



**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

**Remarque :**

- **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 réclamation, un analyste, Services d'indemnisation vous fera parvenir une confirmation de réception de la trousse de réclamation 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 d'assurance invalidité accident**

- Remarque** : Toutes les sections de la **Partie A** doivent être remplies par la personne assurée ou par le représentant autorisé de la personne assurée atteinte de la maladie grave.
- Section 1 – Renseignements sur la police**
- Section 2 – Déclaration de la personne assurée**
- Section 3 – Autorisation de transfert électronique de fonds (dépôt direct)**
- 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.

*(suite au verso)*

**Partie C – Pièces justificatives supplémentaires**

- Autorisation de sortie d'hôpital** – Veuillez en 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 assuré par TD, Compagnie d'assurance-vie\***

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

\* TD, Compagnie d'assurance-vie est l'administrateur autorisé pour cette assurance. Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'assureur et/ou l'administrateur, veuillez vous reporter au 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>Domicile :</b>			
	<b>Cellulaire :</b>			
<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)	Du	au
<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)	Du	au

(suite à la page suivante)

<b>Avez-vous été admis dans un hôpital, un sanatorium ou un centre de réadaptation</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Si oui, précisez le nom et l'adresse</b>	
--	--	---	--

<b>pour alcooliques et toxicomanes?</b>		<b>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>	votre emploi actuel?	un autre emploi?	
<b>Si vous travaillez actuellement, décrivez vos tâches si elles sont différentes de celles que vous effectuez habituellement.</b>			
	<b>À quelle date êtes-vous retourné au travail?</b> (jj/mm/aaaa)		
<b>Bénéficiez-vous d'un retour au travail progressif?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Si oui, veuillez préciser le nombre d'heures que vous travaillez par semaine.</b>		
<b>Avez-vous déposé une autre réclamation se rapportant à cet accident?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, auprès de quel assureur?	
<b>Nom du médecin de famille :</b>			
<b>Adresse du médecin de famille :</b>			
<b>Depuis combien de temps êtes-vous un patient de ce médecin?</b>			
<b>Si vous le consultez depuis moins de deux ans, veuillez fournir le nom et l'adresse du ou des médecins précédents.</b>			
<b>Nom du médecin :</b>			
<b>Adresse du médecin :</b>			
<b>Veillez indiquer le nom et l'adresse de tous les médecins que vous avez consultés en ce qui concerne cette invalidité.</b>			
<b>Nom</b>	<b>Adresse</b>	<b>Dates</b>	
		<b>Au</b>	<b>Du</b>
<b>Nom</b>	<b>Adresse</b>	<b>Dates</b>	
		<b>Au</b>	<b>Du</b>

(suite au verso)

<b>Nom</b>	<b>Adresse</b>	<b>Dates</b> <b>Du</b> <b>Au</b>
------------	----------------	--

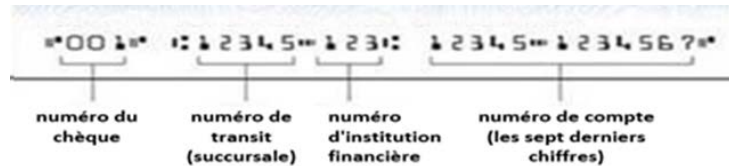
<b>Liste des médicaments que vous prenez actuellement</b>			<b>Veillez fournir les renseignements suivants :</b>
Nom du médicament	Posologie (mg)	Fréquence	
1. _____	_____	_____	Hauteur : _____
2. _____	_____	_____	Poids : _____
3. _____	_____	_____	Main dominante :
4. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Gauche
5. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Droite

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

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 il 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.



Renseignements sur le compte :

Pour savoir comment remplir cette section, consultez l'exemple de chèque ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
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 ») offert par TD, Compagnie d'assurance-vie (TD Vie), ordonne irrévocablement et donne l'autorisation irrévocable, par la présente, à TD Vie (tant à titre d'assureur qu'à titre d'administrateur) de déposer toute indemnité qui m'est due aux termes du contrat d'assurance 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 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.**





## 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

Numéro de certificat : \_\_\_\_\_

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

Nom de la personne assurée \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
(en lettres moulées) (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.

Date : \_\_\_\_\_ Signature de la personne assurée : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

\* TD, Compagnie d'assurance-vie est l'administrateur autorisé pour cette assurance. Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'assureur et/ou l'administrateur, veuillez vous reporter au 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.

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

### 1. Diagnostic

Principal :			
Secondaire et/ou complications :			
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.			
Autres complications ou facteurs favorisants :			
Le problème de santé est-il attribuable :			
À une maladie ou à une blessure liée au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez la date de l'incident : (jj/mm/aaaa)	À un accident de la route ou à un autre type d'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez la date de l'incident : (jj/mm/aaaa)
Avez-vous rempli d'autres formulaires de réclamation d'assurance invalidité récemment pour ce patient?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, veuillez fournir le nom du demandeur : (Autre compagnie d'assurance, Régime de pensions du Canada, Régime des rentes du Québec, WISB, 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)			

(suite à la page suivante)

## 2. Traitement

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

## 3. Hospitalisation

Le patient a-t-il été ou est-il hospitalisé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sera-t-il hospitalisé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date d'admission (jj/mm/aaaa)	Date de sortie (jj/mm/aaaa)	Nom de l'établissement	
1.			
2.			
3.			

(suite au verso)

Si une chirurgie a été ou sera pratiquée, veuillez fournir les renseignements suivants :	
Date (jj/mm/aaaa)	Description de la ou des chirurgies
1.	
2.	

#### 4. Examens

Veuillez joindre des copies de tous les documents pertinents :		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.)</li> <li>▪ Rapports de consultation</li> </ul>		
Y a-t-il des tests ou des examens toujours en cours?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, ajoutez ces renseignements ci-dessous :		
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)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, ajoutez ces renseignements ci-dessous :		
Nom du spécialiste	Spécialisation	Date (jj/mm/aaaa)
1.		
2.		
3.		

#### 5. Résultats et observations cliniques

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

---



---



---



---

Les symptômes ont-ils évolué depuis?	<input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Dégradation
--------------------------------------	--

## 6. Restrictions et limites

Selon les résultats et vos observations cliniques, veuillez décrire les restrictions et les limitations cognitives 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?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, depuis quand? Date : _____ (jj/mm/aaaa)	Si oui, quel type de permis?	
La capacité du patient à gérer ses propres affaires est-elle préoccupante?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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  
Veuillez préciser votre réponse :

---

---

---

---

(suite au verso)

7. Pronostic

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

---

---

---

---

8. 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.

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. : 1-888-788-0839**  
Télécopieur : 416-308-1223 ou 1-877-838-2163

---

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

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

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

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

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

Spécialité : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : (    ) \_\_\_\_\_

Numéro de télécopieur : (    ) \_\_\_\_\_