



La trousse de réclamation pour mutilation du Régime d'assurance en cas d'accident grave se divise en trois parties :

- Partie A** : Formulaire de réclamation pour mutilation du Régime d'assurance en cas d'accident grave
- 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.**

Cochez une fois la tâche accomplie :

Partie A – Formulaire de réclamation pour mutilation du Régime d'assurance en cas d'accident grave

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 le montant de l'indemnité réclamée est égal ou inférieur à 60 000 \$, vous pouvez demander à ce que les versements soient déposés directement dans votre compte bancaire. Si vous souhaitez utiliser cette option de paiement, 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

- Autorisation de sortie d'hôpital** – Veuillez fournir une copie, le cas échéant.
- Rapport d'accident** – 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 pour mutilation du Régime d'assurance en cas d'accident grave

Dans ce formulaire, « personne assurée » s'entend de la personne qui est assurée aux termes du présent certificat.

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

Section 1 : Renseignements sur le certificat

Assureur : TD, Compagnie d'assurance-vie*

Numéro de certificat	
Date d'émission	
Nom de la personne assurée (le nom légal complet)	
Adresse de la personne assurée	
Date de naissance de la personne assurée : (jj/mm/aaaa)	
Type de réclamation	mutilation
Montant de la couverture	

* 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.

^{MD} Le logo TD et les autres marques de commerce TD sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion.

Section 2 : Déclaration du demandeur

Nom du demandeur : (si différent de celui de la personne assurée)	
Date de naissance du demandeur : (si différente de celle de la personne assurée)	
Lien avec la personne assurée :	
Adresse du demandeur : (si différente de celle de la personne assurée)	
Coordonnées du demandeur : (Domicile ou Cellulaire) (si différentes de celles de la personne assurée)	
Nature des blessures :	
Date de la blessure : (jj/mm/aaaa)	
Date d'admission à l'hôpital : (jj/mm/aaaa)	
Date de sortie : (jj/mm/aaaa)	
Nom de l'hôpital :	
Adresse de l'hôpital :	
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.	

Commentaires supplémentaires :

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 Convention sur la confidentialité 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.

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 éventuels associés à son état de santé. Une demande de **prestation pour mutilation au titre du Régime d'assurance en cas d'accident grave** a été soumise. Nous vous prions de bien vouloir remplir le présent formulaire pour que nous puissions évaluer la demande.

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

Par la présente, j'autorise la communication à mon assureur de tous les renseignements demandés relativement à la présente réclamation.

Signature du patient : _____ Date : _____

Tous les frais exigés pour remplir ce formulaire sont à la charge du demandeur.

Date de l'accident : (jj/mm/aaaa)	
À quelle date votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour les blessures découlant de cet accident ?	
Précisez le diagnostic et décrivez en détail les blessures subies :	

L'accident a-t-il entraîné la perte d'un membre ?

Perte	Date (jj/mm/aaaa)	Siège de l'amputation (au coude, au-dessus ou en dessous du coude)
<input type="checkbox"/> Bras droit		
<input type="checkbox"/> Bras gauche		
<input type="checkbox"/> Jambe droite		
<input type="checkbox"/> Jambe gauche		
<input type="checkbox"/> Main droite		
<input type="checkbox"/> Main gauche		
<input type="checkbox"/> Pied droit		
<input type="checkbox"/> Pied gauche		
<input type="checkbox"/> Index de la main droite		Amputation complète et permanente du doigt

<input type="checkbox"/> Index de la main gauche		Amputation complète et permanente du doigt
<input type="checkbox"/> Pouce de la main droite		Amputation complète et permanente du doigt
<input type="checkbox"/> Pouce de la main gauche		Amputation complète et permanente du doigt

Perte complète de la vue :

Si la blessure a nécessité l'ablation de l'œil, date de l'ablation :	
Vision dans chaque œil avant l'accident :	Droit
	Gauche
Vision actuelle dans chaque œil :	Droit
	Gauche
Si la vision peut être restaurée, veuillez préciser :	

Perte de l'ouïe :

La surdité résulte-t-elle directement d'un accident ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La surdité a-t-elle été évaluée au moyen de tests d'audiologie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans l'affirmative, quels ont été les résultats ?	Résultats :
Is the loss irrecoverable?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Perte de la parole

La perte de la parole résulte-t-elle directement d'un accident?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La perte de la parole a-t-elle été évaluée par un orthophoniste?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans l'affirmative, quels ont été les résultats?	Résultats :
La perte de la parole est-elle irréversible?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Lésions au cerveau :

Les lésions au cerveau résultent-elles directement d'un accident?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Un spécialiste a-t-il évalué les lésions au cerveau?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<p>Quels examens ont été effectués pour évaluer la gravité des lésions?</p> <p>Quels ont été les résultats?</p>	
<p>Le patient a-t-il besoin de ce qui suit :</p> <p style="text-align: center;">Soins spécialisés</p> <p style="text-align: center;">Alimentation spécialisée</p> <p style="text-align: center;">Réadaptation</p> <p style="text-align: center;">Placement en établissement</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Si oui, veuillez fournir des précisions :</p>	
<p>Vous attendez-vous à une amélioration ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

Perte de l'usage de parties du corps due à une hémiplégie, une paraplégie ou une quadriplégie :

<p>L'accident a-t-il entraîné une paralysie ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Paraplégie <input type="checkbox"/> Quadriplégie</p>
<p>Quelle est l'ampleur des lésions à la moelle épinière ?</p>	
<p>Quels tests, le cas échéant, ont servi à déterminer l'étendue des lésions?</p>	
<p>La paralysie est-elle irréversible?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Veuillez fournir tout renseignement supplémentaire pertinent :</p>	
<p>Les blessures ou les lésions subies résultent-elles uniquement de l'accident ci-dessus?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Sinon, veuillez fournir des précisions sur le problème de santé ou la maladie qui, selon vous, peut avoir été une cause concourante :</p>	

Coma :

Veillez fournir une copie de tous les rapports de consultation et d'examen.

Le coma résulte-t-il directement d'un accident?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le patient est-il maintenu en vie artificiellement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous attendez-vous à une amélioration?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Brûlures :

La brûlure résulte-t-elle directement d'un accident?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Veillez indiquer le degré de la brûlure :	<input type="checkbox"/> 1er degré <input type="checkbox"/> 2 ^e degré <input type="checkbox"/> 3e degré
Siège de la brûlure :	
Traitement fourni :	
Le patient a-t-il été admis à l'hôpital en tant que malade hospitalisé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, indiquez la date d'admission à l'hôpital et la date de sortie.	date d'admission : date de sortie :

Remarques :

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.