



**TD Assurance**  
**Directives pour remplir la trousse de demande de**  
**règlement de l'assurance crédit en cas de décès**  
**(Assurance vie sur prêt hypothécaire,**  
**ligne de crédit, prêt)**

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 l'assurance crédit en cas de décès contient trois parties:

- **Partie A: Demande de règlement de l'assurance crédit en cas de décès**
- **Partie B: Déclaration du demandeur d'assurance crédit en cas de décès**
- **Partie C: Déclaration du médecin traitant - Preuve de décès**

**Remarque**

- **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*).**
- **Les trois 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 passer à votre succursale de TD Canada Trust pour faire remplir par un représentant de celle-ci la **Partie A** - Demande de règlement d'assurance crédit en cas de décès.
- Veuillez remplir la **Partie B** - Déclaration du demandeur d'assurance crédit en cas de décès.
  - 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.
  - Remarque : Vous **devez** être soit le plus proche parent, soit l'exécuteur testamentaire ou le liquidateur de succession pour remplir cette section.
- Veuillez vous assurer que les deux sections de la **Partie C** - Déclaration du médecin traitant - Preuve de décès sont remplies.
  - Section 1** - Autorisation du demandeur : la signature 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 C** 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.
- Veuillez joindre une copie du testament ou des lettres d'administration.
- Retournez le formulaire original à l'adresse suivante : **TD Assurance**  
Services d'indemnisation  
P.O. Box 1  
TD Centre  
Toronto, Ontario M5K 1A2  
**OU**

**Vous pouvez rapporter les formulaires originaux à votre succursale de TD Canada Trust dans une enveloppe scellée, adressée à TD Vie.**

## Directives pour la succursale

- Veuillez remplir la **Partie A** - Demande de règlement de l'assurance crédit en cas de décès.
- Assurez-vous de fournir le numéro de transit de la succursale ainsi que le nom et le numéro de téléphone de la personne-ressource au cas où les Services d'indemnisation de TD, Compagnie d'assurance-vie auraient à communiquer avec vous.
- Le demandeur peut faire parvenir la trousse de demande de règlement par la poste directement à TD Vie ou, s'il le souhaite, il peut vous demander de nous soumettre les formulaires. Soumettez-les au moyen du **sac de vinyle vert de TD Assurance.**

# PARTIE A - Demande de règlement de l'assurance crédit en cas de décès

## Déclaration (À remplir par votre représentant de TD Canada Trust)

Produit:

- Prêt hypothécaire  
 Ligne de crédit  
 Prêt

Numéro de transit/de la succursale : \_\_\_\_\_

Numéro du prêt hypothécaire/de la ligne de crédit : \_\_\_\_\_

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)

Date du décès : \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année)

Solde courant du capital	Date du dernier versement régulier <small>(Jour, mois, année)</small>	Date d'entrée en vigueur de l'assurance <small>(Jour, mois, année)</small>
Date d'avance des fonds <small>(Jour, mois, année)</small>	Montant initial du prêt ou du prêt hypothécaire ou limite de la ligne de crédit	Détails sur le refinancement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Commentaires de la succursale

---

---

---

Personne-ressource à la succursale : \_\_\_\_\_  
(Nom de famille) (Prénom)

Signature : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année)

Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

# PARTIE B - Déclaration du demandeur d'assurance crédit en cas de décès

Déclaration (remplie par le demandeur)

## Section 1 - Déclaration du plus proche parent, de l'exécuteur testamentaire ou du liquidateur de succession

Mme  M.

Nom de la personne décédée : \_\_\_\_\_  
(Nom de famille) (Prénom et initiale)

Dernière adresse connue de la personne décédée : \_\_\_\_\_

(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Date de naissance de la personne décédée : \_\_\_\_\_ Date du décès : \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année) (Jour, mois, année)

Nom et adresse du médecin de famille : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Depuis combien de temps était-il le médecin de famille de la personne décédée?

\_\_\_\_\_

Autres médecins consultés au cours des 24 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

Autre assurance vie en vigueur auprès de l'assureur ou de toute autre compagnie d'assurance.

Compagnie	Date d'entrée en vigueur de l'assurance	Capital assuré

À quel titre demandez-vous le règlement de l'assurance? (Cochez toutes les cases applicables)

Plus proche parent  Liquidateur de succession  Exécuteur testamentaire

Mme  M.

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_  
(Nom de famille, prénom et initiale en lettres moulées)

Lien avec la personne décédée : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année)

Adresse: \_\_\_\_\_  
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Numéro de téléphone (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Autre numéro de téléphone (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année)

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 décès

Assureur : **La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (Canada-Vie)**

Autorisation et déclaration du demandeur à l'égard du décès de \_\_\_\_\_  
(la personne assurée)

- 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 décédée 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.
- En accordant cette autorisation de recueillir des renseignements personnels au sujet de la personne décédée relativement à la présente demande, je, soussigné(e), certifie par la présente que j'ai l'autorité pour 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)

Lien du demandeur avec la personne décédée : \_\_\_\_\_

Exécuteur testamentaire / Liquidateur de succession / Plus proche parent : \_\_\_\_\_  
(Nom de famille et prénom en lettres moulées)

Signature de l'exécuteur testamentaire / du liquidateur de succession / du plus proche parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année)

Adresse de l'exécuteur testamentaire / du liquidateur de succession / du plus proche parent :

\_\_\_\_\_  
(Numéro) (Rue)

\_\_\_\_\_  
(Ville) (Province) (Code postal)

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

# PARTIE C - Déclaration du médecin traitant - Preuve de décès

---

## Section 1 - Déclaration du demandeur

Mme  M.

Nom de la personne décédée : \_\_\_\_\_  
(En lettres moulées : Nom de famille, prénom et initiale)

Date de naissance de la personne décédée : \_\_\_\_\_  
(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.

Signature de l'exécuteur testamentaire, du liquidateur de succession ou du plus proche parent :

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  
(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.

**Il incombe au demandeur de faire remplir le présent formulaire et de régler les frais exigés connexes.**

Nom complet de la personne décédée \_\_\_\_\_

Date de naissance ou âge au décès \_\_\_\_\_

Date du décès \_\_\_\_\_

Lieu du décès \_\_\_\_\_

Cause du décès [Indiquer une seule cause à a), b) et c)]

Intervalle entre l'apparition des symptômes et le décès

Maladie ou problème de santé ayant entraîné directement le décès.

(a) \_\_\_\_\_

a)

Causes antécédentes (état morbide, le cas échéant, ayant fait progresser la cause mentionnée en a); indiquer la cause initiale du décès en dernier)

Attribuable à b) \_\_\_\_\_

b)

Attribuable à c) \_\_\_\_\_

c)

Date du diagnostic de la maladie qui a entraîné le décès \_\_\_\_\_

Si le décès est attribuable à un accident, à un suicide ou à un homicide, indiquez duquel il s'agit et décrivez brièvement les circonstances.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date de la première consultation au cours de la maladie finale \_\_\_\_\_

Date de la dernière consultation au cours de la maladie finale \_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin de famille

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

À votre connaissance, la personne décédée avait été traitée par vous ou par un autre médecin, ou dans un hôpital ou un autre établissement de soins?  Oui  Non  
(Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants)

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

Joindre le rapport du médecin spécialiste, le cas échéant.

Vous pouvez faire parvenir le présent formulaire par la poste directement 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

**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.**