



TD Assurance
Directives pour remplir la trousse
de demande de règlement
de l'assurance vie sur crédit aux entreprises
(Contrat d'assurance collective n° 45073)

Cette assurance est émise par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (Sun Life). TD, Compagnie d'assurance-vie (TD Vie) en est l'administrateur autorisé et gèrera cette demande de règlement au nom de la Sun Life.

La trousse de demande de règlement de l'assurance vie sur crédit aux entreprises compte trois parties.

- **Partie A: Demande de règlement de l'assurance vie surcrédit aux entreprises**
- **Partie B: Déclaration du demandeur de l'assurance vie sur crédit aux entreprises**
- **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 de l'assurance vie sur crédit aux entreprises.
- Veuillez remplir la **Partie B** - Déclaration du demandeur de l'assurance vie sur crédit aux entreprises.
 - 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 la 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.
- 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 vie sur crédit aux entreprises.
- 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 vie sur crédit aux entreprises

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

Numéro de transit / de la succursale : _____ Numéro du prêt principal : _____

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 l'entreprise : _____

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 : _____ Date du décès : _____
(Jour, mois, année) (Jour, mois, année)

NAS : _____ Numéro d'entreprise (NE) : _____

Date d'entrée en vigueur de l'assurance (Jour, mois, année)	Montant de l'assurance	Solde courant du capital

Observations :

Personne-ressource à la succursale : _____ Signature : _____

Titre : _____ Date : _____

N° de téléphone : () -

PARTIE B - Déclaration du demandeur de l'assurance vie sur crédit aux entreprises

Déclaration (remplie par le demandeur)

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

M^{me} M.

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

Dernière adresse connue de la personne décédée : _____
(Numéro) (Rue)

Date de naissance de la personne décédée : _____ (Ville) (Province) (Code Postal)
Date du décès : _____ (Jour, mois, année)

Nom et adresse du médecin de famille de la personne décédée : _____

Autres médecins consultés au cours des cinq dernières années, hôpitaux et établissements fréquentés :

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

La personne décédée a-t-elle déjà fumé?

Cigarettes? Oui Date de début _____ Non Si elle a cessé: quand? _____
(Jour, mois, année) (Jour, mois, année)

Marijuana? Oui Date de début _____ Non Si elle a cessé: quand? _____
(Jour, mois, année) (Jour, mois, année)

Autres produits du tabac? Oui Date de début _____ Non Si elle a cessé: quand? _____
(Jour, mois, année) (Jour, mois, année)

Autre assurance vie en vigueur auprès de cette compagnie ou d'autres assureurs :

Compagnie	Date d'entrée en vigueur	Capital assuré

Nom du plus proche parent, de l'exécuteur testamentaire ou du liquidateur de la succession : _____
(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)

N° de téléphone : () -

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

Nom du propriétaire de l'entreprise (s'il est différent de celui du plus proche parent) : _____

Date de naissance : _____
(Jour, mois, année)

Nom de l'entreprise : _____

Adresse commerciale : _____
(Numéro) (Rue) (Ville) (Province) (Code Postal)

N° de téléphone : () -

Date : _____ Signature : _____
(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 d'assurance vie

Assureur : Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

Autorisation 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.

Signé à : _____ Date : _____ Lien du demandeur avec la personne décédée : _____
(Jour, mois, année)

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

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 : _____

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

Date de naissance de la personne décédée : _____
(Jour, mois, année)

Je vous autorise par la présente à communiquer à l'assureur, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, et à son administrateur de règlements, TD, Compagnie d'assurance-vie, tous les renseignements demandés par ces derniers relativement à la présente demande de règlement.

Date : _____ Signature de l'exécuteur testamentaire, du liquidateur
(Jour, mois, année) de la succession ou du plus proche parent : _____

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. 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 trouble ayant directement entraîné le décès	
a) _____	a) <input type="checkbox"/>
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) <input type="checkbox"/>

Attribuable à c) _____	c) <input type="checkbox"/>

La personne décédée fumait-elle la cigarette, de la marijuana ou d'autres produits du tabac? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez à quelle date l'invalidité continue a commencé _____
(Jour, mois, année)

La personne décédée fumait-elle la cigarette, la marijuana ou d'autres produits du tabac? Oui Non

Dans l'affirmative, pendant combien de temps? _____ ans et quantité quotidienne Si elle a cessé, quand l'a-t-elle fait? _____

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
(Jour, mois, année)

Date de la dernière consultation au cours de la maladie finale
(Jour, mois, année)

Nom et adresse du médecin de famille

À votre connaissance, la personne décédée avait-elle, au cours des cinq dernières années,
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.