



TD Assurance
Directives pour remplir la trousse
de demande de règlement de plan de protection TD
en cas de maladie mortelle

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 plan de protection TD en cas de maladie mortelle contient deux parties:

- **Partie A: Déclaration du demandeur de plan de protection TD en cas de maladie mortelle**
- **Partie B: Déclaration du médecin traitant relativement à une maladie mortelle**

Remarque

- **La demande des dossiers médicaux exclut tous les résultats de tests génétiques. Ne divulguez aucun résultat de test génétique.**
- **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*).**
- **Toutes les 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 remplir la **Partie A** - Déclaration du demandeur de plan de protection TD en cas de maladie mortelle.
- 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 B** - Déclaration du médecin traitant relativement à une maladie mortelle 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 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.

- Conservez une photocopie de la trousse de demande de règlement pour vos dossiers.
- Retournez le formulaire original à l'adresse suivante :

TD Assurance
Services d'indemnisation
P.O. Box 1
TD Centre
Toronto, Ontario M5K 1A2

* TD, Compagnie d'assurance-vie est l'administrateur autorisé pour cette assurance. La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie est située au 330, University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 1R8; numéro sans frais : 1-800-380-4572. 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.

PARTIE A - Déclaration du demandeur de plan de protection TD en cas de maladie mortelle

Déclaration (remplie par le demandeur)

Section 1 - Déclaration du demandeur

Les renseignements sur les produits demandés ci-dessous sont **obligatoires** pour que nous puissions traiter la demande de règlement. S'il vous manque des renseignements sur les produits, veuillez communiquer avec votre succursale TD Canada Trust pour les obtenir avant de soumettre les formulaires.

Numéro de transit/de la succursale : _____

Numéro du prêt hypothécaire : _____

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 : _____
(Jour, mois, année)

Si vous n'êtes pas la personne assurée, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous sur le demandeur et confirmer votre lien avec la personne assurée

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

Adresse du demandeur : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

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

Numéro de téléphone : _____ Autre numéro de téléphone : _____

Nom et adresse du médecin de famille de la personne assurée :

Autres médecins consultés au cours des douze derniers mois et séjours dans un hôpital ou un autre établissement de soins.

Médecin, hôpital, établissement	Adresse	Nature de la maladie ou de la blessure	Dates

1. Veuillez fournir de l'information sur votre maladie.

2. a) Êtes-vous confiné au lit? Oui Non
b) Êtes-vous confiné à votre domicile? Oui Non
c) Êtes-vous hospitalisé? Oui Non
Si oui, veuillez fournir le nom et l'adresse de l'hôpital.
-

3. 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 : _____

Ce formulaire peut être utilisé pour présenter des demandes de règlement valides au titre de polices d'assurance qui n'ont plus cours.

Autorisation relative à la demande de règlement en cas de maladie mortelle

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, 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.
- 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.

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.

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

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

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

PARTIE B - Déclaration du médecin traitant relativement à une maladie mortelle

Section 1 - Autorisation du patient

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 règlements autorisé, TD, Compagnie d'assurance-vie, tous les renseignements demandés par ces derniers relativement à la présente demande de règlement.

Je comprends que je peux révoquer ce consentement en tout temps, mais que sans celui-ci, ma demande de règlement ne pourra être évaluée.

Date : _____ Signature du patient : _____
(Jour, mois, année)

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, vous devez fournir suffisamment de détails sur les antécédents médicaux et familiaux, les examens, les résultats et le traitement.

Remarque : Avant de soumettre le formulaire, assurez-vous d'avoir rempli et signé la section Déclaration.

Il incombe au patient 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.

1. Diagnostic

a) Primaire _____ Symptômes _____

b) Secondaire _____ Symptômes _____

c) Constatations objectives (y compris les résultats récents de radiographies, ECG ou autres tests particuliers).
Veuillez joindre à la présente une copie de tous les résultats.

d) Autres complications ou facteurs favorisants _____

2. Histoire

a) Date de l'apparition des symptômes : _____
(Jour, mois, année)

b) Date du diagnostic : _____
(Jour, mois, année)

c) Date à laquelle le patient a appris le diagnostic : _____
(Jour, mois, année)

d) Avez-vous prescrit un traitement et (ou) un médicament? Lesquels?

À quelle fréquence voyez-vous le patient? _____

e) Le patient avait-il souffert auparavant de la même affection ou d'une affection semblable? Oui Non Je ne sais pas

Dans l'affirmative, indiquez la date et décrivez l'affection en question. _____

3. Résultats et explorations cliniques

Votre patient a-t-il été dirigé vers d'autres médecins ou spécialistes? Oui Non

Dans l'affirmative, remplissez le tableau ci-dessous.

Nom du médecin et spécialité	Date de l'examen	Sommaire des résultats

4. Pronostic

Quel est le pronostic concernant votre patient?

Pouvez-vous, en vous fondant sur votre connaissance de l'état du patient et votre expérience, nous indiquer l'espérance de vie de votre patient?

D'autres options de traitement sont-elles envisagées? _____

Dans l'affirmative, quand ce traitement débutera-t-il? _____

Quel est le résultat attendu? _____

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. Je comprends que je peux révoquer ce consentement en tout temps, mais que sans celui-ci, la demande de règlement de mon patient ne pourra être évaluée. En fournissant les renseignements énoncés aux présentes, je consens à la divulgation de la version intégrale de ceux-ci.

Joindre le rapport du médecin spécialiste, le cas échéant.

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

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 lettres moulées : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro de télécopieur : _____

Merci d'avoir pris le temps de remplir le présent formulaire.