

**Directives pour remplir la trousse de demande de règlement de plan de protection TD en cas de décès (Assurance vie sur prêt hypothécaire, ligne de crédit, prêt)**

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 plan de protection TD en cas de décès contient deux parties:

- **Partie A: Déclaration du demandeur de plan de protection TD en cas de décès**
- **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 d'assurance crédit en cas de décès.

- 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. 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 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.

PARTIE A - Déclaration du demandeur de plan de protection TD en cas de décès

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.

Produit : Prêt hypothécaire Ligne de crédit Prêt

Numéro de transit/de la succursale : _____

Numéro du prêt hypothécaire/de la ligne de crédit : _____

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 la personne décédée (la personne assurée) _____
(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 : _____ (Jour, mois, année) Date du décès : _____ (Jour, mois, année)

Nom et adresse du médecin de famille : _____

Depuis combien de temps était-il le médecin de famille de la personne décédée?

Autres médecins consultés au cours des 24 derniers mois et séjours dans un hôpital ou un autre établissement de soins.

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

Autre assurance vie en vigueur auprès de l'assureur ou de toute autre compagnie d'assurance.

Compagnie	Date d'entrée en vigueur de l'assurance	Capital assuré

Autorisation relative à la demande de règlement en cas de décès

Assureur : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (Canada-Vie)

Autorisation et déclaration 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.

Demandeur : _____

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

Signature du demandeur : _____ Date : _____

(Jour, mois, année)

Lien du demandeur avec la personne décédée : _____

Exécuteur testamentaire / Liquidateur de succession / Plus proche parent : _____

(Nom de famille et prénom en lettres moulées)

Signature de l'exécuteur testamentaire / du liquidateur de succession / du plus proche parent :

_____ Date : _____

(Jour, mois, année)

Adresse de l'exécuteur testamentaire / du liquidateur de succession / du plus proche parent :

(Numéro) (Rue)

(Ville) (Province) (Code postal)

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

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 autorisé, 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.

Signature de l'exécuteur testamentaire, du liquidateur de succession ou du plus proche parent :

_____ Date : _____ (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, 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 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.

Nom complet de la personne décédée _____ Date de naissance ou âge au décès _____

Date du décès _____ Lieu du décès _____

Cause du décès [Indiquer une seule cause à a), b) et c)] _____ Intervalle entre l'apparition des symptômes et le décès _____

Maladie ou problème de santé ayant entraîné directement 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)

Date du diagnostic de la maladie qui a entraîné le décès _____

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 _____

Date de la dernière consultation au cours de la maladie finale _____

Nom et adresse du médecin de famille

À votre connaissance, la personne décédée avait 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

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.

Joindre le rapport du médecin spécialiste, le cas échéant.

Vous pouvez faire parvenir le présent formulaire par la poste ou par télécopieur 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

Télec. : 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 : _____

Merci d'avoir pris le temps de remplir le présent formulaire.