



La trousse de demande d'exonération des primes est divisée en trois parties :

- **Partie A :** Formulaire de demande d'exonération des primes
- **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 à cocher 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 demande d'exonération des primes

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 la police**
- Section 2 – Déclaration de la personne assurée**
- Section 3 – Déclaration, autorisation et signature**
- Section 4 – Déclaration supplémentaire du demandeur**

Partie B – Questionnaire de l'employeur et déclaration du médecin traitant

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

- Section 1 – Description de poste et questionnaire sur les exigences physiques**
 - Cette section doit être remplie par l'employeur de la personne assurée.
- Section 2 – Autorisation de la personne assurée**
 - La signature de la personne assurée et la date sont requises.
- Section 3 – 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.
- Déclaration d'admission à l'hôpital**
- Rapport d'accident, rapport de l'employeur ou rapport de police** – Veuillez fournir une copie, si possible.
- Preuve de revenu** – Veuillez fournir une copie, si possible.
- 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 demande d'exonération des primes

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 la police Assuré par TD, Compagnie d'assurance-vie*

Numéro de police :	
Nom de la personne assurée <i>(nom légal complet) (en lettres moulées)</i>	
Adresse de la personne assurée	
Date de naissance de la personne assurée <i>(jj/mm/aaaa)</i>	
Coordonnées de la personne assurée	
Type de réclamation :	Exonération des primes pour cause d'invalidité

* TD, Compagnie d'assurance-vie est l'administrateur autorisé pour cette assurance. Pour de plus amples renseignements sur l'assureur et/ou l'administrateur, veuillez-vous reporter à la police 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 de la personne assurée

Nom du demandeur : (si différent de celui de la personne assurée)	
Date de naissance du demandeur : (si différent de celui de la personne assurée)	
Lien avec la personne assurée	
Adresse du demandeur : (si différent de celui de la personne assurée)	
Coordonnées du demandeur : (si différent de celui de la personne assurée)	
Le demandeur est-il fumeur ? Si vous avez répondu Oui à la question précédente, précisez la date de la dernière consommation du ou des produits du tabac.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date:
Veillez indiquer le type de produit du tabac ou la consommation d'une substance ou d'un produit contenant ce qui suit :	<input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Nicotine <input type="checkbox"/> Marijuana
Montant de la couverture :	
Nature de la maladie ou de la blessure : (Si le problème découle d'une blessure, indiquez où et comment cela s'est passé.)	
Date d'apparition des premiers symptômes de la maladie ou de la blessure : (jj/mm/aaaa)	
Date d'admission à l'hôpital : (jj/mm/aaaa)	
Date de congé de l'hôpital : (jj/mm/aaaa)	
Nom de l'hôpital :	
Adresse de l'hôpital :	
Nom du médecin de famille :	
Adresse du médecin de famille :	
Si vous le consultez depuis moins de deux ans, veuillez fournir le nom et l'adresse du ou des médecins précédents.	

Avez-vous d'autres assurances?

Police	Entrée en vigueur (jj/mm/aaaa)	Capital assuré

Section 3 : 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.

Personne assurée

En apposant votre signature ci-dessous, vous – la personne assurée – acceptez ce qui suit, à moins que vous ne cochiez la case ci-après pour signaler votre refus d'accepter :

Si vous n'avez pas droit à la prestation pour maladie grave, nous pouvons en expliquer les raisons au titulaire de police. Si d'autres renseignements ont motivé notre refus de votre réclamation, nous pouvons préciser au titulaire de police si lesdits renseignements se rapportent à vos antécédents familiaux, à vos renseignements médicaux ou à votre mode de vie.

- **Je n'accepte pas que mes renseignements personnels soient divulgués au titulaire de police.**

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 4 – Déclaration supplémentaire du demandeur – Demande d'exonération des primes

Nom de l'employeur	
Adresse de l'employeur	
Numéro de téléphone de l'employeur	
Description des fonctions	
Travailleur autonome	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Salaire annuel : (\$)	
Dernier jour de travail en raison de l'invalidité (jj/mm/aaaa)	
Date de retour au travail (jj/mm/aaaa)	
Veillez fournir les renseignements suivants, s'il y a lieu : <ul style="list-style-type: none"> • Numéro de la réclamation WCB/CNESST/RPC • Nom et numéro de téléphone du gestionnaire du dossier 	

Formation et études

Quel est votre niveau de scolarité au Canada ?	
Année de fin d'études :	
Diplôme(s) obtenu(s) Plus année d'obtention	1. 2.
Si vous avez fait des études à l'extérieur du Canada, quel en est l'équivalent canadien?	
Avez-vous fréquenté une école de métiers, suivi une autre formation particulière ou obtenu un certificat professionnel?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Antécédents professionnels

Veillez fournir des précisions ci-dessous (en commençant par l'employeur le plus récent) :

Nom de la compagnie	Profession	Date d'emploi (jj/mm/aaaa)

Quels sont vos loisirs ou vos autres intérêts spéciaux ?

Selon vous, de quelle façon vos restrictions et vos symptômes vous empêchent-ils d'effectuer vos tâches habituelles ?

Prévoyez-vous réintégrer votre poste antérieur?

Oui Non

Prévoyez-vous reprendre le travail, quel qu'il soit?

Oui Non

Avez-vous discuté d'un retour au travail ou de réadaptation avec votre médecin?

Oui Non

Si oui, qu'en pense-t-il?

Detail:

Avez-vous communiqué avec le ministère de l'Emploi, le ministère provincial des Services communautaires et sociaux ou vos autres assureurs à propos des possibilités de réadaptation professionnelle?

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?

Detail:

Déclaration :

Je confirme que les déclarations sont véridiques, complètes et consignées correctement. Je comprends que toute dissimulation, inexactitude ou fausseté concernant cette déclaration pourrait entraîner l'annulation de toute assurance.

Signature du demandeur _____ **Date** _____

Sens requis pour effectuer le travail. Veuillez répondre par oui ou par non :

Vue :	
De près	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
De loin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perception de la profondeur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vision périphérique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ouïe :	
Conversation ordinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Parole :	
Conversation ordinaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Parler fort	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Touch:	
Dextérité digitale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez choisi Autre, veuillez expliquer :

Ouïe : _____

Toucher : _____

Veuillez décrire le niveau de concentration requis pour ce poste :
Considérez-vous que ce poste est exigeant sur le plan intellectuel ou physique, ou les deux ? Précisez :
Dernier jour de travail :
Commentaires :

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

Employeur : _____

Signature : _____ Date : _____



TD Assurance

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

Partie B – Déclaration du médecin traitant

Exonération des primes

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 2 – Autorisation de la personne assurée

Assuré par TD, Compagnie d'assurance-vie*

Numéro de police	
Nom de la personne assurée (en lettres moulées)	
Date de naissance (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 de plus amples renseignements sur l'assureur et/ou l'administrateur, veuillez-vous reporter à la police 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 3 – 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 demande d'exonération des primes pour invalidité au titre de l'assurance de votre patient a été soumise et nous vous demandons 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)	
Le demandeur est-il fumeur ? Si vous avez répondu Oui à la question précédente , précisez la date de la dernière consommation du ou des produits du tabac. (jj/mm/aaaa)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non date commencé : date dernière :
Veillez indiquer le type de produit du tabac ou la consommation d'une substance ou d'un produit contenant ce qui suit :	<input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Nicotine <input type="checkbox"/> Marijuana
Date d'apparition des premiers symptômes ou de l'accident (jj/mm/aaaa)	
Date à laquelle le patient a cessé de travailler en raison du problème de santé actuel (jj/mm/aaaa)	
Date de la première consultation relative au problème de santé actuel (jj/mm/aaaa)	
Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa)	
Le patient a-t-il déjà présenté le même problème de santé ou un problème semblable ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Unknown
Le problème de santé découle-t-il d'une blessure ou d'une maladie liée à l'emploi du patient ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Unknown
Le problème de santé est-il considéré comme chronique ? Oui (qu'est-ce qui a entraîné l'absence du travail ?)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détail:
Nom et spécialisation des autres médecins traitants consultés :	

Diagnostic

Diagnostic principal : Y avait-il des facteurs précipitants ?	
Autres problèmes de santé ou complications qui pourraient influencer sur la durée de l'absence du travail	
Symptômes subjectifs, y compris la gravité et la fréquence	
Signes objectifs (y compris les derniers résultats des radiographies, de l'ÉCG ou des analyses de laboratoire et toute constatation clinique pertinente)	

Déficience physique

<input type="checkbox"/> Classe 1	(aucune restriction – peut faire de l'activité physique, de 0 à 10 %)
<input type="checkbox"/> Classe 2	(restrictions légères – peut faire une activité manuelle légère, de 15 à 30 %)
<input type="checkbox"/> Classe 3	(restrictions modérées – peut effectuer du travail de bureau ou des tâches administratives, de 35 à 55 %)
<input type="checkbox"/> Classe 4	(restrictions importantes, de 60 à 70 %)
<input type="checkbox"/> Classe 5	(restrictions sévères – ne peut effectuer aucune activité sédentaire, de 75 à 100 %)

Le patient peut-il :

<input type="checkbox"/> soulever des poids ? _____ heures	<input type="checkbox"/> rester assis ? _____ heures	<input type="checkbox"/> rester debout ? _____ heures	<input type="checkbox"/> marcher ? _____ heures
<input type="checkbox"/> se pencher ?	<input type="checkbox"/> s'accroupir ?	<input type="checkbox"/> grimper ?	

Le patient est-il :

<input type="checkbox"/> ambulatoire?	<input type="checkbox"/> ambulatoire avec appareils fonctionnels? (Veuillez préciser.)	<input type="checkbox"/> confiné au lit?	<input type="checkbox"/> confiné à domicile?	<input type="checkbox"/> confiné à l'hôpital?
---------------------------------------	--	--	--	---

Déficience mentale ou nerveuse (le cas échéant)

Quelle est l'incidence de la déficience mentale ou nerveuse du patient sur sa capacité à travailler ?	
Le patient a-t-il été dirigé en psychiatrie ? (Le cas échéant, veuillez joindre une copie des rapports de consultation.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Troubles cardiaques (le cas échéant)

<input type="checkbox"/> Classe 1 Aucune restriction	<input type="checkbox"/> Classe 2 Restrictions légères	<input type="checkbox"/> Classe 3 Restrictions modérées	<input type="checkbox"/> Classe 4 Restrictions importantes	<input type="checkbox"/> Classe 5 Restrictions sévères
--	--	---	--	--

Pression artérielle (à la dernière visite)	Pression systolique :
	Pression diastolique :

Traitement

Nature du traitement (y compris les opérations et les médicaments prescrits, s'il y a lieu)	
Fréquence des consultations :	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :
Autre traitement (thérapie). Veuillez préciser et indiquer le nom et l'adresse du thérapeute :	
À votre connaissance, le patient suit-il le programme de traitement recommandé ? Veuillez fournir des précisions :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Veuillez décrire la réponse au programme de traitement.	

État - Quel est l'état du patient ?

<input type="checkbox"/> Rétablissement	<input type="checkbox"/> S'est amélioré	<input type="checkbox"/> Ne s'est pas amélioré	<input type="checkbox"/> A empiré
---	---	--	-----------------------------------

Pronostic

Pensez-vous que le patient sera en mesure de retourner au travail ? Si oui, indiquez la date approximative. (jj/mm/aaaa) Si non, qu'est-ce qui empêche précisément le patient de retourner au travail ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date ou détail :
Si non, qu'est-ce qui empêche précisément le patient de retourner au travail ? À votre avis, le patient peut-il effectuer un travail modifié ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Réadaptation

D'autres services de réadaptation (par exemple, programme cardiopulmonaire, orthophonie, etc.) pourraient-ils s'avérer bénéfiques pour le patient ? Si oui, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détail :
Des services d'orientation professionnelle ou une reconversion seraient-ils recommandés ? Si oui, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Détail :
Le patient est-il apte à tenter un retour au travail ? Si oui, indiquez la date (jj/mm/aaaa)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date :

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

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

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

Nom du médecin : _____ **Signature du médecin :** _____
(en lettres moulées)

Spécialité : _____

Date: _____ **Address:** _____

Numéro de téléphone : _____ **Numéro de télécopieur :** _____

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