



**TD Assurance**  
**Directives pour remplir la trousse**  
**de demande de règlement**  
**de l'assurance vie sur crédit protection aux entreprises TD**  
**(Contrat d'assurance collective n° 60241)**

Cette assurance est émise par la Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (« Canada-Vie »)\*. TD, Compagnie d'assurance-vie (TD Vie) en est l'administrateur autorisé et gèrera cette demande de règlement au nom de Canada-Vie.

La trousse de demande de règlement de l'assurance vie sur crédit protection aux entreprises TD compte deux parties:

- **Partie A: Déclaration du demandeur de l'assurance vie sur crédit protection aux entreprises TD**
- **Partie B: Déclaration du médecin traitant - Preuve de décès**

**Remarque**

- La demande des dossiers médicaux exclut tous les résultats de tests génétiques. Ne divulguez aucun résultat de test génétique.
- Veuillez 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*).
- Toutes les 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 remplir la **Partie A** - Déclaration du demandeur de l'assurance vie sur crédit protection aux entreprises TD.

- 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 B** - Déclaration du médecin traitant - Preuve de décès 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 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.

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

\* TD, Compagnie d'assurance-vie est l'administrateur autorisé pour cette assurance. Toute demande de renseignements doit être acheminée au 1-888-983-7070. La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie est située au 330, University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 1R8; numéro sans frais : 1-800-380-4572. Pour de plus amples renseignements sur l'assureur et/ou l'administrateur, veuillez vous reporter au certificat d'assurance. Toutes les marques de commerce appartiennent à leurs propriétaires respectifs. <sup>MD</sup> Le logo TD et les autres marques de commerce TD sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion.

# PARTIE A - Déclaration du demandeur de l'assurance vie sur crédit protection aux entreprises TD

Déclaration (remplie par le demandeur)

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

Les renseignements sur les produits demandés ci-dessous sont **obligatoires** pour que nous puissions traiter la demande de règlement. S'il vous manque des renseignements sur les produits, veuillez communiquer avec votre succursale TD Canada Trust pour les obtenir avant de soumettre les formulaires.

Numéro de transit / de la succursale : \_\_\_\_\_ Numéro du prêt principal : \_\_\_\_\_  
Veuillez 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 : \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année)

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

Dernière adresse connue de la personne décédée : \_\_\_\_\_  
(Numéro) (Rue)  
\_\_\_\_\_  
(Ville) (Province) (Code Postal)

Date de naissance de la personne décédée : \_\_\_\_\_ Date du décès : \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année) (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 : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la 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 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.
- 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.

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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'exécuteur testamentaire / du liquidateur de succession / du plus proche parent : \_\_\_\_\_  
(Nom de famille et prénom en lettres moulées)

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 B - Déclaration du médecin traitant - Preuve de décès

## Section 1 - Déclaration du demandeur

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 Compagnie d'Assurance du Canada sur la 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.

Je comprends que je peux révoquer ce consentement en tout temps, mais que sans celui-ci, ma demande de règlement ne pourra être évaluée.

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.

**Remarque :** Avant de soumettre le formulaire, assurez-vous d'avoir rempli et signé la section Déclaration.

**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.**

Nom complet de la personne décédée _____	Date de naissance ou âge au décès _____
Date du décès _____	Lieu du décès _____
Cause du décès [Indiquer <b>une seule cause</b> à a), b) et c)]	Intervalle entre l'apparition des symptômes et le décès
Maladie ou trouble ayant directement entraîné le décès	
a) _____	a) _____
_____	
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) _____
_____	
Attribuable à c) _____	c) _____
_____	

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.

**Avis au médecin**

Les renseignements contenus dans la présente déclaration seront conservés dans le dossier de prestation d'assurance vie, d'assurance maladie ou d'assurance invalidité auprès de l'assureur ou de l'administrateur du régime, et pourront être consultés par le patient et les tiers ayant obtenu l'autorisation d'y accéder ou par toute personne autorisée par la loi. Je comprends que je peux révoquer ce consentement en tout temps, mais que sans celui-ci, la demande de règlement de mon patient ne pourra être évaluée. En fournissant les renseignements énoncés aux présentes, je consens à la divulgation de la version intégrale de ceux-ci.

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.**