



**La trousse de réclamation d'assurance vie à acceptation garantie – prestation anticipée du vivant est divisée en trois 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
- 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 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.**

**Cochez une fois la tâche accomplie :**

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

**Remarque :** 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 le montant demandé est égal ou inférieur à 60 000 \$, vous pouvez demander à ce qu'il soit déposé directement dans votre compte bancaire. Si vous souhaitez utiliser cette option de paiement, 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 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\***

<b>Numéro de police</b>	
<b>Date d'émission</b> (jj/mm/aaaa)	
<b>Nom de la personne assurée</b>	
<b>Nom du titulaire de police</b> (si le titulaire n'est pas la personne assurée)	
<b>Type de réclamation</b>	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

<b>Nom de la personne assurée :</b>	
<b>Adresse de la personne assurée :</b>	
<b>Date de naissance de la personne assurée :</b> (jj/mm/aaaa)	
<b>Date du diagnostic :</b> (jj/mm/aaaa)	
<b>Coordonnées de la personne assurée :</b> (Domicile ou Cellulaire)	
<b>Courriel :</b>	
<b>Nom et adresse du médecin de famille de la personne assurée :</b>	
<b>Depuis combien de temps la personne assurée est-elle un patient de ce médecin ?</b>	
<b>Si vous avez coché Fumeur, veuillez indiquer la date à laquelle la personne a fumé la dernière fois :</b> (jj/mm/aaaa)	<input type="checkbox"/> Smoker <input type="checkbox"/> Non-Smoker  Date:
<b>Veuillez indiquer le type de produit du tabac ou la consommation d'une substance ou d'un produit contenant ce qui suit :</b>	<input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Nicotine <input type="checkbox"/> Marijuana

Autres médecins consultés et séjours dans un hôpital ou un 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

1. Veuillez fournir des renseignements détaillés 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 vous avez répondu Oui à la question 2(c), veuillez préciser le nom et l'adresse de l'hôpital.

---

### Section 3 – Autorisation de transfert électronique de fonds (dépôt direct)

Si le montant demandé est égal ou inférieur à 60 000 \$, nous pouvons, si vous le souhaitez, verser votre prestation directement dans un compte que vous nous indiquerez. Il s'agit de la façon la plus rapide et la plus efficace de recevoir votre paiement.

Souhaitez-vous choisir cette option ?  Oui  Non

Si oui, veuillez joindre un chèque annulé sur lequel est clairement indiqué le compte bancaire (le « compte ») dans lequel vous voulez que le paiement soit versé ou entrez ces renseignements dans l'espace prévu à cet effet dans la section Renseignements sur le compte, puis signez et datez le formulaire ci-dessous. Si vous n'êtes pas titulaire d'un compte TD Canada Trust et ne joignez pas de chèque annulé, nous aurons besoin de l'adresse de votre institution financière afin de pouvoir verser votre indemnité 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 de la police d'assurance (le « contrat d'assurance ») offerte par TD, Compagnie d'assurance-vie (TD Vie), ordonne irrévocablement et donne l'autorisation irrévocable, par la présente, à TD Vie (tant à titre d'assureur qu'à titre d'administrateur) de déposer toute prestation payable aux termes du contrat d'assurance 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 prestation 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

## 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 Convention sur la confidentialité 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, 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 : \_\_\_\_\_

(en lettres moulées)

Date \_\_\_\_\_

(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  
Assurance vie à acceptation garantie – prestation anticipée du vivant**

**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**

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

<b>Numéro de police</b>	
<b>Nom de la personne assurée</b> (en lettres moulées)	
<b>Date de naissance</b> (jj/mm/aaaa)	

Par la présente, j'autorise la communication à TD, Compagnie d'assurance-vie, mon assureur, de tous les renseignements demandés relativement à la présente réclamation.

Signature de la personne assurée : \_\_\_\_\_

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

<b>Principal</b>	
<b>Symptômes</b>	
<b>Secondaire</b>	
<b>Symptômes</b>	
<b>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.</b>	
<b>Autres complications ou facteurs concourants</b>	

### 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): \_\_\_\_\_

<b>Quel est le traitement ou le médicament prescrit?</b>	
<b>À quelle fréquence voyez-vous le patient?</b>	
<b>Le patient avait-il souffert auparavant de la même affection ou d'une affection semblable?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
<b>Si vous avez répondu Oui, veuillez préciser à quel moment et décrire l'affection.</b>	

### 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 votre expérience, nous indiquer l'espérance de vie approximative de votre patient ?	
D'autres options de traitement sont-elles envisagées ?	
Si oui, à quel moment ce traitement débutera-t-il ?	
Quel est le résultat escompté ?	

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

Télec. : 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.**