



TD Assurance

Directives pour remplir la trousse de réclamation en cas de décès accidentel à bord d'un transporteur public

La trousse de réclamation en cas de décès accidentel à bord d'un transporteur public se divise en trois parties :

- **Partie A** : Formulaire de réclamation en cas de décès accidentel à bord d'un transporteur public
- **Partie B** : Déclaration du médecin traitant – preuve du décès
- **Partie C** : Pièces justificatives supplémentaires

Remarques :

- **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 ci-dessous pour vous aider à remplir la réclamation.**
- **Dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de votre trousse de réclamation, un analyste, Services d'indemnisation 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 en cas de décès accidentel à bord d'un transporteur public

Remarque : Toutes les sections de la **Partie A** doivent être remplies par le demandeur (bénéficiaire désigné), à moins d'indication contraire. Si la succession est le bénéficiaire, le représentant autorisé doit remplir le formulaire. Si le bénéficiaire est un mineur, son tuteur ou une autre personne autorisée par la loi à administrer ses biens doit remplir le formulaire en son nom. S'il y a plusieurs bénéficiaires, chacun d'eux doit remplir un formulaire.

- Section 1 – Renseignements sur le certificat**
- Section 2 – Déclaration du demandeur**
- Section 3 – Autorisation de transfert électronique de fonds (dépôt direct)**
Si vous êtes le bénéficiaire désigné et que le montant de l'indemnité réclamée est égal ou inférieur à 60 000 \$, vous pouvez demander à ce que les versements soient déposés directement dans votre compte bancaire. Si vous souhaitez utiliser cette option de paiement, veuillez remplir la section 3 et joindre un chèque annulé.
Si vous êtes le représentant autorisé ou si le montant réclamé est supérieur à 60 000 \$, nous émettrons un chèque lorsque le traitement de votre réclamation sera terminé.
- Section 4 – Déclaration, autorisation et signature**

Partie B – Déclaration du médecin traitant – preuve du décès

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 du demandeur**
 - La signature du demandeur et la date sont requises.
- Section 2 – Déclaration du médecin traitant**
 - Elle doit être remplie et signée par un médecin praticien autorisé.

(suite au verso)

Partie C – Pièces justificatives supplémentaires

- 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

- Si la succession est le bénéficiaire**, veuillez fournir une copie du **testament**.
- Si le bénéficiaire est un mineur**, veuillez fournir une copie certifiée **des lettres de tutelle** ou **des documents de tutelle** (au Québec).
- Si vous réclamez des prestations du transporteur public**, veuillez fournir une copie du **billet de la personne assurée et du rapport d'accident rempli auprès du transporteur** ainsi que tout autre renseignement sur l'accident.
- Une copie du rapport de police et du rapport du coroner**, le cas échéant.

**TD Assurance**

TD, Compagnie d'assurance-vie
P.O. Box 1
TD Centre
Toronto (Ontario) M5K 1A2

Partie A – Formulaire de réclamation en cas de décès accidentel à bord d'un transporteur public

Dans ce formulaire, « personne assurée » s'entend de la personne qui est assurée aux termes du présent certificat.

Le terme « demandeur » désigne la personne qui présente la réclamation.

Section 1 : Renseignements sur le certificat

Assureur : TD, Compagnie d'assurance-vie*

Numéro de certificat :		Date d'émission :	
Nom de la personne assurée :			
Adresse de la personne assurée :			
Type de réclamation :	Décès accidentel à bord d'un transporteur public		
Montant de la couverture :			

* TD, Compagnie d'assurance-vie est l'administrateur autorisé pour cette assurance. Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'assureur ou sur l'administrateur, veuillez consulter le certificat 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 demandeur

À quel titre présentez-vous cette réclamation d'assurance?

- Liquidateur ou exécuteur testamentaire (veuillez joindre une copie du testament)
- Bénéficiaire désigné

Nom de la personne assurée :			
Adresse de la personne assurée :			
Numéro d'assurance sociale de la personne assurée : (requis aux fins de l'impôt sur le revenu)			
Date de naissance de la personne assurée : (jj/mm/aaaa)		Lieu de naissance :	
Date de l'accident impliquant la personne assurée :		Lieu du décès :	
Date du décès de la personne assurée : (jj/mm/aaaa)		Cause du décès :	
Renseignements sur l'accident :			
Veuillez indiquer le type de transporteur public :			
Avion (Fournir une copie du billet, le nom de la compagnie aérienne et le numéro du vol)		Train (Fournir une copie du billet, le nom du transporteur ferroviaire, la destination et l'itinéraire)	
Transport public (Fournir une copie du billet et le numéro de ligne, s'il y a lieu)		Navires (Fournir une copie du billet et le nom du transporteur)	
Taxi (Fournir une copie du reçu)		Autre (Préciser)	
Somme assurée :	\$		
<input type="checkbox"/> Fumeur		<input type="checkbox"/> Non-fumeur	
Si vous avez coché Fumeur, veuillez indiquer la date à laquelle la personne a fumé la dernière fois :	Date (jj/mm/aaaa) →		
Veuillez indiquer le type de produit du tabac ou la consommation d'une substance ou d'un produit contenant ce qui suit :			
Tabac	<input type="checkbox"/>		
Nicotine	<input type="checkbox"/>		
Marijuana	<input type="checkbox"/>		

Nom du demandeur :	
Numéro d'assurance sociale du demandeur : (requis aux fins de l'impôt sur le revenu)	
Date de naissance du demandeur : (jj/mm/aaaa)	
Adresse du demandeur :	
Coordonnées du demandeur :	Domicile :
	Au travail :
	Cellulaire :
	Courriel :

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

Date des consultations (jj/mm/aaaa)	Raison	Résultat

Autres médecins consultés, y compris les séjours dans un hôpital ou un autre établissement de santé, au cours des cinq dernières années :

Médecin, hôpital, établissement de santé	Adresse	Date des consultations (jj/mm/aaaa)	Raison

Autre police d'assurance vie en vigueur auprès de notre compagnie d'assurance ou d'une autre compagnie :

Compagnie	Date d'entrée en vigueur (jj/mm/aaaa)	Capital assuré

Section 4 : Déclaration, autorisation et signature

Assureur : TD, Compagnie d'assurance-vie

- 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 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.

Nom de la personne assurée : _____

Lien avec la personne assurée : _____

Nom du demandeur : _____
(en lettres moulées)

Signature du demandeur : _____ Date : _____
(jj/mm/aaaa)

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 – preuve du décès

Remarques :

- Il incombe au demandeur 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 du demandeur

Numéro de police : _____

Assurance vie assurée par TD, Compagnie d'assurance-vie*

Nom de la personne assurée : _____ Date de naissance : _____
(en lettres moulées) (jj/mm/aaaa)

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

Date : _____ Signature du demandeur : _____

* TD, Compagnie d'assurance-vie est l'administrateur autorisé pour cette assurance. Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'assureur ou sur l'administrateur, veuillez consulter le certificat 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 demande de **prestation pour décès accidentel à bord d'un transporteur public** a été soumise. Nous vous prions de bien vouloir remplir le présent formulaire pour que nous puissions évaluer la demande.

Nom du patient : (en lettres moulées)	
Date de naissance du patient : (jj/mm/aaaa)	Lieu du décès :
Date de décès du patient : (jj/mm/aaaa)	
Cause du décès :	<input type="checkbox"/> Causes naturelles <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Homicide <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Autre

Maladie ou problème de santé ayant entraîné directement le décès : _____

Durée : _____

Cause sous-jacente : _____

Durée : _____

1. Date de la première consultation pour l'ultime maladie :	Date (jj/mm/aaaa) <input type="checkbox"/>
2. Date de la dernière consultation pour l'ultime maladie :	Date (jj/mm/aaaa) <input type="checkbox"/>
3. Votre patient était-il fumeur?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, à quelle date a-t-il fumé la dernière fois?	Date (jj/mm/aaaa) <input type="checkbox"/>
4. Si la cause du décès est un accident, un suicide ou un homicide, veuillez expliquer brièvement ce qui s'est passé.	
5. Le décès est-il uniquement attribuable à cet accident?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. A-t-on procédé à une enquête?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

7. A-t-on procédé à une autopsie? Veuillez joindre une copie du rapport, le cas échéant.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si vous avez répondu Oui à la question 6 ou 7, indiquez le nom de la personne qui l'a réalisée ainsi que le résultat.			
Nom	Résultat		
8. Avez-vous traité ou conseillé le défunt au cours des cinq dernières années avant son ultime maladie?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
9. À votre connaissance, le défunt a-t-il reçu un traitement d'un autre médecin ou dans un hôpital ou un établissement de santé au cours des cinq dernières années?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si vous avez répondu Oui à la question 8 ou 9, veuillez fournir les renseignements suivants :			
Nom	Adresse	Nature de la maladie ou de la blessure	Date (j/m/a)

Remarques : _____

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
 Téléc. : 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.