



TD Assurance

**Directives pour remplir la demande de règlement de crédit protection
aux entreprises avec prestations du vivant -
Maladie grave/accident vasculaire cérébral
(Police d'assurance collective n° 60241)**

L'assurance est souscrite par La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (« Canada-Vie »), 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 Canada-Vie.

La demande de règlement de crédit protection aux entreprises avec prestations du vivant - Maladie grave/accident vasculaire cérébral est divisée en deux parties :

Partie A: Déclaration du demandeur de crédit protection aux entreprises avec prestations du vivant - Maladie grave/accident vasculaire cérébral

Partie B: Déclaration du médecin traitant relativement à une Maladie grave (accident vasculaire cérébral).

Remarque :

- La demande des dossiers médicaux exclut tous les résultats de tests génétiques. Ne divulguez aucun résultat de test génétique.
- 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 toutes les 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 le Service 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 crédit protection aux entreprises avec prestations du vivant - Maladie grave/accident vasculaire cérébral
- Assurez-vous d'inscrire en caractères d'imprimerie 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 B** - 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 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 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 1 TD 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.

* 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 sont la propriété de leurs propriétaires respectifs. MD/le logo TD et d'autres marques de commerce TD sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion.



PARTIE A

Déclaration du demandeur de crédit protection aux entreprises avec prestations du vivant - Maladie grave/accident vasculaire cérébral

Déclaration (remplie par le demandeur)

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 de prêt principal : _____

Veuillez fournir des précisions concernant tout autre prêt hypothécaire, toute autre ligne de crédit ou tout autre prêt couvert par une assurance crédit et détenu par la personne assurée auprès de TD Canada Trust.

Section 1 - Déclaration du demandeur

Nom de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise : _____
(Numéro) (Rue) (Ville) (Province) (Code postal)

Nom de la personne assurée : _____

Adresse de la personne assurée : _____
(Numéro) (Rue) (Ville) (Province) (Code postal)

Date de naissance de la personne assurée : _____

Si vous n'êtes pas la personne assurée, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous sur le demandeur et confirmer votre lien avec la personne assurée.

Nom du demandeur : _____
(Nom de famille) (Prénom et initiale)

Adresse : _____
(Numéro) (Rue) (Ville) (Province) (Code postal)

Numéro de téléphone : _____ Autre numéro de téléphone : _____

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

Oui Non



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 problème de santé 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 soeurs) 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 : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (« Canada-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 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 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.
- 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.

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 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 B

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 mon assureur, La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (« Canada-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.

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 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.

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.

La personne désignée ci-dessus est assurée auprès de **La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie** 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?

_____ e) 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)

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



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

h) 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) :

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.

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 / 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.