



TD Assurance
Directives pour remplir la demande de règlement d'assurance crédit
aux entreprises avec prestations du vivant – Invalidité
(Police d'assurance collective n° 45073)

L'assurance est souscrite par Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (« Sun Life »), 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 Sun Life.

La demande de règlement d'assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant – Invalidité est divisée en trois parties :

Partie A : Demande de règlement d'assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant – Invalidité.

Partie B : Déclaration du demandeur d'assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant – Invalidité.

Partie C : Déclaration du médecin traitant relativement à l'invalidité.

Remarque :

- 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 les trois 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 passer à votre succursale TD Canada Trust pour faire remplir par un représentant de celle-ci la **Partie A** – Demande de règlement d'assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant – Invalidité.
- Veuillez remplir la **Partie B** – Déclaration du demandeur d'assurance crédit 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 C** – 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 C** 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.

Directives pour la succursale

- Veuillez remplir la **Partie A** – Demande de règlement d'assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant – Invalidité.
- Assurez-vous d'inscrire le numéro de transit de la succursale, l'adresse, le numéro de téléphone et le nom de la personne-ressource pour que les Services d'indemnisation de TD, Compagnie d'assurance-vie puissent communiquer avec vous, s'il y a lieu.
- Le demandeur peut faire parvenir la demande de règlement par la poste directement à TD Vie ou, s'il le souhaite, il peut vous demander de soumettre les formulaires. Le cas échéant, soumettez-les au moyen du **sac de vinyle vert de TD Assurance**.



PARTIE A

Demande de règlement d'assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant – Invalidité

Déclaration (À remplir par votre représentant TD Canada Trust)

Crédit aux entreprises

Numéro de transit/de la succursale : _____

Numéro de prêt principal : _____

Nom de l'entreprise : _____

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

Adresse de la personne assurée : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Adresse de l'entreprise : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Date de naissance de la personne assurée : _____
(jour, mois, année)

Numéro de téléphone de la personne assurée : _____

Numéro d'entreprise : _____

Date d'entrée en
vigueur de l'assurance
(jour, mois, année)

Montant de l'assurance

Commentaires de la succursale :

Personne-ressource à la succursale : _____
(Nom de famille, prénom)

Signature : _____

Titre : _____

Date : _____
(jour, mois, année)

Numéro de téléphone : _____ - _____ - _____



PARTIE B

Déclaration du demandeur d'assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant – Invalidité

Déclaration (remplie par le demandeur)

Section 1 – Déclaration du demandeur

Nom du demandeur : _____
(Nom de famille) (Prénom et initiale)
(jour, mois, année)

Adresse : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Numéro de téléphone : _____ Autre numéro de téléphone : _____

Si vous n'êtes pas l'assuré, quelle est la nature de votre lien avec lui? _____

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?

6. Avez-vous été alité?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquez les dates.	Du	Au
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 travailliez 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 reporter 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 :
 - À quelle fréquence faites-vous des tâches ménagères?
 - Votre capacité à effectuer les tâches ménagères a-t-elle changé depuis votre invalidité? Oui _____ Non _____
Si oui, veuillez fournir des précisions :
-

Nombre d'années : _____

10. a) Nom et adresse du médecin de famille : _____

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

Nom	Adresse	Dates	
		Du	Au

Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement :				Veuillez indiquer votre :	
Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence	Date de prescription	Taille : _____	
1. _____	_____	_____	_____	Poids : _____	
2. _____	_____	_____	_____	Main dominante :	
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	
4. _____	_____	_____	_____		
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) Avez-vous fréquenté une école de métiers ou suivi toute autre formation particulière? _____

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 travaillez pas avant la date d'invalidité.)

h) Avez-vous déjà fumé :

La cigarette?	<input type="checkbox"/> Oui	Date de début : _____ (jour, mois, année)	<input type="checkbox"/> Non	Quand avez-vous arrêté, le cas échéant? _____ (jour, mois, année)
De la marijuana?	<input type="checkbox"/> Oui	Date de début : _____ (jour, mois, année)	<input type="checkbox"/> Non	Quand avez-vous arrêté, le cas échéant? _____ (jour, mois, année)
D'autres produits du tabac?	<input type="checkbox"/> Oui	Date de début : _____ (jour, mois, année)	<input type="checkbox"/> Non	Quand avez-vous arrêté, le cas échéant? _____ (jour, mois, année)

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

Assureur : Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (« Sun Life »)

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 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 : _____
(Nom de famille, prénom et initiale)

Signature du demandeur : _____ Date : _____
(jour, mois, année)

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



PARTIE C

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, Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (« Sun Life ») 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.

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.

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

Veuillez préciser votre réponse : _____ 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 (jj/mm/aaaa)	Date de sortie (jj/mm/aaaa)	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 (jj/mm/aaaa)	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 (jj/mm/aaaa)

1. _____

2. _____

Résultats et observations cliniques

Veillez 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? _____ (jj/mm/aaaa) Type de permis : _____

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? Oui Non

Veillez préciser votre réponse :

Veillez 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

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? Veuillez préciser votre réponse :

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

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. En fournissant les renseignements énoncés aux présentes, je consens à la divulgation de la version intégrale de ceux-ci.

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.