



**TD Assurance**  
**Directives pour remplir la demande de règlement**  
**d'assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant –**  
**Maladie grave/accident vasculaire cérébral**  
**(Police d'assurance collective n° 45073)**

L'assurance est souscrite par Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (« Sun Life »), et TD, Compagnie d'assurance-vie (« TD Vie ») en est l'administrateur autorisé. TD Vie est responsable de gérer la présente demande de règlement au nom de la Sun Life.

La demande de règlement d'assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant – Maladie grave/accident vasculaire cérébral est divisée en trois parties :

**Partie A : Demande de règlement d'assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant – Maladie grave/accident vasculaire cérébral**

**Partie B : Déclaration du demandeur d'assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant – Maladie grave/accident vasculaire cérébral**

**Partie C : Déclaration du médecin traitant relativement à une maladie grave (accident vasculaire cérébral)**

**Remarque :**

- Veuillez inscrire tous les renseignements à l'aide d'un stylo.
- Paraphez toutes les corrections ou modifications, y compris toute correction apportée au moyen de liquide correcteur.
- Il est obligatoire de remplir les trois sections, et toute omission risque de retarder le traitement de votre demande de règlement.
- Nous avons inclus des cases ci-dessous pour vous aider à remplir la demande de règlement.
- Dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de votre demande de règlement, un analyste, Services d'indemnisation, vous fera parvenir une confirmation de réception par écrit.
- Si vous avez des questions, 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 TD Canada Trust pour faire remplir par un représentant de celle-ci la **Partie A** – Demande de règlement d'assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant – Maladie grave/accident vasculaire cérébral.
- Veuillez remplir la **Partie B** – Déclaration du demandeur d'assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant – Maladie grave/accident vasculaire cérébral.
- 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 celle-ci.
- Veuillez vous assurer que les deux sections de la **Partie C** – Déclaration du médecin traitant relativement à une maladie grave (accident vasculaire cérébral) sont remplies.

**Section 1** – Autorisation du patient : la signature et la date sont requises.

**Section 2** – La déclaration du médecin traitant **doit être remplie et signée par un médecin 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 aux Services d'indemnisation de TD, Compagnie d'assurance-vie.

- Conservez une copie de la demande de règlement dûment remplie pour vos dossiers.
- Retournez les formulaires originaux à l'adresse suivante :

**TD Assurance**  
Services d'indemnisation  
P.O. Box 1TD Centre  
Toronto (Ontario) M5K 1A2

Ou

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

## Directives pour la succursale

- Veuillez remplir la **Partie A – Demande de règlement d’assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant – Maladie grave/accident vasculaire cérébral.**
- Assurez-vous d’inscrire en caractères d’imprimerie le numéro de transit de la succursale, l’adresse, le numéro de téléphone et le nom de la personne-ressource pour que les Services d’indemnisation de TD, Compagnie d’assurance-vie puissent communiquer avec vous, s’il y a lieu.
- Le demandeur peut faire parvenir la demande de règlement par la poste directement à TD Vie ou, s’il le souhaite, il peut vous demander de soumettre les formulaires. Le cas échéant, soumettez-les au moyen du **sac de vinyle vert de TD Assurance.**



## PARTIE A

### Demande de règlement d'assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant – Maladie grave/accident vasculaire cérébral

---

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

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

---

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)

Adresse de l'entreprise : \_\_\_\_\_  
(Numéro) (Rue)

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

Date de naissance de la personne assurée : \_\_\_\_\_  
(jour, mois, année)

Numéro de téléphone de la personne assurée : \_\_\_\_\_ Numéro d'entreprise : \_\_\_\_\_

Date d'entrée en vigueur de l'assurance  
(jour, mois, année)

Montant de l'assurance

Remarques :

---

Personne-ressource à la succursale : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

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

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

---



## PARTIE B

### Déclaration du demandeur d'assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant – Maladie grave/accident vasculaire cérébral

---

**Déclaration** (remplie par la personne assurée/le demandeur)

#### Section 1 – Déclaration du demandeur

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 l'assuré, quelle est la nature de votre lien avec lui? \_\_\_\_\_

---

**1. Renseignements sur la demande de règlement et autres renseignements connexes** (Si vous n'êtes pas l'assuré, prenez note que « vous », « votre » et « vos » se rapportent à l'assuré.)

a) Veuillez fournir des renseignements détaillés sur votre maladie grave :

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

b) À quelle date votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ou à quelle date votre chirurgie a-t-elle été pratiquée? \_\_\_\_\_

c) (i) À quelle date avez-vous observé les premiers symptômes? \_\_\_\_\_

(ii) Veuillez décrire ces symptômes :

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

d) À quelle date avez-vous consulté un médecin praticien pour la première fois au sujet de votre maladie? \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin : \_\_\_\_\_

e) Avez-vous subi des tests ou des examens liés à votre diagnostic?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir plus de renseignements et préciser les dates :

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

f) Avez-vous déjà souffert d'une maladie similaire ou connexe, ou reçu un traitement pour une maladie similaire ou connexe?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir plus de renseignements, y compris les dates :

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

## 2. Consultations médicales

a) (i) Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre médecin personnel :

---

---

(ii) Depuis combien de temps est-il votre médecin personnel? \_\_\_\_\_

b) Veuillez fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de tous les médecins que vous avez consultés au cours des cinq (5) dernières années, à l'exception de ceux qui figurent à la section a) (i) ci-dessus :

---

---

---

c) Indiquez le nom et le lieu de chaque hôpital et de chaque établissement de soins de santé où vous avez été traité au cours des cinq (5) dernières années (veuillez aussi fournir les dates d'admission et de sortie) :

---

---

---

d) Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de tout autre médecin ou médecin spécialiste que vous avez consultés au sujet de votre maladie :

---

---

---

e) Quel traitement lié à votre état avez-vous reçu ou recevez-vous actuellement?

Type de traitement	Établissement/médecin	Dates	
		Du	Au

f) Avez-vous déjà fumé :

La cigarette? Oui Date de début \_\_\_\_\_ Non Quand avez-vous arrêté, le cas échéant? \_\_\_\_\_  
(jour, mois, année) (jour, mois, année)

De la marijuana? Oui Date de début \_\_\_\_\_ Non Quand avez-vous arrêté, le cas échéant? \_\_\_\_\_  
(jour, mois, année) (jour, mois, année)

D'autres produits du tabac? Oui Date de début \_\_\_\_\_ Non Quand avez-vous arrêté, le cas échéant? \_\_\_\_\_  
(jour, mois, année) (jour, mois, année)

### 3. Généralités

a) Est-ce que vous ou un membre de votre famille immédiate (mère, père, frères ou sœurs) avez déjà eu un cancer (y compris la leucémie, un lymphome et la maladie de Hodgkin), une tumeur, un accident vasculaire cérébral ou un accident ischémique transitoire, une maladie cardiaque, une crise cardiaque ou le diabète avant l'âge de 60 ans?  Oui  Non

b) Si oui, indiquez le lien de parenté, la nature de la maladie, l'âge de la personne lorsque la maladie a été diagnostiquée et la date du diagnostic.

Lien de parenté	Maladie	Âge de la personne lorsque la maladie a été diagnostiquée	Date du diagnostic (jour, mois, année)

c) Veuillez fournir tout autre renseignement qui pourrait, selon vous, nous aider à traiter votre demande de règlement :

---

---

## Autorisation du demandeur relative à l'assurance crédit aux entreprises avec prestations du vivant – Maladie grave/accident vasculaire cérébral

Assureur : **Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (« Sun Life »)**

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 la protection d'assurance par l'assureur.
- 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 l'assuré (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 mandataires 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 mandataires 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. Le consentement demeure valide pendant la durée de traitement de la demande de règlement.
- 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 (« TD ») afin de lui permettre de gérer la facilité de crédit relative à cette assurance.

### Si je ne suis pas l'assuré

- En accordant cette autorisation de recueillir des renseignements personnels au sujet de la personne assurée relativement à la présente demande, je soussigné certifie par la présente que j'ai l'autorisation de signer en son nom et 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.

Demandeur : \_\_\_\_\_

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 maladie grave (accident vasculaire cérébral)

---

#### Section 1 – Autorisation du patient

Nom du patient (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
(jour, mois, année)

Par les présentes, j'autorise la communication à l'assureur, **Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie** et à son administrateur de règlements autorisé, soit TD, Compagnie d'assurance-vie, de tous les renseignements demandés par ces derniers relativement à la présente demande de règlement.

Date: \_\_\_\_\_ Signature du patient : \_\_\_\_\_  
(jour, mois, année)



---

## 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 demande, vous devez fournir suffisamment de détails sur les antécédents, les examens, les résultats et le traitement.

**Il incombe au patient 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.**

La personne désigné ci-dessus est assurée auprès de Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (« Sun Life ») contre certains événements éventuels associés à son état de santé. Une demande de règlement relative à un **accident vasculaire cérébral** a été soumise. Nous vous prions de bien vouloir remplir le présent formulaire pour que nous puissions évaluer la demande.

1. a) À quelle date votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois à propos de ce problème de santé?

\_\_\_\_\_

b) Depuis combien de temps la personne assurée est-elle votre patient?

2. a) Un diagnostic d'accident vasculaire cérébral a-t-il été posé?

Oui

Non

b) À quelle date l'accident vasculaire cérébral s'est-il produit?

\_\_\_\_\_

c) Veuillez décrire la cause de l'accident vasculaire cérébral (si elle est connue) :

\_\_\_\_\_

d) À quelle date le patient a-t-il ressenti les premiers symptômes ou connu les premiers épisodes de la maladie vasculaire cérébrale? Quels étaient ces symptômes?

\_\_\_\_\_

d) Veuillez décrire les déficits neurologiques résiduels.

Le patient présente-t-il des déficits neurologiques?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir de l'information sur chaque déficit neurologique :

Déficit	Persistant (O/N)	Résolu (O/N)	Date de résolution (le cas échéant)

e) Durant combien de temps les déficits neurologiques ont-ils persisté?

\_\_\_\_\_

f) Par qui le diagnostic a-t-il été posé (si ce n'est pas vous qui l'avez établi)?

\_\_\_\_\_

g) Veuillez fournir une copie du tomodensitogramme, si vous pouvez y avoir accès.

\_\_\_\_\_

3. Veuillez fournir le nom et l'adresse des autres médecins que votre patient a consultés ou des hôpitaux où celui-ci a été admis en raison de son accident vasculaire cérébral :

---

---

---

4. Des membres de la famille immédiate du patient ont-ils déjà eu un cancer (y compris la leucémie, un lymphome et la maladie de Hodgkin), une tumeur, un accident vasculaire cérébral ou un accident ischémique transitoire, une maladie cardiaque, une crise cardiaque ou le diabète avant l'âge de 60 ans?  Oui  Non

Si oui, indiquez le problème de santé des personnes concernées, la date de diagnostic et la nature de la maladie :

Lien de parenté	Maladie	Date du diagnostic (jour, mois, année)

5. Veuillez fournir de l'information sur l'usage du tabac et de la nicotine par le patient, y compris la quantité consommée quotidiennement et la date de la dernière consommation (énumérez tous les facteurs de risque et indiquez la date à laquelle chacun d'eux a fait l'objet d'un diagnostic) :

---

---

---

Veuillez joindre tout rapport de médecin spécialiste, si vous y avez accès.

Vous pouvez envoyer le présent formulaire par la poste ou par télécopieur à l'administrateur indiqué ci-dessous :

**TD Assurance**

Services d'indemnisation

P.O. Box 1 TD Centre

Toronto (Ontario) M5K 1A2

Tél. : 1-888-983-7070

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

---

**Déclaration : Les renseignements du présent formulaire sont, à ma connaissance, complets et véridiques.**

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jour, mois, année)

Spécialité : \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

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