



**TD Assurance**  
**Directives pour remplir la trousse**  
**de demande de règlement de plan de protection TD**  
**en cas de mutilation accidentelle**

Cette assurance est émise et administrée par la TD, Compagnie d'assurance-vie (TD Vie).

La trousse de demande de règlement de plan de protection TD en cas de mutilation accidentelle contient deux parties:

- **Partie A: Déclaration du demandeur pour le plan de protection TD en cas de mutilation accidentelle**
- **Partie B: Déclaration du médecin traitant relativement à une mutilation accidentelle**

**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 pour le plan de protection TD en cas de mutilation accidentelle.

- 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 mutilation accidentelle 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

# PARTIE A - Déclaration du demandeur pour le plan de protection TD en cas de mutilation accidentelle

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  Prêt

N° de transit de la succursale : \_\_\_\_\_

N° du prêt / 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 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 : \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année)

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

Nom et adresse du médecin de famille :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Précisions sur l'accident (« vous » et « votre » renvoient à la personne assurée, si elle n'est pas le demandeur)**

1. Date de l'accident : \_\_\_\_\_

2. Détails complets de l'accident : où et comment s'est-il produit? Veuillez fournir un rapport d'accident, s'il est disponible.

---

---

---

---

3. Si vous avez été victime d'un accident de la route et que vous conduisiez le véhicule, veuillez joindre une copie du rapport de police et du rapport d'accident.

4. Pour quel problème couvert faites-vous une demande

perte d'un membre     paralysie     perte de la vue

5. Indiquez le nom de tous les médecins que vous avez consultés depuis votre accident.

Médecin	Adresse	Dates	Séjours à l'hôpital : donnez les dates d'admission et de sortie	
			De	A

**(Veuillez utiliser une feuille distincte si vous avez d'autres observations à faire.)**

## Autorisation relative à la demande de règlement en cas de mutilation accidentelle

Assureur : TD, Compagnie d'assurance-vie (TD 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 mutilation accidentelle

## Section 1 - Autorisation du patient

Nom du patient (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Date de naissance du patient : \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année)

Je vous autorise par la présente à communiquer à l'assureur, TD, Compagnie d'assurance-vie, tous les renseignements demandés par ce dernier 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, il est essentiel que vous fournissiez 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.**

1. Date de l'accident : \_\_\_\_\_ Date à laquelle on vous a consulté  
(Jour, mois, année) la première fois pour ce qui concerne  
les blessures résultant de cet accident \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année)

2. Veuillez indiquer votre diagnostic et faire une description complète des blessures subies.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. L'accident a-t-il entraîné la perte

- |   |                                   |  |       |
|---|-----------------------------------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> du bras droit?     | Date _____<br>(Jour, mois, année) | Site de l'amputation<br>(au coude, au-dessus ou au-dessous)      | _____ |
| <input type="checkbox"/> du bras gauche?    | Date _____<br>(Jour, mois, année) | Site de l'amputation<br>(au coude, au-dessus ou au-dessous)      | _____ |
| <input type="checkbox"/> de la jambe droite | Date _____<br>(Jour, mois, année) | Site de l'amputation<br>(au genou, au-dessus ou au-dessous)      | _____ |
| <input type="checkbox"/> de la jambe gauche | Date _____<br>(Jour, mois, année) | Site de l'amputation<br>(au genou, au-dessus ou au-dessous)      | _____ |
| <input type="checkbox"/> de la main droite? | Date _____<br>(Jour, mois, année) | Site de l'amputation<br>(au poignet, au-dessus ou au-dessous)    | _____ |
| <input type="checkbox"/> de la main gauche  | Date _____<br>(Jour, mois, année) | Site de l'amputation<br>(au poignet, au-dessus ou au-dessous)    | _____ |
| <input type="checkbox"/> du pied droit?     | Date _____<br>(Jour, mois, année) | Site de l'amputation<br>(à la cheville, au-dessus ou au-dessous) | _____ |
| <input type="checkbox"/> du pied gauche?    | Date _____<br>(Jour, mois, année) | Site de l'amputation<br>(à la cheville, au-dessus ou au-dessous) | _____ |

4. Perte totale de la vue

a) Si la blessure a entraîné l'ablation de l'oeil, date de l'ablation \_\_\_\_\_  
(Jour, mois, année)

b) Acuité de chaque oeil avant l'accident Droit \_\_\_\_\_ Gauche \_\_\_\_\_

c) Acuité actuelle de chaque oeil, s'il y a lieu Droit \_\_\_\_\_ Gauche \_\_\_\_\_

d) Si la perte de vue est réversible, donnez des précisions.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Perte fonctionnelle attribuable à une paraplégie ou une quadriplégie.

a) L'accident a-t-il entraîné une perte fonctionnelle attribuable à

une paraplégie?

une quadriplégie?

une hémip légie?

b) Quelle est l'étendue de la blessure à la moelle épinière?

---

---

---

c) Des tests ont-ils été effectués pour mesurer l'étendue de la blessure? Lesquels?

---

---

---

d) La perte est-elle irrémédiable?  Oui  Non

e) Veuillez nous fournir tout autre renseignement qui pourrait nous être utile.

---

---

---

6. Est-ce que la blessure ou la détérioration subie est attribuable uniquement à l'accident mentionné plus haut?  Oui  Non  
Dans la négative, décrivez tout trouble ou toute affection qui, à votre avis, aurait pu constituer un facteur favorisant.

---

---

---

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

Télééc. : 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.**