



TD Assurance
Directives pour remplir la trousse de demande
de règlement de l'assurance crédit aux
entreprises en cas de mutilation accidentelle
(Contrat collectif n° 45073)

Cette assurance est émise et administrée par la TD, Compagnie d'assurance-vie (TD Vie).

La trousse de demande de règlement de l'assurance crédit aux entreprises en cas de mutilation accidentelle contient trois parties :

- **Partie A : Demande de règlement de l'assurance crédit aux entreprises en cas de mutilation accidentelle**
- **Partie B : Déclaration du demandeur pour l'assurance crédit aux entreprises en cas de mutilation accidentelle**
- **Partie C : Déclaration du médecin traitant relativement à une mutilation accidentelle**

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 crédit aux entreprises en cas de mutilation accidentelle.
- Veuillez remplir la **Partie B** - Déclaration du demandeur pour l'assurance crédit aux entreprises en cas de mutilation accidentelle.
 - 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.
 - Si vous n'êtes pas la personne assurée, vous devez être un représentant autorisé de la personne assurée.
- Veuillez vous assurer que les deux sections de la **Partie C** - Déclaration du médecin traitant relativement à une mutilation accidentelle sont remplies.

Section 1 - Autorisation du patient : la signature du patient/de la personne assurée 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 crédit en cas d'accident.
- Assurez-vous d'inscrire le numéro de transit de la succursale, l'adresse, le numéro de téléphone et le nom de la personne-ressource, s'il était nécessaire que les Services d'indemnisation de TD, Compagnie d'assurance-vie communiquent 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 aux entreprises en cas de mutilation accidentelle

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

Numéro de transit ou 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)

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

Adresse de la personne assurée : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code Postal)

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

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

Commentaires de la succursale : _____

Personne-ressource à la succursale : _____ Signature : _____

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

N° de téléphone : () _____ - _____

PARTIE B - Déclaration du demandeur pour l'assurance crédit aux entreprises en cas de mutilation accidentelle

Déclaration (remplie par le demandeur)

Section 1 - Déclaration du demandeur

Mme M.

Nom du demandeur : _____
(Nom de famille) (Prénom et initiale)

Adresse : _____
(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

Numéro de téléphone : () _____ - _____ Autre numéro de téléphone : () _____ - _____

Si vous n'êtes pas la personne assurée, quelle est la nature de votre lien avec elle? _____

Nom et adresse du médecin de famille de la personne assurée :

Depuis combien de temps est-il votre médecin? _____

Précisions sur l'accident (« vous » et « votre » renvoient à l'assuré, s'il n'est pas le demandeur)

1. Date de l'accident : _____

2. Détails complets de l'accident : où et comment s'est-il produit? Veuillez fournir un rapport d'accident, s'il est disponible.

3. Si vous avez été victime d'un accident de la route et que vous conduisiez le véhicule, veuillez joindre une copie du rapport de police et du rapport d'accident.

4. Pour quel problème couvert faites-vous une demande perte d'un membre
 paralysie
 perte de la vue

5. Indiquez le nom de tous les médecins que vous avez consultés depuis votre accident.

Médecin	Adresse	Dates	Séjours à l'hôpital : donnez les dates d'admission et de sortie	
			Du	Au

6. a) Fumez-vous ou faites-vous usage de produits du tabac ou de la nicotine? Oui Non

Dans l'affirmative, depuis combien de temps? Quand avez-vous utilisé des produits du tabac ou de la nicotine la dernière fois?

b) Dans la négative, avez-vous déjà fait usage de produits du tabac ou de la nicotine? Oui Non

À quelle date avez-vous cessé de les utiliser? _____

(Veuillez utiliser une feuille distincte si vous avez d'autres observations à faire.)

Autorisation relative à la demande de règlement en cas de mutilation accidentelle

Assureur : TD, Compagnie d'assurance-vie (TD Vie)

Autorisation et déclaration du demandeur

- 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 assurée (s'il ne s'agit pas du demandeur) 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.

Si je ne suis pas la personne assurée

- En accordant cette autorisation de recueillir des renseignements personnels au sujet de la personne assurée relativement à la présente demande, je, soussigné(e), certifie par la présente que j'ai adéquatement obtenu de la personne assurée la permission 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 agents peuvent se fier à ces renseignements et agir sur la foi de mon autorisation.

Signé à : _____

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

Signature du demandeur : _____

Date : _____
(Jour, mois, année)

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

PARTIE C - Déclaration du médecin traitant relativement à une mutilation accidentelle

Section 1 - Autorisation du patient

Mme M.

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

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

Je vous autorise par la présente à communiquer à l'assureur, TD, Compagnie d'assurance-vie, tous les renseignements demandés par ce dernier relativement à la présente demande de règlement.

Date : _____ Signature du patient : _____
(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, il est essentiel que vous fournissiez suffisamment de détails sur les antécédents médicaux et familiaux, les examens, les résultats et le traitement.

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

1. Date de l'accident : _____ Date à laquelle on vous a consulté
(Jour, mois, année) la première fois pour ce qui concerne
les blessures résultant de cet accident _____
(Jour, mois, année)

2. Veuillez donner une courte description de l'accident tel qu'il vous a été décrit. _____

3. Veuillez indiquer votre diagnostic et faire une description complète des blessures subies.

4. L'accident a-t-il entraîné la perte

<input type="checkbox"/> du bras droit?	Date _____ (Jour, mois, année)	Site de l'amputation (au coude, au-dessus ou au-dessous)	_____
<input type="checkbox"/> du bras gauche?	Date _____ (Jour, mois, année)	Site de l'amputation (au coude, au-dessus ou au-dessous)	_____
<input type="checkbox"/> de la jambe droite?	Date _____ (Jour, mois, année)	Site de l'amputation (au genou, au-dessus ou au-dessous)	_____
<input type="checkbox"/> de la jambe gauche?	Date _____ (Jour, mois, année)	Site de l'amputation (au genou, au-dessus ou au-dessous)	_____
<input type="checkbox"/> de la main droite?	Date _____ (Jour, mois, année)	Site de l'amputation (au poignet, au-dessus ou au-dessous)	_____
<input type="checkbox"/> de la main gauche?	Date _____ (Jour, mois, année)	Site de l'amputation (au poignet, au-dessus ou au-dessous)	_____
<input type="checkbox"/> du pied droit?	Date _____ (Jour, mois, année)	Site de l'amputation (à la cheville, au-dessus ou au-dessous)	_____
<input type="checkbox"/> du pied gauche?	Date _____ (Jour, mois, année)	Site de l'amputation (à la cheville, au-dessus ou au-dessous)	_____

5. Perte totale de la vue

a) Si la blessure a entraîné l'ablation de l'oeil, date de l'ablation _____
(Jour, mois, année)

b) Acuité de chaque oeil avant l'accident Droit _____ Gauche _____

c) Acuité actuelle de chaque oeil, s'il y a lieu Droit _____ Gauche _____

d) Si la perte de la vue est réversible, veuillez préciser.

6. Perte fonctionnelle attribuable à une paraplégie ou à une quadriplégie.

a) L'accident a-t-il entraîné une perte fonctionnelle en raison de ce qui suit :

une paraplégie?

une quadriplégie?

une hémip légie?

b) Quelle est l'étendue de la blessure à la moelle épinière?

c) Des tests ont-ils été effectués pour mesurer l'étendue de la blessure? Lesquels?

d) La perte est-elle irrémédiable?

Oui Non

e) Veuillez nous fournir tout autre renseignement qui pourrait nous être utile.

7. Est-ce que la blessure ou la détérioration subie est attribuable uniquement à l'accident mentionné plus haut?

Oui Non

Dans la négative, veuillez préciser la nature du trouble ou de la maladie qui, à votre avis, peut y avoir contribué.

Joindre le rapport du médecin spécialiste, le cas échéant.

Vous pouvez faire parvenir le présent formulaire par la poste ou par télécopieur à l'assureur ci-dessous :

TD Assurance

Services d'indemnisation

P.O. Box 1

TD Centre

Toronto, Ontario M5K 1A2

Tél.: 1-888-983-7070

Télééc. : 416-308-1223 ou 1-877-838-2163

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 : () - -

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