



La trousse de réclamation d'assurance invalidité accident de l'employé est divisée en trois parties :

- Partie A** : Formulaire de réclamation d'assurance invalidité accident
- Partie B** : Déclaration du médecin traitant
- Partie C** : Pièces justificatives supplémentaires

Remarques :

- La demande des dossiers médicaux exclut tous les résultats de tests génétiques. Ne divulguez aucun résultat de test génétique.
- Inscrivez en lettres moulées tous les renseignements en utilisant 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 réclamation.
- Nous avons inclus des cases ci-dessous pour vous aider à remplir la réclamation.
- Dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de votre trousse de réclamation, un analyste, Services d'indemnisation vous fera parvenir une confirmation de réception par écrit.
- Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec TD, Compagnie d'assurance-vie, au 1-888-788-0839.

Check if completed:

#### Partie A : Formulaire de réclamation d'assurance invalidité accident

**Remarque** : Toutes les sections de la **Partie A** doivent être remplies par la personne assurée. Si vous n'êtes pas la personne assurée, vous devez être un représentant autorisé de celle-ci.

- Section 1 – Renseignements sur le certificat**
- Section 2 – Déclaration de la personne assurée**
- Section 3 – Autorisation de transfert électronique de fonds (dépôt direct)**
  - Si vous souhaitez que ces prestations soient déposées directement dans votre compte bancaire, veuillez remplir la section 3 et joindre un chèque annulé.
- Section 4 – Déclaration, autorisation et signature**

#### Partie B : Déclaration du médecin traitant

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

- **Section 1 – Autorisation de la personne assurée**
  - La signature de la personne assurée et la date sont requises.
- **Section 2 – Déclaration du médecin traitant**
  - Elle doit être remplie et signée par un médecin praticien autorisé.

#### Partie C : Pièces justificatives supplémentaires

- Déclaration d'admission à l'hôpital et autorisation de sortie d'hôpital** – Veuillez fournir une copie, le cas échéant.
- Déclaration de collision, rapport d'employeur et/ou rapport de police** – Veuillez fournir une copie, le cas échéant.
- Preuve de revenu** – Veuillez fournir une copie, le cas échéant.
- Preuve d'âge de la personne assurée** – Veuillez fournir une copie de l'un des documents suivants :
  - Acte de naissance
  - Permis de conduire canadien
  - Carte de résident permanent
  - Passeport canadien
  - Carte de citoyenneté canadienne

**TD Assurance**

TD, Compagnie d'assurance-vie  
P.O. Box 1  
TD Centre  
Toronto (Ontario) M5K 1A2

**Partie A – Formulaire de réclamation d'assurance invalidité accident**

Dans ce formulaire, « personne assurée » s'entend de la personne qui est assurée aux termes de la présente police.

Le terme « demandeur » désigne la personne qui présente la réclamation.

**Section 1 : Renseignements sur le certificat**

Assurance invalidité accident assurée par TD, Compagnie d'assurance-vie\*

<b>Numéro de certificat</b>	
<b>Date d'émission</b>	
<b>Nom de la personne assurée</b> (nom légal complet) <i>(en lettres moulées)</i>	
<b>Adresse de la personne assurée</b>	
<b>Date de naissance de la personne assurée</b> (jj/mm/aaaa)	
<b>Coordonnées de la personne assurée</b> (Domicile ou Cellulaire)	
<b>Type de réclamation</b>	Assurance invalidité accident
<b>Montant de la couverture</b>	

\* TD, Compagnie d'assurance-vie est l'administrateur autorisé pour cette assurance. 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.

## Section 2 : Déclaration de la personne assurée

<b>Nom du demandeur :</b> (si différent de celui de la personne assurée)	
<b>Date de naissance du demandeur :</b> (si différent de celui de la personne assurée)	
<b>Lien avec la personne assurée</b>	
<b>Adresse du demandeur :</b> (si différent de celui de la personne assurée)	
<b>Coordonnées du demandeur :</b> (si différent de celui de la personne assurée)	
<b>Emploi et titre du poste</b>	
<b>Nom de l'employeur :</b>	
<b>Adresse de l'employeur :</b>	
<b>Numéro de téléphone de l'employeur :</b>	
<b>Description du poste :</b>	
<b>Quel est votre revenu annuel ?</b> (Veuillez fournir une preuve de revenu)	
<b>Nombre d'heures travaillées chaque semaine avant votre invalidité</b>	
<b>Dernier jour travaillé</b> (jj/mm/aaaa)	
<b>À partir de quelle date votre invalidité vous a-t-elle empêché de travailler ?</b> (jj/mm/aaaa)	
<b>À quelle date avez-vous ressenti les premiers symptômes ?</b> (jj/mm/aaaa)	
<b>Veillez fournir des renseignements détaillés sur votre invalidité.</b>	
<b>Êtes-vous confiné au lit?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Si oui, précisez les dates</b> (jj/mm/aaaa)	
<b>Êtes-vous confiné à votre domicile?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Si oui, précisez les dates</b> (jj/mm/aaaa)	
<b>Avez-vous été admis dans un hôpital, un sanatorium ou un centre de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Si oui, précisez le nom et l'adresse de l'hôpital</b>	
<b>Est-ce que votre état vous empêche complètement de travailler ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Si vous ne travaillez pas, quand prévoyez-vous occuper de nouveau...</b> (jj/mm/aaaa)	<input type="checkbox"/> votre emploi actuel?  <input type="checkbox"/> un autre emploi?
<b>Si vous travaillez actuellement, décrivez vos tâches si elles sont différentes de</b>	

celles que vous effectuez habituellement.	
À quelle date êtes-vous retourné au travail ? (jj/mm/aaaa)	
Bénéficiez-vous d'un retour au travail progressif?  Si oui, veuillez préciser le nombre d'heures que vous travaillez par semaine.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heures:
Avez-vous déposé une autre réclamation se rapportant à cet accident ? Si oui, auprès de quel assureur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom du médecin de famille :	
Adresse du médecin de famille :	
Depuis combien de temps êtes-vous un patient de ce médecin?	
Si vous le consultez depuis moins de deux ans, veuillez fournir le nom et l'adresse du ou des médecins précédents.	

Veuillez indiquer le nom et l'adresse de tous les médecins que vous avez consultés en ce qui concerne cette invalidité.

Nom	Adresse	Date (Du)	Date (Au)

Liste des médicaments que vous prenez actuellement

Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence

Veuillez fournir les renseignements suivants :

Hauteur	Poids	Main dominante (gauche/droite)

### Section 3 : Autorisation de transfert électronique de fonds (dépôt direct)

Si le montant de votre réclamation est égal ou inférieur à 60 000 \$, nous pouvons, si vous le souhaitez, verser votre indemnité directement dans un compte que vous nous indiquerez. Il s'agit de la façon la plus rapide et la plus efficace de recevoir votre paiement.

Souhaitez-vous choisir cette option ?  Oui  Non

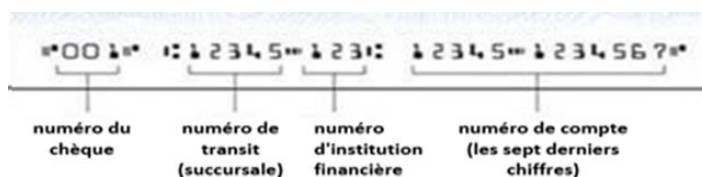
Si oui, veuillez joindre un chèque annulé sur lequel est clairement indiqué le compte bancaire (le « compte ») dans lequel vous voulez que le paiement soit versé ou entrez ces renseignements dans l'espace prévu à cet effet dans la section Renseignements sur le compte, puis signez et datez le formulaire ci-dessous. Si vous n'êtes pas titulaire d'un compte TD Canada Trust et ne joignez pas de chèque annulé, nous aurons besoin de l'adresse de votre institution financière afin de pouvoir verser votre indemnité dans le compte de votre choix.

Vous pouvez vérifier vos renseignements sur le compte auprès de votre institution financière ou en vous rapportant aux numéros figurant au bas de vos chèques :

**Numéro de transit de la succursale** : Numéro à cinq chiffres servant à identifier votre succursale bancaire domiciliaire.

**Numéro d'institution financière** : Numéro à trois chiffres servant à identifier l'institution financière canadienne. Exemple : le numéro de TD Canada Trust est 004.

**Numéro de compte bancaire** : Numéro unique à sept chiffres servant à identifier votre compte bancaire personnel.



#### Renseignements sur le compte :

\_\_\_\_\_  
Numéro de transit

\_\_\_\_\_  
Numéro de l'institution financière

\_\_\_\_\_  
Numéro du compte bancaire

\_\_\_\_\_  
Adresse de la banque

Je, \_\_\_\_\_ (nom en lettres moulées), en tant que personne assurée aux termes du certificat d'assurance (le « contrat d'assurance ») émis par TD, Compagnie d'assurance-vie (TD Vie), ordonne irrévocablement et donne l'autorisation irrévocable, par la présente, à TD Vie de déposer toute indemnité qui m'est due aux termes du contrat d'assurance (jusqu'à concurrence de 60 000 \$) par transfert électronique de fonds (dépôt direct) dans le compte susmentionné, et ceci constitue l'autorisation qui lui est donnée pour exécuter cet ordre. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels aux fins du versement de cette indemnité par ce moyen. Je libère entièrement TD Vie de toute responsabilité découlant de ce paiement après son versement dans le compte susmentionné. Si le compte est un compte conjoint ou s'il appartient à un tiers, TD Vie ne sera pas tenue responsable dans l'éventualité où des fonds seraient retirés par une personne autre que moi ou seraient utilisés pour rembourser une dette contractée par le compte. Il est entendu que TD Vie n'est pas en mesure de vérifier l'exactitude des numéros de compte; si je fournis un numéro de compte inexact, j'en assumerai donc la responsabilité. Je m'assurerai de l'exactitude des renseignements.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

## Section 4 : Déclaration, autorisation et signature

### Assureur : TD, Compagnie d'assurance-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 réclamation, mais également l'annulation de la protection d'assurance.
- En apposant ma signature ci-dessous, je consens à ce que l'assureur recueille, utilise et divulgue mes renseignements personnels de la manière prévue dans la Politique de confidentialité de la TD jointe à ma police d'assurance, notamment aux fins suivantes : vérifier mon identité; me fournir des services en continu; traiter mes réclamations; comprendre mes besoins financiers; me protéger et protéger l'assureur contre la fraude et les erreurs; et respecter les exigences juridiques et réglementaires.
- 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 la personne assurée 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 réclamation, à ses réassureurs ou à leurs mandataires respectifs. Ces renseignements doivent être utilisés aux fins de l'évaluation de la réclamation d'assurance et à toute fin relative à cette demande.
- J'autorise également l'assureur, ses réassureurs et leurs mandataires respectifs à échanger des renseignements concernant la présente réclamation avec les organisations indiquées plus haut et (ou) à leur transmettre ces renseignements, si ceux-ci sont nécessaires à l'évaluation de la réclamation. Ce consentement demeure valide pendant la durée de traitement de la réclamation.
- En accordant cette autorisation de recueillir des renseignements personnels au sujet de la personne assurée relativement à la présente réclamation, 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.

Nom de la personne assurée : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(en lettres moulées) (jj/mm/aaaa)

Signature de la personne assurée : \_\_\_\_\_

**Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.**

**TD Assurance**

TD, Compagnie d'assurance-vie  
P.O. Box 1  
TD Centre  
Toronto (Ontario) M5K 1A2

**Partie B – Déclaration du médecin traitant relativement à l'assurance invalidité accident****Remarques :**

- Il incombe à la personne assurée 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.

**Section 1 – Autorisation de la personne assurée****Assurance invalidité accident assuré par TD, Compagnie d'assurance-vie\***

<b>Numéro de certificat</b>	
<b>Nom de la personne assurée</b> (en lettres moulées)	
<b>Date de naissance</b> (jj/mm/aaaa)	

Par la présente, j'autorise la communication à TD, Compagnie d'assurance-vie de tous les renseignements demandés relativement à la présente réclamation.

Signature de la personne assurée : \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

(jj/mm/aaaa)

\* TD, Compagnie d'assurance-vie est l'administrateur autorisé pour cette assurance. 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.

## 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 réclamation, vous devez fournir suffisamment de détails sur les antécédents, les examens, les résultats et le traitement.
- Vous pouvez choisir, à votre discrétion, d'envoyer ce formulaire par la poste à TD, Compagnie d'assurance-vie directement ou de le remettre au patient.
- La personne désignée ci-dessus est assurée auprès de TD, Compagnie d'assurance-vie contre certains événements imprévus associés à son état de santé. Une réclamation relative à la protection en cas d'**invalidité accident** a été soumise. Nous vous prions de bien vouloir remplir le présent formulaire pour que nous puissions évaluer la demande.

<b>Nom du patient :</b> (en lettres moulées)	
<b>Date de naissance du patient :</b> (jj/mm/aaaa)	

### Diagnostic

<b>Principal :</b>	
<b>Secondaire et/ou complications :</b>	
<b>Résultats objectifs (y compris les résultats récents de radiographies, de l'ECG ou d'autres tests particuliers). Veuillez joindre à la présente une copie de tous les résultats.</b>	
<b>Autres complications ou facteurs favorisants :</b>	
<b>À une maladie ou à une blessure liée au travail ?</b> Si oui, précisez la date de l'incident : (jj/mm/aaaa)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date:
<b>À un accident de la route ou à un autre type d'accident ?</b> Si oui, précisez la date de l'incident : (jj/mm/aaaa)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date:
<b>Avez-vous rempli d'autres formulaires de réclamation d'assurance invalidité récemment pour ce patient?</b>  Si oui, veuillez fournir le nom du demandeur : (Autre compagnie d'assurance, Régime de pensions du Canada, Régime des rentes du Québec, WISB, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Demandeur:
<b>Date à laquelle le patient vous a consulté pour la première fois au sujet de son problème de santé : (jj/mm/aaaa)</b>	



<b>Date de la première absence du travail du patient en raison de son problème de santé :</b> (jj/mm/aaaa)	
---	--

### Traitement

<b>Mentionnez tout programme spécial, toute thérapie et tout médicament :</b>	
<b>Fréquence des consultations :</b>	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :
<b>Date de la dernière consultation :</b> (jj/mm/aaaa)	
<b>Le patient a-t-il déjà été traité pour ce problème de santé ou un problème similaire?</b>  <b>Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants – date et fournisseur de traitement</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non veuillez préciser :
<b>Le patient suit-il le programme de traitement recommandé ?</b>  <b>Veuillez préciser votre réponse :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non veuillez préciser :
<b>Réponse au traitement jusqu'à maintenant :</b>	<input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Trop tôt pour se
<b>Comptez-vous modifier ou augmenter le programme de traitement ?</b>  <b>Si oui, veuillez fournir des explications :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non veuillez préciser :

### Hospitalisation

<b>Le patient a-t-il été ou est-il hospitalisé?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Sera-t-il hospitalisé?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<b>Date d'admission (jj/mm/aaaa)</b>	<b>Date de sortie (jj/mm/aaaa)</b>	<b>Nom de l'établissement</b>

**Si une chirurgie a été ou sera pratiquée, veuillez fournir les renseignements suivants :**

<b>Date (jj/mm/aaaa)</b>	<b>Description de la ou des chirurgies</b>

## Examens

Veillez joindre des copies de tous les documents pertinents

- Résultats de tests et examens (Si vous ne joignez pas les résultats des tests, nous tiendrons pour acquis qu'aucun test n'a été effectué.)
- Rapports de consultation

Y a-t-il des tests ou des examens toujours en cours?  Oui  Non

Si oui, ajoutez ces renseignements ci-dessous :

Date (jj/mm/aaaa)	Description

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 Si oui, ajoutez ces renseignements ci-dessous :

Nom du spécialiste	Spécialisation	Date (jj/mm/aaaa)

## Décrivez les symptômes du patient

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

--

Les symptômes ont-ils évolué depuis ?

Amélioration  Aucun changement  Dégradation

## Restrictions et limites

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

--

<b>A-t-on révoqué ou assorti de restrictions l'un des permis du patient en raison de son problème de santé ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Si oui, depuis quand ?</b>	
<b>Si oui, quel type de permis ?</b>	
<b>La capacité du patient à gérer ses propres affaires est-elle préoccupante ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>La période de rétablissement attendue du patient et ses objectifs de retour au travail pourraient-ils être compromis par d'autres facteurs non médicaux ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<b>Veillez préciser votre réponse :</b>

**Pronostic**

**Veillez 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 ? Veillez préciser votre réponse :**

---



---



---



---

Joignez tous les rapports de médecins spécialistes et tous les résultats de pathologie ou des tests, si vous y avez accès.

Vous pouvez envoyer le présent formulaire par la poste ou par télécopieur à :

**TD, Compagnie d'assurance-vie**

Services d'indemnisation

P.O. Box 1

TD Centre

Toronto (Ontario) M5K 1A2

**Tél. : 1-888-788-0839**

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

**Déclaration : Les renseignements du présent formulaire sont, à ma connaissance, complets et véridiques.**

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Signature du médecin : \_\_\_\_\_  
(en lettres moulées)

Spécialité du médecin : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

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

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