

**Directives pour remplir la trousse de demande de prestations du vivant
au titre de l'assurance vie temporaire**

La trousse de demande de prestations du vivant se divise en trois parties :

- **Partie A** : Formulaire de demande de prestation du vivant au titre de l'assurance vie temporaire
- **Partie B** : Déclaration du médecin traitant
- **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 demande de prestations du vivant au titre de l'assurance vie temporaire

Remarque : Toutes les sections de la **Partie A** doivent être remplies par la personne assurée. Si vous n'êtes pas la personne assurée, vous devez être un représentant autorisé de celle-ci.

- Section 1 – Renseignements sur la police**
- Section 2 – Déclaration de la personne assurée**
- Section 3 – Autorisation de transfert électronique de fonds (dépôt direct)**
Si vous souhaitez que ces prestations soient déposées directement dans votre compte bancaire, veuillez remplir la section 3 et joindre un chèque annulé.
- Section 4 – Déclaration, autorisation et signature**

Partie B – Déclaration du médecin traitant – demande de prestations du vivant au titre de l'assurance vie temporaire

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

(suite)

Partie C – Pièces justificatives supplémentaires

- Autorisation de sortie d'hôpital** – Veuillez fournir une copie, le cas échéant.
- 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



TD Assurance

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

Partie A – Formulaire de demande de prestations du vivant au titre de l'assurance vie temporaire

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 la police

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

Numéro de police :		Date d'émission :	
Nom de la personne assurée :			
Nom du titulaire de police : (si le titulaire n'est pas la personne assurée)			
Type de réclamation :	Prestations du vivant		

* TD, Compagnie d'assurance-vie est l'administrateur autorisé pour cette assurance. Pour de plus amples renseignements sur l'assureur et/ou l'administrateur, veuillez vous reporter à la police 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 de la personne assurée

Nom de la personne assurée :			
Adresse de la personne assurée :			
Date de naissance de la personne assurée : (jj/mm/aaaa)		Date du diagnostic : (jj/mm/aaaa)	
Coordonnées de la personne assurée :	Domicile :		
	Cellulaire :		
	Courriel :		
Nom et adresse du médecin de famille de la personne assurée :			
Depuis combien de temps la personne assurée est-elle un patient de ce médecin?			
<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 :			
<input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Nicotine <input type="checkbox"/> Marijuana			

Autres médecins consultés et séjours dans un hôpital ou un autre établissement de santé au cours des 12 derniers mois.

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

1. Veuillez fournir des renseignements détaillés sur votre maladie :

2. a) Êtes-vous confiné au lit? Oui Non
b) Êtes-vous confiné à votre domicile? Oui Non
c) Êtes-vous hospitalisé? Oui Non

Si vous avez répondu Oui à la question 2(c), veuillez préciser le nom et l'adresse de l'hôpital.

3.a) Votre état de santé vous empêche-t-il complètement de travailler? Oui Non

b) Si vous ne travaillez pas, quand prévoyez-vous occuper de nouveau :

1) votre emploi actuel? _____

2) un autre poste? _____

c) Si vous travaillez actuellement :

a) Décrivez brièvement vos tâches. _____

b) Quand êtes-vous retourné au travail? _____

c) Bénéficiez-vous d'un retour au travail progressif? Oui Non

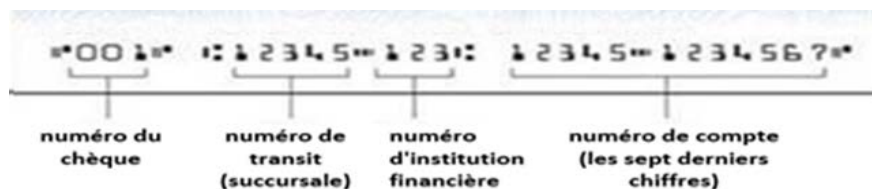
Si oui, veuillez préciser le nombre d'heures par semaine : _____

Section 3 – Autorisation de transfert électronique de fonds (dépôt direct)

Nous pouvons, si vous le souhaitez, verser votre indemnité directement dans un compte que vous nous indiquerez. Il s'agit de la façon la plus rapide et la plus efficace de recevoir votre paiement.

Souhaitez-vous choisir cette option? Oui Non

Si oui, veuillez joindre un chèque annulé sur lequel est clairement indiqué le compte bancaire (le « compte ») dans lequel vous voulez que le paiement soit versé ou entrez ces renseignements dans l'espace prévu à cet effet dans la section Renseignements sur le compte, puis signez et datez le formulaire ci-dessous. Si vous n'êtes pas titulaire d'un compte TD Canada Trust et ne joignez pas de chèque annulé, nous aurons besoin de l'adresse de votre institution financière afin de pouvoir verser votre indemnité dans le compte de votre choix.



Renseignements sur le compte

Pour savoir comment remplir cette section, consultez l'exemple de chèque ci-dessus.

Numéro de transit

Numéro de l'institution financière

Numéro du compte bancaire

Adresse de la banque

Je, _____ (nom en lettres moulées), en tant que personne assurée aux termes de la police d'assurance (le « contrat d'assurance ») offerte par TD, Compagnie d'assurance-vie (TD Vie), ordonne irrévocablement et donne l'autorisation irrévocable, par la présente, à TD Vie (tant à titre d'assureur qu'à titre d'administrateur) de déposer toute indemnité qui m'est due aux termes du contrat d'assurance par transfert électronique de fonds (dépôt direct) dans le compte susmentionné, et ceci constitue l'autorisation qui lui est donnée pour exécuter cet ordre. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels aux fins du versement de cette indemnité par ce moyen. Je libère entièrement TD Vie de toute responsabilité découlant de ce paiement après son versement dans le compte susmentionné. Si le compte est un compte conjoint ou s'il appartient à un tiers, TD Vie ne sera pas tenue responsable dans l'éventualité où des fonds seraient retirés par une personne autre que moi ou seraient utilisés pour rembourser une dette contractée par le compte. Il est entendu que TD Vie n'est pas en mesure de vérifier l'exactitude des numéros de compte; si je fournis un numéro de compte inexact, j'en assumerai donc la responsabilité. Je m'assurerai de l'exactitude des renseignements.

Signature

Date

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 : _____ Date : _____
(en lettres moulées) (jj/mm/aaaa)

Signature de la personne assurée : _____



TD Assurance

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

Partie B – Déclaration du médecin traitant

Prestations du vivant au titre de l'assurance vie temporaire

Remarques :

- Il incombe à la personne assurée 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 de la personne assurée

Numéro de police : _____

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

Nom de la personne assurée : _____
(en lettres moulées)

Date de naissance : _____
(jj/mm/aaaa)

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

Date : _____ Signature de la personne assurée : _____
(jj/mm/aaaa)

* TD, Compagnie d'assurance-vie est l'administrateur autorisé pour cette assurance. Pour de plus amples renseignements sur l'assureur et/ou l'administrateur, veuillez vous reporter à la police d'assurance.

Toutes les marques de commerce appartiennent à leurs propriétaires respectifs.

^{MD} Le logo TD et les autres marques de commerce 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 **prestations du vivant au titre de l'assurance vie temporaire** a été soumise. Nous vous prions de bien vouloir remplir le présent formulaire pour que nous puissions évaluer la demande.

1. Diagnostic

a) Principal : _____ Symptômes : _____

b) Secondaire : _____ Symptômes : _____

c) Résultats objectifs (y compris les résultats récents de radiographies, ECG ou autres tests particuliers).
Veuillez joindre à la présente une copie de tous les résultats.

d) Autres complications ou facteurs concourants :

2. Historique

a) Date de l'apparition des symptômes : _____
(jj/mm/aaaa)

b) Date du diagnostic : _____
(jj/mm/aaaa)

c) Date à laquelle le patient a été mis au courant du diagnostic : _____
(jj/mm/aaaa)

d) Quel est le traitement ou le médicament prescrit?

À quelle fréquence voyez-vous le patient?

e) Le patient avait-il souffert auparavant de la même affection ou d'une affection semblable?

Oui Non Je ne sais pas

Si vous avez répondu Oui, veuillez préciser à quel moment et décrire l'affection.

(suite)

3. Résultats et examens cliniques

Votre patient a-t-il été dirigé vers d'autres médecins ou spécialistes? Oui Non

Si oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Nom du médecin et sa spécialité	Date de l'examen	Sommaire des résultats

4. Pronostic

Quel est le pronostic de votre patient?

Pouvez-vous, en vous fondant sur votre connaissance de l'état du patient et votre expérience, nous indiquer l'espérance de vie approximative de votre patient?

D'autres options de traitement sont-elles envisagées?

Si oui, à quel moment ce traitement débutera-t-il?

Quel est le résultat escompté?

Joignez aussi tous les rapports de médecins spécialistes et tous les résultats de pathologie ou des tests, si vous y avez accès.

Veuillez envoyer le présent formulaire par la poste ou par télécopieur à :

TD Assurance

Services d'indemnisation

P.O. Box 1

TD Centre

Toronto (Ontario) M5K 1A2

Tél. : 1-888-788-0839

Télééc. : 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 : _____

Numéro de téléphone : () _____ Numéro de télécopieur : () _____

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