

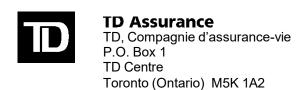


Directives pour remplir la trousse de réclamation d'assurance vie à acceptation garantie – prestation anticipée du vivant

| La tro | usse de réclamation d'assurance vie à acceptation garantie – prestation anticipée du vivant est divisée en |
|--------|--|
| | parties : |
| | Partie A : Formulaire de réclamation d'assurance vie à acceptation garantie – prestation anticipée du vivant Partie B : Déclaration du médecin traitant relativement à l'assurance vie à acceptation garantie – prestation anticipée du vivant |
| | |
| Rema | |
| | 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 dix jours ouvrables suivant la réception de votre trousse, un conseiller en réclamation 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. |
| | |
| ochez | une fois la tâche accomplie : |
| Pai | rtie A - Formulaire de réclamation d'assurance vie à acceptation garantie – prestation anticipée du |
| | vivant |
| Rema | rque : Toutes les sections de la Partie A doivent être remplies par la personne assurée. |
| | 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 |
| | |
| | rque : La Partie B du présent document peut être détachée et remise au médecin traitant pour qu'il la remplisse et e 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 : O Acte de naissance |
| | |

Permis de conduire canadien
 Carte de résident permanent
 Passeport canadien

Carte de citoyenneté canadienne



Partie A – Formulaire de réclamation d'assurance vie à acceptation garantie – prestation anticipée du vivant

Dans ce formulaire, « personne assurée » s'entend de la personne qui est assurée aux termes de la présente police.

Section 1: Renseignements sur la police

Assurance vie à acceptation garantie assurée par TD, Compagnie d'assurance-vie*

| Numéro de police | |
|---|----------------------|
| Date d'émission | |
| (jj/mm/aaaa) | |
| Nom de la personne assurée | |
| Nom du titulaire de police | |
| (si le titulaire n'est pas la personne assurée) | |
| Type de réclamation | Prestation du vivant |

^{*} 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 de la personne assurée : | | | |
|--|---------------------------|---|-----------------------------|
| Adresse de la personne assurée : | | | |
| Date de naissance de la personne assurée : (jj/mm/aaaa | a) | | |
| Date du diagnostic : (jj/mm/aaaa) | | | |
| Coordonnées de la personne assurée : (Domicile ou Cellulaire) Courriel : | | | |
| | | | |
| Nom et adresse du médecin d famille de la personne assurée | | | |
| Depuis combien de temps la personne assurée est-elle un | | | |
| patient de ce médecin ? | | | |
| Si vous avez coché Fumeur, veuillez indiquer la date à laquelle la personne a fumé la dernière fois : (jj/mm/aaaa) | ☐ Smoker ☐ Date: | Non-Smoker | |
| Veuillez indiquer le type de produit du tabac ou la consommation d'une substan ou d'un produit contenant ce c suit : | | | |
| Autres médecins consultés et séjo | ours dans un hôpital ou u | ın autre établissement de santé au | cours des 12 derniers mois. |
| Médecin, hôpital, établissement de santé | Adresse | Nature de la maladie ou de la blessure | Dates |
| | | | |
| | | | |
| Veuillez fournir des renseignements détaillés sur votre maladie : | | | |
| 2. a) Êtes-vous confiné au lit ? | | | |

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.

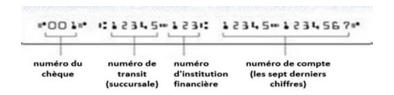
Pour procéder au dépôt direct de votre prestation, veuillez remplir, signer et dater l'autorisation ci-dessous. Vous devez également joindre un chèque annulé sur lequel il est clairement indiqué le compte bancaire (le « compte ») dans lequel vous voulez que le paiement soit déposé OU entrez ces renseignements 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 | | |
| irrévocablement et dor d'administrateur) de de fonds (dépôt direct) da ordre. Je consens à la versement de cette pre paiement après son ve tiers, TD Vie ne sera p moi ou seraient utilisés mesure de vérifier l'ex | ce (le « contrat d'assurance ») offerte par nne l'autorisation irrévocable, par la prése époser toute prestation payable aux term ans le compte susmentionné, et ceci cons collecte, à l'utilisation et à la divulgation estation par ce moyen. Je libère entièrem ersement dans le compte susmentionné. pas tenue responsable dans l'éventualité es pour rembourser une dette contractée p | res moulées), en tant que personne assurée aux termes rTD, Compagnie d'assurance-vie (TD Vie), ordonne ente, à TD Vie (tant à titre d'assureur qu'à titre es du contrat d'assurance par transfert électronique de titue l'autorisation qui lui est donnée pour exécuter cet de mes renseignements personnels aux fins du ent TD Vie de toute responsabilité découlant de ce Si le compte est un compte conjoint ou s'il appartient à u où des fonds seraient retirés par une personne autre que ar le compte. Il est entendu que TD Vie n'est pas en urnis un numéro de compte inexact, j'en assumerai donc nents. |
| Signature | | ate |

Section 4 : Déclaration, autorisation et signature

Assureur: TD, Compagnie d'assurance-vie

- Je déclare que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire de réclamation 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 anticipée du vivant, n Si d'autres renseignements ont motivé notre refus de votre re lesdits renseignements se rapportent à vos antécédents fam vie. | éclamation, nous pouvor | ns préciser au titulaire de police si |
|----|--|-----------------------------|---------------------------------------|
| | ☐ Je n'accepte pas que mes renseignements personnels so | oient divulgués au titulair | e de police. |
| No | om de la personne assurée : | Date | |
| | (en lettres moulées) | | (jj/mm/aaaa) |
| S | 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 Assurance vie à acceptation garantie – prestation anticipée du vivant

Remarques:

Numéro de police

- 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 assure

Police d'assurance vie à acceptation garantie assurée par TD, Compagnie d'assurance-vie*

| Nom de la personne assurée (en lettres moulées) | |
|---|----------------------------|
| Date de naissance (jj/mm/aaaa) | |
| Par la présente, j'autorise la communication à TD tous les renseignements demandés relativement Signature de la personne assure : | à la présente réclamation. |
| 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.

MD 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 éventuels associés à son état de santé. Une réclamation pour recevoir une **prestation anticipée du vivant** a été soumise. Nous vous prions de bien vouloir remplir le présent formulaire pour que nous puissions évaluer la demande.

Diagnostic

| Principal | | | |
|--|-----------------|--|--|
| Symptômes | | | |
| Secondaire | | | |
| Symptômes | | | |
| Résultats objectifs (y compris les résultats récents de radiographies, ECG ou autres tests particuliers). Veuillez joindre à la présente une copie de tous les résultats. | | | |
| Autres complications ou facteurs concourants | | | |
| Antécédents | | | |
| Date de l'apparition des symptômes (jj/mm/aaaa |): | | |
| Date du diagnostic (jj/mm/aaaa): | | | |
| Date à laquelle le patient a été mis au courant du diagnostic (jj/mm/aaaa): | | | |
| Quel est le traitement ou le médicament prescrit? | | | |
| À quelle fréquence voyez-vous le patient? | | | |
| Le patient avait-il souffert auparavant de la même affection ou d'une affection semblable? | Oui Non Inconnu | | |
| Si vous avez répondu Oui, veuillez préciser à quel moment et décrire l'affection. | | | |
| Résultats et examens cliniques | | | |
| Votre patient a-t-il été dirigé vers d'autres médecins ou spécialistes? Oui Non Si oui, veuillez remplir le tableau suivant : | | | |

| Nom du médecin et sa spécialité Date de l | | 'examen | Sommaire des résultats |
|---|--------------|-----------------------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Pronostic | | | |
| | | | |
| Quel est le pronostic de votre patient ? | | | |
| · | | | |
| | | | |
| Pouvez-vous, en vous fondant sur votre | | | |
| connaissance de l'état du patient et vot | | | |
| expérience, nous indiquer l'espérance or approximative de votre patient ? | ie vie | | |
| D'autres options de traitement sont-elle | <u> </u> | | |
| envisagées ? | | | |
| Si oui, à quel moment ce traitement déb | utera-t-il | | |
| ? | | | |
| | | | |
| | | | |
| Quel est le résultat escompté ? | | | |
| | | | |
| | | | |
| loignez tous les rapports de médecins spéci | alistes et t | ous les résultats de pathologie d | ou des tests, si vous y avez accès. |
| | | , , | , |
| /ous pouvez envoyer le présent formulaire p | oar la poste | e ou par télécopieur à : | |
| | | | |
| D, Compagnie d'assurance-vie | | | |
| Services d'indemnisation | | | |
| P.O. Box 1 | | | |
| ⁻ D Centre ⁻ oronto (Ontario) M5K 1A2 | | | |
| Tel.: 1-888-788-0839 | | | |
| Téléc. : 416-308-1223 / 1-877-838-2163 | | | |
| | | | |
| Déclaration : Les renseignements | du préser | nt formulaire sont. à ma conna | issance, complets et véridiques. |
| | | , | , |
| Nom du médecin : | | Signature du médeci | n : |
| Nom du médecin :(en lettres moulées) | | | |
| | | | |
| Spécialité du médecin : | | | <u> </u> |
| | | | |
| Doto: | 0000 : | | |
| Date : Adr (jj/mm/aaaa) | esse: | | |
| (IJ/TIIIT/dada) | | | |
| Numéro de téléphone : | | Numéro de télécopie | ur : |
| · - | | | |

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