



TD Assurance
Directives pour remplir la trousse
de demande de règlement
de l'assurance crédit en cas d'invalidité
(Prêt ou prêt hypothécaire)

Cette assurance est émise par La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (Canada-Vie). TD, Compagnie d'assurance-vie (TD Vie) en est l'administrateur autorisé et gèrera cette demande de règlement au nom de Canada-Vie.

La trousse de demande de règlement de l'assurance crédit en cas d'invalidité contient trois parties.

- **Partie A: Demande de règlement de l'assurance crédit en cas d'invalidité.**
- **Partie B: Déclaration du demandeur d'assurance crédit en cas d'invalidité.**
- **Partie C: Déclaration du médecin traitant relativement à une invalidité.**

Remarque

- **Veillez écrire en lettres moulées et utiliser un stylo.**
- **Paraphez toutes les corrections ou modifications, y compris toute correction apportée au moyen de liquide correcteur (*liquid paper*).**
- **Les trois parties doivent être remplies, et tout renseignement manquant pourrait retarder le traitement de votre demande.**
- **Vous trouverez ci-dessous une liste de vérification pour vous aider à remplir la trousse de demande de règlement.**
- **Dans les 10 jours suivant la réception de votre trousse de demande de règlement, un expert en sinistres vous enverra une confirmation de réception par écrit.**
- **Pour toute question, veuillez communiquer avec les Services 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 de TD Canada Trust pour faire remplir par un représentant de celle-ci la **Partie A** - Demande de règlement d'assurance crédit en cas d'invalidité.
- Veuillez remplir la **Partie B** - Déclaration du demandeur d'assurance crédit en cas d'invalidité.
 - Assurez-vous d'inscrire 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 la personne assurée.
- Veuillez vous assurer que les deux sections de la **Partie C** - Déclaration du médecin traitant relativement à une 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 à TD, Compagnie d'assurance-vie - Services d'indemnisation.

- Conservez une photocopie de la trousse de demande de règlement pour vos dossiers.
- Vous êtes tenu de maintenir vos paiements de prêt ou d'hypothèque jusqu'à ce que vous avez reçu la confirmation que votre réclamation a été approuvée.
- Retournez le formulaire original 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 de TD Canada Trust dans une enveloppe scellée, adressée à TD Vie.

Directives pour la succursale

- Veuillez remplir la **Partie A** - Demande de règlement de l'assurance crédit en cas d'invalidité.
- Assurez-vous de fournir le numéro de transit de la succursale ainsi que le nom et le numéro de téléphone de la personne-ressource au cas où les Services d'indemnisation de TD, Compagnie d'assurance-vie auraient à communiquer avec vous.
- Le demandeur peut faire parvenir la trousse de demande de règlement par la poste directement à TD Vie ou, s'il le souhaite, il peut vous demander de nous soumettre les formulaires. Soumettez-les au moyen du **sac de vinyle vert de TD Assurance.**

PARTIE A - Demande de règlement de l'assurance crédit en cas d'invalidité

Déclaration (À remplir par votre représentant de TD Canada Trust)

Produit :

Prêt hypothécaire

Prêt

Numéro de transit/de la succursale : _____

Numéro du prêt ou du prêt hypothécaire : _____

Dépôt dans le compte (le cas échéant) : _____

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

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

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

(Ville) (Province) (Code postal)

Date de naissance de la personne assurée : _____ Date de l'accident : _____
(Jour, mois, année) (Jour, mois, année)

Prêt ou prêt hypothécaire

Si le prêt ou le prêt hypothécaire est le refinancement d'un prêt précédemment couvert par une assurance invalidité, veuillez joindre une copie de la proposition d'assurance antérieure et fournir les renseignements ci-dessous.

Date d'ouverture du prêt ou du prêt hypothécaire initial (avant le refinancement) (Jour, mois, année)	Montant du prêt ou du prêt hypothécaire avant le refinancement	Période d'amortissement initiale du prêt avant le refinancement
Date d'entrée en vigueur de l'assurance (Jour, mois, année)	Date d'avance des fonds (Jour, mois, année)	Montant initial du prêt ou du prêt hypothécaire
Période d'amortissement initiale	Solde du capital en cours	Mensualité actuelle du prêt ou du prêt hypothécaire
Date de la dernière mensualité (Jour, mois, année)	Date de la mensualité régulière (Jour, mois, année)	Prochaine date de renouvellement (Jour, mois, année)

Commentaires de la succursale : _____

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

Signature : _____

Titre : _____ Date : _____
(Jour, mois, année)

Téléphone : () -

PARTIE B - Déclaration du demandeur d'assurance crédit en cas d'invalidité

Déclaration (remplie par le demandeur)

Section 1 - Déclaration du demandeur

Mme M.

Nom du demandeur : _____
(Nom de famille) (Prénom et initiale)

Adresse : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Numéro de téléphone : () - Autre numéro de téléphone : () -

Date de naissance : _____
(Jour, mois, année)

Si vous n'êtes pas la personne assurée, quelle est la nature de votre lien avec elle? _____

Renseignements sur l'emploi et l'invalidité (dans la section suivante, les mots « vous » et « votre » se rapportent à la personne assurée, s'il ne s'agit pas du demandeur).

Votre poste et votre titre : _____

Description des tâches : _____

Nombre d'heures travaillées par semaine avant votre invalidité : _____

Nom, adresse et numéro de téléphone de votre employeur

a) au moment de la demande _____

b) immédiatement avant votre invalidité _____

1. Quand votre santé a-t-elle été affectée pour la première fois?

2. Depuis quelle date votre invalidité vous empêche-t-elle de travailler?

			Du	Au
3. a) Avez-vous été confiné au lit?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si « oui », à quelles dates?		
b) Avez-vous été confiné à votre domicile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si « oui », à quelles dates?		
c) Avez-vous séjourné dans un hôpital, un sanatorium ou un centre de désintoxication (drogue ou alcool)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si « oui », à quelles dates?		

4. a) Décrivez votre **état** actuel, sa **cause** et son **histoire** à ce jour. Si vous êtes blessé, indiquez la nature de l'accident. Veuillez aussi préciser où, quand et comment s'est produit l'accident.

b) Si vous avez été victime d'un accident de la route et que vous conduisiez le véhicule, veuillez joindre une copie du rapport de police et du rapport d'accident.

5. a) Est-ce que votre état de santé actuel 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 soumis une autre demande d'indemnisation à l'égard de cette invalidité? Oui Non Si « oui », auprès de qui? _____

6. a) Nom et adresse du médecin de famille

Nombre d'années : _____

b) Nom de tous les médecins qui vous ont traité pendant votre invalidité.

Nom	Adresse	Dates	
		Du	Au

Veillez dresser la liste de vos médicaments :

Nom du médicament	Dose (mg)	Fréquence?	Veillez préciser :
1. _____	_____	_____	Taille : _____
2. _____	_____	_____	Poids : _____
3. _____	_____	_____	Main dominante :
4. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
5. _____	_____	_____	

7. a) Quel est votre niveau de scolarité au Canada? _____

b) Si vous avez fait vos études à l'extérieur du Canada, donnez l'équivalent canadien de votre niveau de scolarité? _____

c) Avez-vous fréquenté une école de métiers ou reçu toute autre formation spécialisée? _____

d) Indiquez tous les emplois que vous avez occupés et donnez des précisions.

e) Indiquez vos passe-temps ou autres intérêts particuliers.

f) À votre avis, comment vos symptômes et les limites que vous impose votre état vous empêchent-ils de vous acquitter des fonctions associées à votre poste?

g) Avez-vous discuté avec votre médecin de votre retour au travail ou de votre réadaptation? Oui Non
Si « oui », quelle est son opinion?

h) 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
Dans l'affirmative, donnez le nom et l'adresse du conseiller qui s'occupe de votre dossier et indiquez les choix professionnels qui ont été faits?

Autorisation relative à la demande de règlement en cas d'invalidité

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

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 l'assurance par l'assureur.
- Par la présente, je permets et demande aux médecins, aux hôpitaux, aux cliniques, aux personnes, aux organismes gouvernementaux ou d'application de la loi, aux sociétés d'assurance, aux organismes d'indemnisation des accidentés du travail, à mon employeur actuel, à mes anciens employeurs et à toute autre entité possédant des dossiers, des connaissances ou des renseignements personnels et médicaux au sujet de la personne assurée (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 agents 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 afin de lui permettre de gérer la facilité de crédit relative à cette assurance.
- J'autorise également l'assureur, ses réassureurs et leurs agents 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. Cette autorisation demeurera valide pendant toute la durée du traitement de la présente demande.

Si je ne suis pas la personne assurée

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

Signé à : _____

Demandeur : _____

(Nom de famille, et prénom et initiale en lettres moulées)

Signature du demandeur : _____ Date : _____

(Jour, mois, année)

Témoin : _____

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

PARTIE C - Déclaration du médecin traitant relativement à une invalidité

Section 1 - Autorisation du patient

Mme M.

Nom du patient (en lettres moulées) : _____

Date de naissance du patient : _____
(Jour, mois, année)

Je vous autorise par la présente à communiquer à l'assureur, La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, et à son administrateur de règlement autorisé, TD, Compagnie d'assurance-vie, tous les renseignements demandés par ces derniers relativement à la présente demande de règlement.

Date : _____
(Jour, mois, année)

Signature du patient : _____

Section 2 - Déclaration du médecin traitant (doit être remplie par le médecin traitant)

Le présent formulaire a été élaboré pour tenir compte du point de vue du médecin. 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, il est essentiel que vous fournissiez suffisamment de détails sur les antécédents médicaux et familiaux, 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 : Médecin de famille Médecin spécialiste Autre (veuillez préciser): _____

Veuillez répondre au meilleur de votre connaissance.

Diagnostic

Primaire :

Secondaire et/ou complications :

S'il s'agit d'une patiente enceinte - date réelle ou prévue de l'accouchement (jj/mm/aaaa) : _____

Cet état de santé est-il dû à :

Une maladie/blessure professionnelle? : Oui Non

Accident d'auto? Oui Non

Si oui, date de l'événement : _____

(jj/mm/aaaa)

Si oui, date de l'événement : _____

(jj/mm/aaaa)

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

Si oui, veuillez indiquer auprès de qui (autre compagnie d'assurance, RPC, RRQ, Commission des accidents du travail, etc.) :

Date de la première visite à votre bureau concernant cet état : _____

(jj/mm/aaaa)

Date de la première absence au travail en raison de cet état : _____

(jj/mm/aaaa)

Traitement

Programmes spéciaux, thérapies, médicaments, etc. (qui n'ont pas été mentionnés par le patient à la section 1) :

Fréquence des visites : Hebdomadaire Mensuelle Autre (préciser) : _____

Date de la dernière visite : _____

(jj/mm/aaaa)

Le patient a-t-il été traité pour le même problème ou un problème semblable par le passé? Oui Non

Si oui, date : _____ Traitement administré : _____

(jj/mm/aaaa)

Est-ce que le patient suit le programme de traitements recommandé? Oui Non

Veuillez préciser : _____

Réaction au traitement

Veuillez décrire la réaction au traitement à ce jour : Positive Partielle Aucune Trop tôt pour le dire

La modification ou l'intensification du programme de traitements actuel est-elle envisagée? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer : _____

Hospitalisation

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

Une hospitalisation est-elle prévue? Oui Non

Date d'admission

(jj/mm/aaaa)

Date de congé

(jj/mm/aaaa)

Nom de l'établissement

1. _____

2. _____

3. _____

Si une intervention chirurgicale a été ou doit être pratiquée, veuillez fournir la date et une description de l'intervention

Date (jj/mm/aaaa)

Description

1. _____

2. _____

Investigations

Veuillez joindre des copies de tous les documents pertinents :

- Résultats d'examens et investigations (Si aucun résultat n'est joint, nous considérerons qu'aucun test n'a été effectué.)
- Rapports de consultation

Y a-t-il des test ou des investigations en attente?

Oui Non

Date (jj/mm/aaaa)

Description

1. _____

2. _____

Si aucun rapport de consultation n'est joint, le patient sera-t-il vu par un spécialiste pour son état à l'avenir? Oui Non

Nom du spécialiste

Spécialité

Date (jj/mm/aaaa)

1. _____

2. _____

Résultats et observations cliniques

Veillez décrire les symptômes du patient, y compris leur gravité, leur fréquence et l'histoire de cas :

De quelle façon les symptômes du patient ont-ils évolué jusqu'à maintenant? Amélioration Aucun changement Régression

Restrictions et limitations

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

Est-ce qu'un permis détenu par le patient a fait l'objet de restrictions ou a été révoqué en raison de son état? Oui Non

Si oui, depuis quand? _____ Type de permis : _____

(jj/mm/aaaa)

Avez-vous des doutes quant à la capacité du patient de gérer lui-même ses affaires? Oui Non

Y a-t-il d'autres facteurs non médicaux qui pourraient avoir une incidence sur la période de convalescence prévue du patient et sur ses objectifs de retour au travail? Oui Non

Veillez développer :

Pronostic

Veillez indiquer quel est votre pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient ou à son rétablissement :

Retour au travail

Quels sont les objectifs dont vous avez discuté avec le patient quant à son retour au travail? Veuillez développer :

Veillez joindre le rapport du médecin spécialiste, le cas échéant.

Avis au médecin

Les renseignements contenus dans la présente déclaration seront conservés dans un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité par l'assureur ou un administrateur de régime d'assurance et pourra être consulté par le patient ou un tiers à qui on aura accordé l'accès ou qui sera autorisé par la loi à le faire. En fournissant ces renseignements, je consens à la divulgation intégrale de tout renseignement contenu dans le présent document.

Vous pouvez faire parvenir le présent formulaire par la poste ou par télécopieur à l'administrateur ci-dessous :

TD Assurance

Services d'indemnisation

P.O. Box 1

TD Centre

Toronto, Ontario M5K 1A2

Tél.: 1-888-983-7070

Télééc. : 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 lettres moulées : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : () - - Numéro de télécopieur : () - -

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