TD Assurance

Directives pour remplir la trousse de réclamation au titre du Régime d'assurance en cas de maladie grave dans le cas d'un accident vasculaire cérébral

La trousse de réclamation au titre du Régime d'assurance en cas de maladie grave dans le cas d'un accident vasculaire cérébral est divisée en trois parties :

- □ **Partie A :** Formulaire de réclamation au titre du Régime d'assurance en cas de maladie grave dans le cas d'un accident vasculaire cérébral
- □ **Partie B :** Déclaration du médecin traitant relativement à une maladie grave – accident vasculaire cérébral
- □ **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 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 au titre du Régime d'assurance en cas de maladie grave dans le cas d'un accident vasculaire cérébral

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)**
  - Si vous souhaitez que ces prestations soient déposées directement dans votre compte bancaire, veuillez remplir la section 3 et joindre un chèque annulé.
- □ **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.

Partie C – Pièces justificatives supplémentaires

- □ **Autorisation de sortie d'hôpital – Veuillez 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 au titre du Régime d'assurance en cas de maladie grave dans le cas d'un accident vasculaire cérébral

Le terme « personne assurée » s'entend de la personne qui est assurée aux termes de la présente police.

Section 1 : Renseignements sur la police

Assureur : TD, Compagnie d'assurance-vie*

Numéro de police	
Date d'émission	
Nom de la personne assurée (nom légal complet) (en lettres moulées)	
Titulaire de police (si le titulaire n'est pas la personne assurée)	
Type de réclamation	Maladie grave – accident vasculaire cérébral
Montant de la couverture	

*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.
MDLe 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 de la personne assurée :	
Adresse de la personne assurée :	
Date de naissance de la personne assurée : (jj/mm/aaaa)	
Insured Person's Contact Details: Residence/Cellular	
Insured Person's Email address:	
Si vous avez coché Fumeur, veuillez indiquer la date à laquelle la personne a fumé la dernière fois : (jj/mm/aaaa)	☐ Fumeur ☐ Non-fumeur Date:
Veuillez indiquer le type de produit du tabac ou la consommation d'une substance ou d'un produit contenant ce qui suit :	☐ Tabac ☐ Nicotine ☐ Marijuana
Nature de la maladie :	
Date à laquelle la maladie ou les symptômes sont apparus pour la première fois : (jj/mm/aaaa)	
À quelle date la personne assurée a-t-elle consulté un médecin pour la première fois au sujet de sa maladie? (jj/mm/aaaa)	
La personne assurée a-t-elle subi des tests ou des examens liés à son diagnostic? **Si oui, veuillez fournir plus de renseignements et préciser les dates.**	☐ Oui ☐ Non Details/Dates:
La personne assurée a-t-elle déjà été atteinte d'une maladie similaire ou connexe, ou reçu un traitement pour une maladie similaire ou connexe? **Si oui, veuillez fournir plus de renseignements et préciser les dates.**	☐ Oui ☐ Non Details/Dates:
Veuillez décrire les déficits neurologiques résiduels.	
Un membre de la famille immédiate (mère, père, frères, sœurs) a-t-il déjà eu une maladie cardiaque, un accident vasculaire cérébral, un type de diabète, un cancer, une tumeur ou une affection rénale avant l'âge de 60 ans? **Si oui, veuillez préciser le lien avec la personne, la nature de la maladie et la date du diagnostic.**	☐ Oui ☐ Non Details:
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 elle le consulte depuis moins de deux ans, veuillez fournir le nom et l’adresse du ou des médecins précédents.	

Commentaires supplémentaires :

Section 3 : Autorisation de transfert électronique de fonds (dépôt direct)

Nous avons le plaisir de vous offrir une option facile et commode, c'est-à-dire le dépôt direct de votre prestation dans le compte de votre choix. Il s'agit de la façon la plus rapide et la plus efficace de recevoir le montant du règlement.

Pour procéder au dépôt direct de votre prestation, veuillez remplir, signer et dater l'autorisation ci-dessous. Vous devez également joindre un chèque annulé sur lequel il est clairement indiqué le compte bancaire (le « compte ») dans lequel vous voulez que le paiement soit déposé OU entrez ces renseignements dans l'espace prévu à cet effet dans la section **Renseignements sur le compte**. Si vous n'êtes pas titulaire d'un compte TD Canada Trust et que vous ne joignez pas de chèque annulé, nous aurons besoin de l'adresse de votre institution financière afin de pouvoir déposer votre prestation dans le compte de votre choix.

Vous pouvez vérifier vos renseignements sur le compte auprès de votre institution financière ou en vous rapportant aux numéros figurant au bas de vos chèques :

Numéro de transit de la succursale : Numéro à cinq chiffres servant à identifier votre succursale bancaire domiciliaire.

Numéro d'institution financière : Numéro à trois chiffres servant à identifier l'institution financière canadienne. Exemple : le numéro de TD Canada Trust est 004.

Numéro de compte bancaire : Numéro unique à sept chiffres servant à identifier votre compte bancaire personnel.

Renseignements sur le compte :

_____	_____	_____
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 ») émis par TD, Compagnie d'assurance-vie (TD Vie), ordonne irrévocablement et donne l'autorisation irrévocable, par la présente, à TD Vie de déposer toute indemnité qui m'est due aux termes du contrat d'assurance (jusqu'à concurrence de 60 000 $) 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 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.

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 une maladie grave – accident vasculaire cérébral

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

Régime d'assurance en cas de maladie grave 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.

Signature de la personne assure : _____

Date_____

(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.
MDLe 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 éventuels associés à son état de santé. Une réclamation relative à un **accident vasculaire cérébral** (AVC) 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)	
Date de la première consultation pour l'ultime maladie : (jj/mm/aaaa)	
Depuis combien de temps la personne assurée est-elle votre patient ? (années/mois)	
Nom et adresse du médecin de famille :	
Un diagnostic d'AVC a-t-il été posé ?	☐ Oui ☐ Non
À quelle date l'AVC s'est-il produit ? (jj/mm/aaaa)	
Veuillez décrire la cause de l'AVC (si elle est connue).	
Veuillez décrire les déficits neurologiques résiduels.	
Durant combien de temps les déficits neurologiques ont-ils persisté?	
Par qui le diagnostic a-t-il été posé **(si ce n'est pas vous qui l'avez établi) ?**	
À quelle date le patient a-t-il été mis au courant du diagnostic? **Par qui?**	

Veuillez fournir le nom et l'adresse des autres médecins que votre patient a consultés ou des hôpitaux où celui-ci a été admis en raison de son AVC.

Noms des médecins et des hôpitaux	Adresse

Votre patient avait-il déjà eu un AVC auparavant? Si oui, veuillez fournir plus de renseignements et préciser les dates	☐ Oui ☐ Non veuillez préciser :
Un membre de la famille immédiate (mère, père, frères, sœurs) a-t-il déjà eu une maladie cardiaque, un accident vasculaire cérébral, un type de diabète, un cancer, une tumeur ou une affection rénale avant l'âge de 60 ans? Si oui, veuillez fournir des précisions.	☐ Oui ☐ Non veuillez préciser :
Votre patient est-il fumeur? **Si oui, veuillez indiquer la date à laquelle il a commencé à fumer et la date à laquelle il a fumé la dernière fois.**	☐ Oui ☐ Non commencé à fumer : la dernière fois :
Êtes-vous parent avec le patient ou entretenez-vous un lien d'affaires avec lui?	☐ Oui ☐ Non

Veuillez fournir des copies des notes cliniques et des rapports de l'hôpital pour que notre médecin en chef puisse les examiner et les résultats de la plus récente évaluation du neurologue. Veuillez fournir toute autre information qui pourrait nous aider à évaluer la réclamation de votre patient.

Joignez tous les rapports de médecins spécialistes et tous les résultats de pathologie ou des tests, si vous y avez accès. Vous pouvez envoyer le présent formulaire par la poste ou par télécopieur à :

TD, Compagnie d'assurance-vie
Services d'indemnisation
P.O. Box 1
TD Centre
Toronto (Ontario) M5K 1A2
Tél. : 1-888-788-0839
Téléc. : 416-308-1223 / 1-877-838-2163

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

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

Spécialité du médecin : _____

Date : _____ Adresse : _____
(jj/mm/aaaa)

Numéro de téléphone : _____ Numéro de télécopieur : _____

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