**TD Assurance**
**Directives pour remplir la trousse de réclamation pour hospitalisation du en cas de décès accidentel**

**La trousse de réclamation pour hospitalisation du en cas de décès accidentel se divise en trois parties :**

- ☐ **Partie A :** Formulaire de réclamation pour hospitalisation du en cas de décès accidentel
- ☐ **Partie B :** Déclaration du médecin traitant
- ☐ **Partie C :** Pièces justificatives supplémentaires

**Remarques :**

- ☐ **La demande des dossiers médicaux exclut tous les résultats de tests génétiques. Ne divulguez aucun résultat de test génétique.**
- ☐ **Inscrivez en lettres moulées tous les renseignements en utilisant 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 réclamation.**
- ☐ **Nous avons inclus des cases ci-dessous pour vous aider à remplir la réclamation.**
- ☐ **Dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de votre trousse de réclamation, un analyste, Services d'indemnisation vous fera parvenir une confirmation de réception par écrit.**
- ☐ **Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec TD, Compagnie d'assurance-vie, au 1-888-788-0839.**

**Cochez une fois la tâche accomplie :**

## Partie A – Formulaire de réclamation pour hospitalisation du en cas de décès accidentel

**Remarque** : Toutes les sections de la **Partie A** doivent être remplies par la personne assurée blessée ou malade ou par le représentant autorisé de la personne assurée blessée ou malade.

- ☐ **Section 1 – Renseignements sur le certificat**
- ☐ **Section 2 – Déclaration de la personne assurée**
- ☐ **Section 3 – Autorisation de transfert électronique de fonds (dépôt direct)**
  - Si vous souhaitez que ces prestations soient déposées directement dans votre compte bancaire, veuillez remplir la section 3 et joindre un chèque annulé.

.

**Section 4 – Déclaration, autorisation et signature**

## Partie B – Déclaration du médecin traitant

**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.**

- **Section 1 – Autorisation de la personne assurée**
  - La signature de la personne assurée et la date sont requises.
- **Section 2 – Déclaration du médecin traitant**
  - Elle doit être remplie et signée par un médecin praticien autorisé.

## Part C – Pièces justificatives supplémentaires

- ☐ **Déclaration d'admission à l'hôpital et autorisation de sortie d'hôpital –** Veuillez fournir une copie, le cas échéant.
- ☐ **Preuve d'âge de la personne assurée –** Veuillez fournir une copie de l'**un** des documents suivants :
  - Acte de naissance
  - Permis de conduire canadien
  - Carte de résident permanent
  - Passeport canadien
  - Carte de citoyenneté canadienne

**TD Assurance**
TD, Compagnie d'assurance-vie
P.O. Box 1
TD Centre
Toronto (Ontario) M5K 1A2

## Partie A – Formulaire de réclamation pour hospitalisation du en cas de décès accidentel

**Dans ce formulaire, « personne assurée » s'entend de la personne qui est assurée aux termes du présent certificat.**

**Le terme « demandeur » désigne la personne qui présente la réclamation.**

### Section 1 : Renseignements sur le certificat

### Assureur : TD, Compagnie d'assurance-vie*

| | |
|---|---|
| **Numéro de certificat** | |
| **Date d'émission** | |
| **Nom de la personne assurée** (le nom légal complet) | |
| **Adresse de la personne assurée** | |
| **Date de naissance de la personne assurée** *(jj/mm/aaaa)* | |
| **Type de réclamation** | Hospitalisation |
| **Montant de la couverture** | |

* TD, Compagnie d'assurance-vie est l'administrateur autorisé pour cette assurance. 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.

## Section 2 : Déclaration du demandeur

| | |
|---|---|
| **Nom du demandeur :**<br>(si différent de celui de la personne assurée) | |
| **Date de naissance du demandeur :**<br>(si différente de celle de la personne assurée) | |
| **Lien avec la personne assurée :** | |
| **Adresse du demandeur :**<br>(si différente de celle de la personne assurée) | |
| **Coordonnées du demandeur :**<br>**(Domicile ou Cellulaire)**<br>(si différentes de celles de la personne assurée) | |
| **Nature des blessures :** | |
| **Date de la blessure :** (jj/mm/aaaa) | |
| **Date d'admission à l'hôpital :**<br>(jj/mm/aaaa) | |
| **Date de sortie :**<br>(jj/mm/aaaa) | |
| **Nom de l'hôpital :** | |
| **Adresse de l'hôpital :** | |
| **Nom du médecin de famille :** | |
| **Adresse du médecin de famille :** | |
| **Depuis combien de temps êtes-vous un patient de ce médecin?** | |
| **Si vous le consultez depuis moins de deux ans, veuillez fournir le nom et l'adresse du ou des médecins précédents.** | |

| |
|---|
| **Commentaires supplémentaires :** |

## Section 3 : Autorisation de transfert électronique de fonds (dépôt direct)

Nous avons le plaisir de vous offrir une option facile et commode, c'est-à-dire le dépôt direct de votre prestation dans le compte de votre choix. Il s'agit de la façon la plus rapide et la plus efficace de recevoir le montant du règlement.

Pour procéder au dépôt direct de votre prestation, veuillez remplir, signer et dater l'autorisation ci-dessous. Vous devez également joindre un chèque annulé sur lequel il est clairement indiqué le compte bancaire (le « compte ») dans lequel vous voulez que le paiement soit déposé OU entrez ces renseignements dans l'espace prévu à cet effet dans la section **Renseignements sur le compte**. Si vous n'êtes pas titulaire d'un compte TD Canada Trust et que vous ne joignez pas de chèque annulé, nous aurons besoin de l'adresse de votre institution financière afin de pouvoir déposer votre prestation dans le compte de votre choix.

Vous pouvez vérifier vos renseignements sur le compte auprès de votre institution financière ou en vous rapportant aux numéros figurant au bas de vos chèques :

**Numéro de transit de la succursale** : Numéro à cinq chiffres servant à identifier votre succursale bancaire domiciliaire.

**Numéro d'institution financière** : Numéro à trois chiffres servant à identifier l'institution financière canadienne. Exemple : le numéro de TD Canada Trust est 004.

**Numéro de compte bancaire** : Numéro unique à sept chiffres servant à identifier votre compte bancaire personnel.

**Renseignements sur le compte :**

_____ _____ _____

Numéro de transit Numéro de l'institution financière Numéro du compte bancaire

_____

Adresse de la banque

Je, _____(nom en lettres moulées), en tant que personne assurée aux termes du certificat d'assurance (le « contrat d'assurance ») émis par TD, Compagnie d'assurance-vie (TD Vie), ordonne irrévocablement et donne l'autorisation irrévocable, par la présente, à TD Vie de déposer toute indemnité qui m'est due aux termes du contrat d'assurance (jusqu'à concurrence de 60 000 $) par transfert électronique de fonds (dépôt direct) dans le compte susmentionné, et ceci constitue l'autorisation qui lui est donnée pour exécuter cet ordre. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels aux fins du versement de cette indemnité par ce moyen. Je libère entièrement TD Vie de toute responsabilité découlant de ce paiement après son versement dans le compte susmentionné. Si le compte est un compte conjoint ou s'il appartient à un tiers, TD Vie ne sera pas tenue responsable dans l'éventualité où des fonds seraient retirés par une personne autre que moi ou seraient utilisés pour rembourser une dette contractée par le compte. Il est entendu que TD Vie n'est pas en mesure de vérifier l'exactitude des numéros de compte; si je fournis un numéro de compte inexact, j'en assumerai donc la responsabilité. Je m'assurerai de l'exactitude des renseignements.

_____ _____

Signature Date (jj/mm/aaaa)

## Section 4 : Déclaration, autorisation et signature

**Assureur : TD, Compagnie d'assurance-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 réclamation, mais également l'annulation de la protection d'assurance.
- En apposant ma signature ci-dessous, je consens à ce que l'assureur recueille, utilise et divulgue mes renseignements personnels de la manière prévue dans la Politique de confidentialité de la TD jointe à ma police d'assurance, notamment aux fins suivantes : vérifier mon identité; me fournir des services en continu; traiter mes réclamations; comprendre mes besoins financiers; me protéger et protéger l'assureur contre la fraude et les erreurs; et respecter les exigences juridiques et réglementaires.
- 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 la personne assurée 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 réclamation, à ses réassureurs ou à leurs mandataires respectifs. Ces renseignements doivent être utilisés aux fins de l'évaluation de la réclamation d'assurance et à toute fin relative à cette demande.
- J'autorise également l'assureur, ses réassureurs et leurs mandataires respectifs à échanger des renseignements concernant la présente réclamation avec les organisations indiquées plus haut et (ou) à leur transmettre ces renseignements, si ceux-ci sont nécessaires à l'évaluation de la réclamation. Ce consentement demeure valide pendant la durée de traitement de la réclamation.
- En accordant cette autorisation de recueillir des renseignements personnels au sujet de la personne assurée relativement à la présente réclamation, 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.

Nom de la personne assurée : _____ Date : _____
(en lettres moulées) (jj/mm/aaaa)

Signature de la personne assurée : _____

**Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.**

## 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 réclamation, vous devez fournir suffisamment de détails sur les antécédents, les examens, les résultats et le traitement.
- Vous pouvez choisir, à votre discrétion, d'envoyer ce formulaire par la poste à TD, Compagnie d'assurance-vie directement ou de le remettre au patient.
- La personne désignée ci-dessus est assurée auprès de TD, Compagnie d'assurance-vie contre certains événements éventuels associés à son état de santé. Une demande de prestation pour **hospitalisation au titre du en cas de décès accidentel** a été soumise. Nous vous prions de bien vouloir remplir le présent formulaire pour que nous puissions évaluer la demande.

| | |
|---|---|
| **Nom du patient :**<br>(en lettres moulées) | |
| **Date de naissance :**<br>(jj/mm/aaaa) | |

**Par la présente, j'autorise la communication à mon assureur de tous les renseignements demandés relativement à la présente réclamation.**

**Signature du patient :** _____ **Date :** _____

**Tous les frais exigés pour remplir ce formulaire sont à la charge du demandeur.**

| | |
|---|---|
| **Nature de la maladie ou de la blessure (décrivez les complications, s'il y a lieu) :** | |
| **Quand les symptômes sont-ils apparus la première fois ou quand l'accident s'est-il produit ?** (jj/mm/aaaa) | |
| **L'hospitalisation est-elle attribuable à :** | ☐ un accident ☐ une maladie |
| **Veuillez préciser :** | |
| **Nom et adresse du médecin de famille (s'il s'agit d'un autre médecin que vous) :** | |
| **À quelle date votre patient vous a-t-il consulté pour la première fois pour ce problème de santé ?** (jj/mm/aaaa) | |
| **Le patient vous a-t-il été recommandé ?**<br>**Si oui, par qui ?** | ☐ Oui ☐ Non<br>Nom: |
| **Le patient a-t-il déjà présenté le même problème de santé ou un problème semblable ?**<br>**Si oui, veuillez préciser à quel moment et décrire l'affection.** | ☐ Oui ☐ Non<br>Veuillez préciser : |

| | |
|---|---|
| **L'hospitalisation était-elle nécessaire ?**<br>**Si oui, veuillez indiquer les dates d'hospitalisation et joindre une copie des rapports d'admission à l'hôpital et de sortie.** | ☐ Oui ☐ Non<br><br>Date d'admission :<br>Date de sortie : |
| **Énumérez les interventions chirurgicales, s'il y a lieu (description complète) :**<br><br>• **Date de l'intervention**<br>• **Si l'opération a été effectuée dans un hôpital, s'agissait-il d'un patient**<br>• **Veuillez préciser le nom et l'adresse de l'hôpital** | |
| **D'autres interventions sont-elles prévues :** | ☐ Oui ☐ Non |
| **Remarques :** | |

Joignez tous les rapports de médecins spécialistes et tous les résultats de pathologie ou des tests, si vous y avez accès.

Vous pouvez envoyer le présent formulaire par la poste ou par télécopieur à :

**TD, Compagnie d'assurance-vie**
Services d'indemnisation
P.O. Box 1
TD Centre
Toronto (Ontario) M5K 1A2
**Tél. : 1-888-788-0839**
Téléc. : 416-308-1223 / 1-877-838-2163

**Déclaration : Les renseignements du présent formulaire sont, à ma connaissance, complets et véridiques.**

Nom du médecin : _____ Signature du médecin : _____
(en lettres moulées)

Spécialité du médecin : _____

Date : _____ Adresse : _____
(jj/mm/aaaa)

Numéro de téléphone : _____ Numéro de télécopieur : _____

**Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce formulaire.**