/mm/aaaa)	Description
1. _____	_____
2. _____	_____

Si aucun rapport de consultation n'est joint, le patient sera-t-il vu par un spécialiste pour son état à l'avenir?  Oui  Non

Nom du spécialiste

Spécialité

Date (jj/mm/aaaa)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**Résultats et observations cliniques**

Veillez décrire les symptômes du patient, y compris leur gravité, leur fréquence et l'histoire de cas :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

De quelle façon les symptômes du patient ont-ils évolué jusqu'à maintenant?  Amélioration  Aucun changement  Régression

**Restrictions et limitations**

Selon vos résultats et observations cliniques, veuillez décrire les restrictions et les limitations cognitives ou physiques du patient :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Est-ce qu'un permis détenu par le patient a fait l'objet de restrictions ou a été révoqué en raison de son état?  Oui  Non

Si oui, depuis quand? \_\_\_\_\_ Type de permis : \_\_\_\_\_

(jj/mm/aaaa)

Avez-vous des doutes quant à la capacité du patient de gérer lui-même ses affaires?  Oui  Non

Y a-t-il d'autres facteurs non médicaux qui pourraient avoir une incidence sur la période de convalescence prévue du patient et sur ses

objectifs de retour au travail?  Oui  Non

Veillez développer :

---

---

---

---

---

**Pronostic**

Veillez indiquer quel est votre pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient ou à son rétablissement :

---

---

---

**Retour au travail**

Quels sont les objectifs dont vous avez discuté avec le patient quant à son retour au travail? Veuillez développer :

---

---

---

---

---

Veillez joindre le rapport du médecin spécialiste, le cas échéant.

**Avis au médecin**

Les renseignements contenus dans la présente déclaration seront conservés dans le dossier de prestation d'assurance vie, d'assurance maladie ou d'assurance invalidité auprès de l'assureur ou de l'administrateur du régime, et pourront être consultés par le patient et les tiers ayant obtenu l'autorisation d'y accéder ou par toute personne autorisée par la loi. Je comprends que je peux révoquer ce consentement en tout temps, mais que sans celui-ci, la demande de règlement de mon patient ne pourra être évaluée. En fournissant les renseignements énoncés aux présentes, je consens à la divulgation de la version intégrale de ceux-ci.

Vous pouvez faire parvenir le présent formulaire par la poste ou par télécopieur à l'administrateur ci-dessous :

**TD Assurance**

Services d'indemnisation

P.O. Box 1

TD Centre

Toronto, Ontario M5K 1A2

Tél.: 1-888-983-7070

Télec. : 416-308-1223 ou 1-877-838-2163

---

**Déclaration : Ces renseignements sont à ma connaissance véridiques et complets.**

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année)

Spécialité : \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

**Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce formulaire.**