



**TD Assurance**  
**Directives pour remplir la trousse de demande  
de règlement de l'assurance crédit en cas  
de maladie grave - accident vasculaire cérébral (AVC)**

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 crédit en cas de maladie grave - accident vasculaire cérébral (AVC) contient deux parties:

- **Partie A: Déclaration du demandeur d'assurance crédit en cas de maladie grave - accident vasculaire cérébral (AVC).**
- **Partie B: Déclaration du médecin traitant relativement à une maladie grave - accident vasculaire cérébral (AVC).**

**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 maladie grave - accident vasculaire cérébral (AVC).
  - 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 relativement à une maladie grave - accident vasculaire cérébral (AVC) 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

OU

**Vous pouvez rapporter les formulaires originaux à votre succursale de TD Canada Trust dans une enveloppe scellée, adressée à TD Vie.**

# PARTIE A - Déclaration du demandeur d'assurance crédit en cas de maladie grave - accident vasculaire cérébral (AVC)

**Déclaration** (remplie par le demandeur)

## **Section 1 - Déclaration du 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.

Produit:  Prêt hypothécaire  Ligne de crédit

Numéro de transit/de la succursale : \_\_\_\_\_

Numéro du prêt hypothécaire/de la ligne de crédit : \_\_\_\_\_

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)

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)

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
(Mois, jour année)

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Autre numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**1. Demande et renseignements connexes**

a) Veuillez donner des précisions sur votre maladie grave.

---

---

b) À quelle date a-t-on diagnostiqué la maladie? \_\_\_\_\_

c) (i) À quelle date les symptômes sont-ils apparus pour la première fois? \_\_\_\_\_

(ii) Veuillez décrire ces symptômes :

---

---

---

d) À quelle date avez-vous consulté pour la première fois un professionnel de la santé relativement à votre maladie? \_\_\_\_\_

e) Avez-vous déjà subi des tests ou des examens reliés au diagnostic?  Oui  Non

Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris les dates.

---

---

f) Aviez-vous déjà souffert d'une affection semblable ou reliée à cette maladie ou reçu un traitement pour une telle affection par le passé?  Oui  Non

Dans l'affirmative, donnez des précisions, y compris les dates.

---

---

---

## 2. Consultations médicales

a) (i) Indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre médecin.

---

---

(ii) Depuis combien de temps est-il votre médecin? \_\_\_\_\_

b) Indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone des autres médecins que ceux mentionnés au point a) i) ci-dessus qui ont été consultés au cours des cinq dernières années.

---

---

---

c) Donnez le nom et l'adresse de tous les hôpitaux et établissements où vous avez été traité au cours des cinq dernières années. (Indiquez aussi les dates d'admission et de sortie.)

---

---

d) Indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de tout autre médecin ou spécialiste qui a été consulté relativement à votre maladie.

---

---

---

e) Quel traitement avez-vous reçu et recevez-vous actuellement relativement à votre état? \_\_\_\_\_

Type de traitement	Établissement / Médecin	Dates	
		Du	Au

## 3. Renseignements généraux

a) Est-ce qu'un membre de votre famille immédiate (mère, père, frère, soeur) a déjà eu un cancer, une tumeur, une maladie cardiaque, du diabète, une affection aux reins ou un accident vasculaire cérébral, ou encore une affection semblable ou reliée à ces dernières?  Oui  Non

b) Le cas échéant, indiquez le lien de parenté, la nature de la maladie, l'âge auquel la maladie a été diagnostiquée pour la première fois et la date du diagnostic.

Lien de parenté	Affection	Âge auquel la maladie a été diagnostiquée pour la première fois	Date du diagnostic (Jour, mois, année)

c) Veuillez nous fournir tout autre renseignement qui, à votre avis, pourrait être utile pour l'évaluation de votre demande de règlement.

---

---

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 en cas de maladie grave - accident vasculaire cérébral

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

### Autorisation et déclaration du demandeur

- 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.

### Si je ne suis pas la personne assurée

- 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)

*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 lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
(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.

Date : \_\_\_\_\_ Signature du patient : \_\_\_\_\_  
(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.**

La personne susmentionnée détient une assurance de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie contre la survenue de certains événements éventuels associés à son état de santé. Une demande de règlement a été soumise pour un accident vasculaire cérébral, et pour faciliter l'évaluation de cette demande, nous vous serions reconnaissants de remplir le présent formulaire.

1. a) À quelle date votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois au sujet de cette affection?

\_\_\_\_\_

b) Depuis combien de temps comptez-vous la personne assurée parmi vos patients?

\_\_\_\_\_

2. a) A-t-on posé un diagnostic d'accident vasculaire cérébral?  Oui  Non

b) À quelle date l'accident vasculaire cérébral s'est-il produit?

\_\_\_\_\_

c) Décrivez la cause de l'accident vasculaire cérébral (si vous la connaissez).

\_\_\_\_\_

d) Décrivez les déficits neurologiques résiduels.

\_\_\_\_\_

e) Combien de temps ont duré les déficits neurologiques?

\_\_\_\_\_

f) Qui a posé le diagnostic (si ce n'est pas vous qui l'avez fait)?

\_\_\_\_\_

g) Veuillez joindre une copie du tomodensitogramme, si vous l'avez.

3. a)

(i) À quelle date le patient a-t-il appris le diagnostic?

\_\_\_\_\_

(ii) Qui le lui a appris?

\_\_\_\_\_

4. Indiquez le nom et l'adresse de tous les autres médecins consultés et de tous les hôpitaux où votre patient a séjourné relativement à cet accident vasculaire cérébral.

5. Y a-t-il des antécédents familiaux de cancer, de tumeur, de maladie cardiaque, de diabète, de maladie du rein,  Oui  Non d'AVC ou d'autres affections apparentées ou semblables au sein de la famille immédiate?

Dans l'affirmative, indiquez l'affection, la date du diagnostic et la nature de la maladie.

Affection	Nature de la maladie	Date du diagnostic (Jour, mois, année)

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 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 : \_\_\_\_\_  
(Mois, jour année)

Spécialité : \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

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