



**TD Assurance**

**Directives pour remplir la demande de règlement de crédit protection  
aux entreprises avec prestations du vivant - Invalidité**

**(Police d'assurance collective n° 60241)**

L'assurance est souscrite par La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (« Canada-Vie »), et TD, Compagnie d'assurance-vie (« TD Vie ») en est l'administrateur\* autorisé. TD Vie est responsable de gérer la présente demande de règlement au nom de la Canada-Vie.

La demande de règlement de crédit protection aux entreprises avec prestations du vivant - Invalidité est divisée en deux parties :

- Partie A: Déclaration du demandeur de crédit protection aux entreprises avec prestations du vivant - Invalidité.**
- Partie B: Déclaration du médecin traitant relativement à l'invalidité.**

**Remarque :**

- La demande des dossiers médicaux exclut tous les résultats de tests génétiques. Ne divulguez aucun résultat de test génétique.
- Veuillez inscrire tous les renseignements à l'aide d'un stylo.
- Paraphez toutes les corrections ou modifications, y compris toute correction apportée au moyen de liquide correcteur.
- Il est obligatoire de remplir toutes les sections, et toute omission risque de retarder le traitement de votre demande de règlement.
- Nous avons inclus des cases ci-dessous pour vous aider à remplir la demande de règlement.
- Dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de votre demande de règlement, un analyste, Services d'indemnisation, vous fera parvenir une confirmation de réception par écrit.
- Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec le Service 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 crédit protection aux entreprises avec prestations du vivant - Invalidité.
- Assurez-vous d'inscrire en caractères d'imprimerie 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 celle-ci.
- Veuillez vous assurer que les deux sections de la **Partie B** - Déclaration du médecin traitant relativement à l'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.**

**Remarque :** La **Partie B** du présent document peut être détachée et remise au médecin traitant pour qu'il la remplisse et l'envoie séparément aux Services d'indemnisation de TD, Compagnie d'assurance-vie.

- Conservez une copie de la demande de règlement dûment remplie pour vos dossiers.
- Retournez les formulaires originaux à l'adresse suivante :

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

**Ou**

**Vous pouvez rapporter les formulaires originaux à votre succursale TD Canada Trust dans une enveloppe scellée, adressée à TD Vie.**

\* TD, Compagnie d'assurance-vie est l'administrateur autorisé pour cette assurance. Toute demande de renseignements doit être acheminée au 1-888-983-7070. 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 de plus amples renseignements sur l'assureur et/ou l'administrateur, veuillez vous reporter au certificat d'assurance.

Toutes les marques de commerce sont la propriété de leurs propriétaires respectifs. MD/le logo TD et d'autres marques de commerce TD sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion.



## PARTIE A

# Déclaration du demandeur de crédit protection aux entreprises avec prestations du vivant - Invalidité

### Déclaration (remplie par le 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.

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

Numéro de prêt principal : \_\_\_\_\_

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

### Section 1 - Déclaration du demandeur

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse de l'entreprise : \_\_\_\_\_

(Numéro) (Rue) (Ville) (Province) (Code postal)

Nom de la personne assurée : \_\_\_\_\_

Adresse de la personne assurée : \_\_\_\_\_

(Numéro) (Rue) (Ville) (Province) (Code postal)

Date de naissance de la personne assurée : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

### Renseignements sur l'emploi (Si vous n'êtes pas l'assuré, prenez note que « vous », « votre » et « vos » se rapportent à l'assuré.)

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

Description du poste : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures travaillées chaque semaine avant votre invalidité : (Si la personne assurée est le conjoint du propriétaire ou le garant de l'entreprise et qu'elle ne travaille pas, n'écrivez rien sur cette ligne.) \_\_\_\_\_

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'entreprise : (Si la personne assurée est le conjoint du propriétaire ou le garant de l'entreprise et qu'elle travaille, il se peut que le nom de l'employeur soit différent du nom de l'entreprise. Si la personne assurée est le conjoint du propriétaire ou le garant de l'entreprise et qu'elle ne travaille pas, laissez les sections [a] et [b] vides.)

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

b) tout juste avant votre invalidité : \_\_\_\_\_

### Renseignements sur l'invalidité

1. À votre connaissance, quel est le diagnostic de votre maladie? \_\_\_\_\_

2. À quelle date avez-vous observé les premiers symptômes de votre maladie ou de votre blessure? \_\_\_\_\_

3. À quelle date avez-vous consulté un médecin pour la première fois au sujet de votre maladie ou de votre blessure actuelle? \_\_\_\_\_

4. Si l'invalidité est due à un accident, veuillez préciser la date à laquelle celui-ci s'est produit : \_\_\_\_\_

5. À partir de quelle date avez-vous cessé d'être en mesure d'effectuer les tâches liées à votre travail habituel? \_\_\_\_\_

		<b>Du</b>	<b>Au</b>
6. a) Avez-vous été alité?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez les dates.		
b) Avez-vous été confiné à votre domicile?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez les dates.		
c) Avez-vous été admis dans un hôpital, un sanatorium ou un centre de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez les dates.		

7. a) Décrivez votre **problème de santé** actuel, la **cause** et la **chronologie** jusqu'à maintenant. Si vous avez subi une blessure, précisez la nature de l'accident. Veuillez également indiquer la date et le lieu de l'accident, et décrire la façon dont il s'est produit.

b) Si vous avez été impliqué dans un accident de véhicule automobile et que vous étiez le conducteur, veuillez joindre une copie du rapport de police et une autre du rapport d'accident de véhicules routiers.

8. Veuillez répondre aux questions suivantes.

a) Est-ce que votre état 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

Si oui, veuillez préciser le nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

d) Avez-vous présenté une autre demande de règlement concernant cette perte?  Oui  Non

Si oui, auprès de quel assureur? \_\_\_\_\_

9. Si vous ne travaillez pas au moment où vous avez été frappé d'une invalidité et que vous êtes le conjoint du propriétaire de l'entreprise ou le garant de l'entreprise, veuillez répondre aux questions suivantes :

Avez-vous besoin d'une aide particulière pour voir à vos besoins personnels et à votre hygiène, y compris ce qui suit : (Veuillez vous rapporter au certificat d'assurance pour connaître la définition.) \_\_\_\_\_

Faire sa toilette à l'éponge, se laver dans la baignoire ou prendre une douche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Seul, mais à l'aide d'un dispositif d'assistance	Mettre sur soi les vêtements, attelles, membres artificiels ou autres appareils chirurgicaux nécessaires, et les enlever <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Seul, mais à l'aide d'un dispositif d'assistance
Gérer le fonctionnement de la vessie et des intestins, avec ou sans sous-vêtements protecteurs <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Seul, mais à l'aide d'un dispositif d'assistance	S'asseoir sur la cuvette et se relever, et assurer l'hygiène personnelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Seul, mais à l'aide d'un dispositif d'assistance
Consommer des aliments ou des boissons ayant déjà été préparés et servis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Seul, mais à l'aide d'un dispositif d'assistance	S'asseoir sur une chaise ou un fauteuil roulant, ou se coucher dans un lit, et se relever <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Seul, mais à l'aide d'un dispositif d'assistance

Pouvez-vous faire des tâches ménagères?  Oui  Non

Veuillez préciser :

a) À quelle fréquence faites-vous des tâches ménagères?

b) Votre capacité à effectuer les tâches ménagères a-t-elle changé depuis votre invalidité?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir des précisions :

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



b) Noms de tous les médecins qui vous ont suivi pendant l'invalidité :

Nom	Adresse	Dates	
		Du	Au

Veillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement :

	Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence	Date de prescription	Veillez indiquer votre :
1.	_____	_____	_____	_____	Taille : _____
2.	_____	_____	_____	_____	Poids : _____
3.	_____	_____	_____	_____	Main dominante :
4.	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
5.	_____	_____	_____	_____	

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

b) Si vous avez fait des études à l'extérieur du Canada, quel en est l'équivalent canadien? \_\_\_\_\_

c) Have you attended any trade schools or received other special training? \_\_\_\_\_

d) Énumérez tous vos emplois précédents et faites-en la description : (Cette question pourrait ne pas s'appliquer si vous êtes le conjoint du propriétaire de l'entreprise ou si vous êtes le garant de l'entreprise et que vous ne travailliez pas avant la date d'invalidité.)

\_\_\_\_\_

e) Selon vous, de quelle façon vos limites et vos symptômes vous empêchent-ils d'effectuer les tâches habituelles liées à votre travail?

\_\_\_\_\_

f) Avez-vous discuté d'un retour au travail ou de réadaptation avec votre médecin?  Oui  Non

Si oui, qu'en pense-t-il?

(Cette question pourrait ne pas s'appliquer si vous êtes le conjoint du propriétaire de l'entreprise ou si vous êtes le garant de l'entreprise et que vous ne travailliez pas avant la date d'invalidité.)

g) 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

Si oui, quels sont les nom et adresse du conseiller responsable de votre dossier et quels sont les plans de réadaptation professionnelle établis? (Cette question pourrait ne pas s'appliquer si vous êtes le conjoint du propriétaire de l'entreprise ou si vous êtes le garant de l'entreprise et que vous ne travailliez pas avant la date d'invalidité.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

h) Avez-vous déjà fumé :

La cigarette?  Oui Date de début : \_\_\_\_\_  Non Quand avez-vous arrêté, le cas échéant? \_\_\_\_\_  
(jour, mois, année) (jour, mois, année)

De la marijuana?  Oui Date de début : \_\_\_\_\_  Non Quand avez-vous arrêté, le cas échéant? \_\_\_\_\_  
(jour, mois, année) (jour, mois, année)

D'autres produits du tabac?  Oui Date de début : \_\_\_\_\_  Non Quand avez-vous arrêté, le cas échéant? \_\_\_\_\_  
(jour, mois, année) (jour, mois, année)



## Autorisation du demandeur relative à l'assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant - Invalidité

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

- 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 la protection d'assurance par l'assureur.
- Par la présente, je permets et demande aux médecins, hôpitaux, cliniques, personnes, organismes gouvernementaux ou d'application de la loi, sociétés d'assurance, organismes d'indemnisation des accidentés du travail, à mon employeur actuel, à mes anciens employeurs et à toute autre entité qui possèdent des dossiers, des connaissances ou des renseignements personnels et médicaux au sujet de l'assuré (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 mandataires 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 ou son administrateur à transmettre de l'information concernant la présente demande (à l'exclusion, toutefois, des renseignements médicaux) à La Banque Toronto-Dominion (« TD ») afin de lui permettre de gérer la facilité de crédit relative à cette assurance.
- J'autorise également l'assureur, ses réassureurs et leurs mandataires 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. Le consentement demeure valide pendant la durée de traitement de la demande de règlement.

Si je ne suis pas l'assuré

- En accordant cette autorisation de recueillir des renseignements personnels au sujet de la personne assurée relativement à la présente demande, je soussigné certifie par la présente que j'ai obtenu de la personne assurée la permission en bonne et due forme 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 mandataires peuvent se fier à ces renseignements et agir sur la foi de mon autorisation.

Demandeur : \_\_\_\_\_

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 l'invalidité

#### Section 1 - Autorisation du patient

Nom du patient (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

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

Par les présentes, j'autorise la communication à mon assureur, La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (« Canada-Vie ») et à son administrateur de règlements autorisé, soit TD, Compagnie d'assurance-vie, de 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 (remplie par le médecin)

Le présent formulaire a été élaboré pour tenir compte du point de vue du médecin. En 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, vous devez fournir suffisamment de détails sur les antécédents, 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.**

Je suis le :  Médecin de famille  Médecin spécialiste consultant  Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**La demande des dossiers médicaux exclut tous les résultats de tests génétiques. Ne divulguez aucun résultat de test génétique. Veuillez fournir les renseignements demandés d'après ce que vous en savez.**

#### Diagnostic

Principal : \_\_\_\_\_

Secondaire et/ou complications : \_\_\_\_\_

En cas de grossesse, indiquez la date prévue ou la date réelle de l'accouchement (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Le problème de santé est-il attribuable :

À une maladie professionnelle ou à une blessure?  Oui  Non À un accident de voiture?  Oui  Non

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

Avez-vous rempli d'autres formulaires de demande de règlement d'assurance invalidité récemment pour ce patient?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir le nom du demandeur : (Autre compagnie d'assurance, Régime de pensions du Canada, Régime des rentes du Québec, Commission des accidents du travail, etc.)

Date à laquelle le patient vous a consulté pour la première fois au sujet de son problème de santé : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Date de la première absence du travail du patient en raison de son problème de santé : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

**Traitement** (P. ex., programmes particuliers, thérapies, médicaments : (Si le patient n'a rien indiqué à ce sujet à la Section 1.)

Fréquence des consultations :  Hebdomadaire  Mensuelle  Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Date de la dernière consultation : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)



Le patient a-t-il déjà été traité pour ce problème ou un problème similaire?  Oui  Non

Si oui, précisez la date : \_\_\_\_\_ Fournisseur de traitement : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé?  Oui  Non

Terminé  En partie  Aucun  Trop tôt pour se prononcer

**Réponse au traitement**

Veuillez décrire la réponse au traitement jusqu'à maintenant : \_\_\_\_\_

Comptez-vous modifier ou augmenter le programme de traitement?  Oui  Non

Le cas échéant, veuillez fournir des explications : \_\_\_\_\_

**Hospitalisation**

Le patient a-t-il été ou est-il hospitalisé?  Oui  Non Sera-t-il hospitalisé?  Oui  Non

	Date d'admission <small>(jj/mm/aaaa)</small>	Date de sortie <small>(jj/mm/aaaa)</small>	Nom de l'établissement de soins
1.			
2.			
3.			

Veuillez indiquer les dates et fournir la description des chirurgies prévues ou pratiquées, le cas échéant :

	Date <small>(jj/mm/aaaa)</small>	Description
1.		
2.		

Le patient consultera-t-il un spécialiste au sujet de son problème de santé ultérieurement (si le rapport de consultation n'est pas fourni en pièce jointe)?  Oui  Non

	Nom du spécialiste	Spécialité	Date <small>(jj/mm/aaaa)</small>
1.			
2.			

**Résultats et observations cliniques**

Veuillez décrire les symptômes du patient, y compris la chronologie, la gravité et la fréquence :

---



---



---



---



---

Les symptômes ont-ils évolué depuis?  Amélioration  Aucun changement  Aggravation

**Restrictions et limites**

Selon les résultats et observations cliniques, veuillez décrire les restrictions et les limites cognitives et (ou) physiques actuelles du patient :

---



---



---



A-t-on révoqué ou assorti de restrictions l'un des permis du patient en raison de son problème de santé?  Oui  Non  
Si oui, depuis quand? \_\_\_\_\_ Type de permis : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Avez-vous des préoccupations en ce qui concerne la capacité du patient à gérer ses propres affaires?  Oui  Non

La période de rétablissement attendue du patient et ses objectifs de retour au travail pourraient-ils être compromis par d'autres facteurs non médicaux? Veuillez préciser votre réponse :  Oui  Non

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Veuillez fournir de l'information sur l'usage du tabac, de la nicotine et de la marijuana par le patient, y compris la quantité consommée quotidiennement et la date de la dernière consommation :

### **Pronostic**

Veuillez fournir le pronostic du patient concernant l'amélioration de son problème de santé et (ou) son rétablissement :

### **Retour au travail**

De quels objectifs de retour au travail avez-vous convenu avec le patient? Veuillez préciser votre réponse :

### **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.

Veuillez joindre tout rapport de médecin spécialiste, si vous y avez accès.

Vous pouvez envoyer le présent formulaire par la poste ou par télécopieur à l'administrateur indiqué 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 caractères d'imprimerie \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

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

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