



Certificat d'assurance médicale de voyage

L'assurance est fournie par TD, Compagnie d'assurance-vie (« TD Vie ») en vertu de la police collective TI002 (la « police collective ») émise par TD Vie à l'intention de La Banque Toronto-Dominion (le « titulaire de la police » ou « TD Canada Trust »). World Travel Protection Canada Inc. (« WTP ») administre l'assurance au nom de TD Vie et fournit l'assistance en matière de soins médicaux et de demandes de règlement, le paiement des réclamations et les services administratifs en vertu de la police collective.

Le présent certificat d'assurance représente une source importante d'information. Si vous souscrivez l'assurance qu'il régit, veuillez le lire attentivement et l'apporter avec vous lorsque vous voyagez.

Remarques importantes :

Que faire en cas d'urgence : Toutes les urgences doivent être immédiatement signalées à WTP. Par urgences, on entend les urgences médicales et, si vous avez contracté le régime d'assurance annuelle, toutes les urgences couvertes qui entraîneraient l'annulation ou l'interruption du voyage. Si vous ne communiquez pas promptement avec WTP, les prestations peuvent être limitées ou exclues. Veuillez vous reporter aux articles 14 et 15 afin d'obtenir de plus amples renseignements.

Mise à jour de la situation médicale avant le départ : Si une personne doit répondre à des questions sur son état de santé afin de souscrire l'assurance pour un voyage couvert en vertu du présent certificat, cette personne doit nous tenir informés de tout changement à sa situation médicale qui se produit avant son départ pour ledit voyage couvert. Si ce n'est pas fait, l'assurance sera nulle. Veuillez vous reporter à l'article 4 pour de plus amples renseignements.

Maladies préexistantes : Si vous avez opté pour le régime d'assurance annuelle, une exclusion des maladies préexistantes s'applique au regard de l'assurance annulation de voyage et de l'assurance interruption de voyage. Une telle exclusion s'applique également à l'assurance soins médicaux d'urgence pour toute personne assurée qui n'a pas eu à répondre à des questions sur son état de santé afin de souscrire l'assurance pour un voyage couvert. Veuillez vous reporter aux articles 10 à 13 afin d'obtenir de plus amples renseignements sur les limites et exclusions.

Article 1 – Sommaire des prestations

Régime d'assurance annuelle

Avantage

Assurance annulation de voyage

Prestation maximale payable

1 000 \$ par personne assurée, par voyage couvert ou, le cas échéant, tout montant plus élevé indiqué dans la plus récente demande ou lettre de confirmation, jusqu'à concurrence de 3 000 \$.

Maximum global de 5 000 \$ pour toutes les personnes assurées et tous les voyages couverts par année d'assurance ou, le cas échéant, tout montant plus élevé indiqué dans la plus récente demande ou lettre de confirmation, jusqu'à concurrence de 15 000 \$.

Assurance interruption de voyage

5 000 \$ par personne assurée, par voyage couvert. Aucun maximum global par année d'assurance.

Assurance soins médicaux d'urgence

2 000 000 \$ par personne assurée, par voyage couvert. Aucun maximum global par année d'assurance.

Régime d'assurance occasionnelle

Avantage

Assurance soins médicaux d'urgence

Prestation maximale payable

2 000 000 \$ par personne assurée, par voyage couvert.

REMARQUE : En vertu du régime d'assurance annuelle et du régime d'assurance occasionnelle, si une urgence survient, vous devez appeler WTP immédiatement, ou dès que cela vous est possible. Si ce n'est pas fait, la prestation maximale payable sera abaissée à 30 000 \$, et seulement 80 % des soins médicaux d'urgence admissibles seront couverts. Vous pouvez communiquer avec WTP tous les jours de la semaine, 24 heures sur 24, en composant le **1-800-359-6704** si vous vous trouvez au Canada ou aux États-Unis, ou en composant le **416-977-5040**, à frais virés, si vous êtes dans tout autre pays.

Article 2 – Définitions

« **date anniversaire** » Dans le cas du régime d'assurance annuelle, date qui correspond à une année à compter de la date d'entrée en vigueur et, si le certificat est renouvelé, aux dates anniversaires subséquentes à compter de la date d'entrée en vigueur.

« **demande** » Formulaire de demande joint à la brochure comportant le présent certificat ou page d'adhésion remplie en ligne, ou série de questions posées par WTP, et les réponses fournies, dans le cas d'une souscription téléphonique, selon le cas. Le terme « demande » fait également référence à toute question posée, et réponse y afférente, en ce qui a trait à une demande de prolongation ou d'augmentation de l'assurance déjà souscrite. La demande est partie intégrante du contrat d'assurance et est utilisée aux fins de traitement de votre demande.

« **certificat** » Le présent certificat d'assurance.

« **numéro de certificat** » Numéro d'identification unique reçu lorsque l'assurance est souscrite par téléphone ou par Internet. Le numéro peut être comparé à celui inscrit dans les dossiers de WTP, et il permet de confirmer quel type d'assurance a été souscrit.

« **assurance de couple** » Assurance en vertu du présent certificat pour le souscripteur et un compagnon de voyage désigné.

« **période de couverture** » Période pendant laquelle un événement couvert doit se produire afin d'être admissible à une prestation. On entend par période de couverture la période de couverture de l'assurance annulation de voyage, la période de couverture de l'assurance interruption de voyage et la période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence, selon le cas. Ces expressions sont définies à l'article 9.

« **motif d'annulation couvert** » Cette expression est définie à l'article 10.

« **motif d'interruption couvert** » Cette expression est définie à l'article 11.

« **voyage couvert** »

- Tout voyage effectué par une personne assurée.
- Tout voyage à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de la personne assurée.
- Dans le cas du régime d'assurance annuelle, le voyage doit commencer et prendre fin alors que le régime est en vigueur.
- Dans le cas du régime d'assurance occasionnelle, le voyage doit commencer et prendre fin aux dates de départ et de retour indiquées dans la demande ou, le cas échéant, dans la plus récente lettre de confirmation pour le voyage en question.
- La durée du voyage ne doit pas dépasser 182 jours consécutifs.

Exclusion : Tout voyage dont le but est de se rendre du domicile au lieu de travail habituel d'une personne assurée ou d'en revenir ne constitue pas un voyage couvert.

« **enfants à charge** »

- Enfants qui ne sont pas mariés.
- Enfants dont le souscripteur assure entièrement le soutien.
- Enfants :
 - o âgés de moins de 22 ans;
 - o âgés de moins de 26 ans qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement supérieur au Canada.

Exclusion : Si un enfant à charge naît pendant que la mère de l'enfant est à l'extérieur de sa province de résidence, l'enfant à charge ne sera pas assuré dans le cadre de ce voyage.

« **dollar** » et « **\$** » Dollars canadiens.

« **date d'entrée en vigueur** » Date à laquelle le certificat prend effet. Dans le cas du régime d'assurance annuelle, la date d'entrée en vigueur correspond à la date inscrite dans la demande ou, le cas échéant, dans la plus récente lettre de confirmation. Dans le cas du régime d'assurance occasionnelle, la date d'entrée en vigueur correspond à la date de départ précisée dans la demande ou, le cas échéant, dans la plus récente lettre de confirmation.

« **frais admissibles** » Frais admissibles en vertu de l'assurance annulation de voyage, de l'assurance interruption de voyage ou de l'assurance soins médicaux d'urgence, selon le cas. Dans le cas de l'assurance annulation de voyage, les frais admissibles sont définis à l'article 10 alors que les frais admissibles en vertu de l'assurance interruption de voyage le sont à l'article 11 et ceux aux termes de l'assurance soins médicaux d'urgence, à l'article 12.

« **assurance familiale** » Assurance en vertu du présent certificat pour le souscripteur, son conjoint et, le cas échéant, les enfants à sa charge lorsque ces derniers voyagent avec le souscripteur ou son conjoint.

« **RAMG** » Régime d'assurance-maladie gouvernemental d'une province ou d'un territoire au Canada.

« **hôpital** »

- Établissement habilité par les autorités compétentes à offrir des services médicaux aux malades hospitalisés, des services ambulatoires et des services de soins d'urgence.
- Établissement médical approprié le plus près lorsque autorisé au préalable par WTP.

Exclusion : Aux termes de cette définition, les établissements pour malades chroniques, les maisons de convalescence et les maisons de soins infirmiers ne sont pas considérés comme des hôpitaux.

« **hospitalisé** » Personne admise dans un hôpital en tant que malade hospitalisé.

« **membre de la famille immédiate** » Conjoint, parents, grands-parents, enfants, petits-enfants, frères, beaux-frères, sœurs et belles-sœurs de la personne assurée, et parents, grands-parents, frères, beaux-frères, sœurs, belles-sœurs et enfants du conjoint de la personne assurée.

« **personne assurée** »

- Personne pouvant être assurée en vertu du présent certificat.
- Personne nommée dans la demande.
- Personne pour laquelle l'assurance a été émise en conformité avec le certificat.

« **lettre de confirmation** » Document envoyé par WTP lorsque la souscription est réalisée par téléphone ou par Internet, que ce soit pour une nouvelle assurance médicale de voyage ou pour une assurance médicale de voyage supplémentaire conformément à la police collective. Le numéro de certificat et la protection choisie y sont mentionnés.

« **urgence médicale** » Toute maladie imprévue ou blessure corporelle accidentelle qui survient pendant un voyage couvert et qui nécessite immédiatement des soins médicaux d'urgence de la part d'un médecin.

« **période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence** » Période pendant laquelle une urgence médicale doit se produire afin de pouvoir demander une prestation en vertu de l'assurance soins médicaux d'urgence. Cette période est définie à l'article 9.

« **médecin** » Médecin ou chirurgien qui détient les autorisations et permis nécessaires pour pratiquer la médecine dans la juridiction où il fournit des soins ou des traitements médicaux, et qui n'est pas un parent par le sang ni un parent par alliance d'une personne assurée en vertu du présent certificat.

« **année d'assurance** » Dans le cas du régime d'assurance annuelle, année d'assurance signifie :

- la période qui débute à la date d'entrée en vigueur de l'assurance et qui se termine douze mois après, soit à la date anniversaire;
- toute période subséquente de douze mois lorsque l'assurance annuelle est renouvelée.

« **maladie préexistante** » Problème médical :

- pour lequel des symptômes ont été observés pendant la période de maladie préexistante;
- qui a fait l'objet d'un examen, d'un diagnostic ou d'un traitement, par médicament, pendant la période de maladie préexistante;
- pour lequel un examen approfondi a été recommandé ou prescrit ou un changement de traitement a été recommandé (y compris un changement de médication ou de dosage) pendant la période de maladie préexistante.

« **période de maladie préexistante** » Relativement aux protections en vertu du présent certificat, période qui prend fin immédiatement avant le début de la période de couverture pour cette assurance. Les périodes de maladie préexistante sont les suivantes :

- 180 jours si la personne assurée est âgée de 74 ans ou moins;
- 365 jours si la personne assurée est âgée de 75 ans ou plus.

Remarque : À cette fin, l'âge est calculé en date du début de la période de couverture.

« **assurance individuelle** » Assurance pour une seule personne, soit :

- le souscripteur;
- un enfant à charge âgé de moins de 18 ans, si une mention à cet effet figure dans la demande.

« **conjoint** »

- Époux ou épouse de la personne assurée.
- Personne qui vit avec la personne assurée depuis au moins un an et qui est reconnue publiquement comme son conjoint de fait.

« **période de couverture de l'assurance annulation de voyage** » Période pendant laquelle un événement considéré comme un motif d'annulation couvert doit survenir afin de pouvoir demander une prestation en vertu de l'assurance annulation de voyage. Cette période est définie à l'article 9.

« **période de couverture de l'assurance interruption de voyage** » Période pendant laquelle un événement considéré comme un motif d'annulation couvert doit survenir afin de pouvoir demander une prestation en vertu de l'assurance interruption de voyage. Cette période est définie à l'article 9.

« **frais raisonnables et d'usage** » Frais qui ne dépassent pas le niveau général des frais exigés par d'autres fournisseurs de même profession dans la région où les frais sont engagés, pour des traitements, des services ou des fournitures comparables se rapportant à une urgence médicale similaire.

« **vous** », « **vos** » et « **votre** » Ces termes désignent la personne à qui est délivré le certificat. Ces termes ne font pas référence au conjoint ni aux enfants à charge de la personne assurée.

« **nous** », « **nos** » et « **notre** » Ces termes désignent TD, Compagnie d'assurance-vie.

Article 3 – Admissibilité

Admissibilité au régime d'assurance annuelle ou au régime d'assurance occasionnelle

Vous êtes admissible au régime d'assurance annuelle ou au régime d'assurance occasionnelle si :

- vous êtes :
 - o âgé de 18 à 84 ans à la date d'entrée en vigueur du régime d'assurance annuelle,
 - o âgé d'au moins 18 ans à la date d'entrée en vigueur du régime d'assurance occasionnelle;
- vous êtes un résident du Canada;
- vous êtes couvert par un régime d'assurance-maladie gouvernemental d'une province ou d'un territoire au Canada;
- vous êtes un client de TD Canada Trust,
- vous êtes présent physiquement dans votre province ou territoire de résidence au moment de souscrire l'assurance;
- les renseignements que vous avez fournis relativement à votre demande sont véridiques et complets;
- vous avez souscrit l'assurance au plus 45 jours avant :
 - o la date d'entrée en vigueur de votre régime d'assurance annuelle,
 - o la date de départ indiquée dans votre demande ou dans votre plus récente lettre de confirmation dans le cas du régime d'assurance occasionnelle.

Votre conjoint ou tout compagnon de voyage désigné est admissible au régime d'assurance annuelle ou au régime d'assurance occasionnelle si :

- vous souscrivez l'assurance de couple;
- vous avez nommé votre conjoint ou votre compagnon de voyage dans votre demande;
- votre conjoint ou compagnon de voyage satisfait aux critères susmentionnés sauf :
 - o qu'il ne doit pas nécessairement être un client de TD Canada Trust,
 - o que votre compagnon de voyage peut être âgé de moins de 18 ans s'il s'agit d'un enfant à votre charge.

Votre conjoint ou les enfants à votre charge sont admissibles au régime d'assurance annuelle ou au régime d'assurance occasionnelle si :

- vous souscrivez l'assurance familiale;
- vous avez nommé votre conjoint ou les enfants à votre charge dans votre demande;
- ils satisfont aux critères susmentionnés sauf :
 - o qu'ils ne doivent pas nécessairement être des clients de TD Canada Trust,
 - o qu'ils peuvent être âgés de moins de 18 ans s'il s'agit d'enfants à votre charge.

Un enfant à charge est admissible au régime d'assurance occasionnelle si :

- vous souscrivez l'assurance individuelle;
- vous avez indiqué dans votre demande que le certificat doit couvrir l'enfant à charge plutôt que vous;
- l'enfant à votre charge satisfait aux critères susmentionnés, sauf :
 - o qu'il ne doit pas nécessairement être un client de TD Canada Trust,
 - o qu'il doit être âgé de moins de 18 ans.

Admissibilité à l'augmentation des prestations de l'assurance annulation de voyage

Si vous bénéficiez déjà du régime d'assurance annuelle et que vous désirez augmenter les prestations de l'assurance annulation de voyage en vertu de ce régime, vous pouvez en faire la demande si chaque personne assurée satisfait aux critères applicables énoncés à l'article 3, *Admissibilité au régime d'assurance annuelle ou au régime d'assurance occasionnelle*.

Admissibilité à une garantie complémentaire au régime d'assurance annuelle

Si vous bénéficiez déjà du régime d'assurance annuelle et que vous planifiez un voyage de plus de 17 jours, vous pouvez demander une garantie complémentaire au régime d'assurance annuelle si chaque personne assurée satisfait aux critères applicables énoncés ci-dessus, à l'article 3, *Admissibilité au régime d'assurance annuelle ou au régime d'assurance occasionnelle*, sauf que :

- vous n'avez pas à être présent physiquement dans votre province ou territoire de résidence au moment d'acheter cette garantie complémentaire;

- vous pouvez souscrire l'assurance avant ou après votre départ en voyage, sous réserve des conditions suivantes :
 - o aucune personne assurée n'a eu besoin de soins médicaux d'urgence en date de la présentation de votre demande de garantie complémentaire,
 - o l'assurance est demandée avant la fin de la 17^e journée du voyage (la journée du départ compte comme une journée complète),
 - o la durée totale du voyage couvert n'excède pas 182 jours consécutifs.

Remarque : La prime minimale pour la garantie complémentaire au régime d'assurance annuelle est de 15 \$, et le montant sera porté à votre carte de crédit.

Admissibilité à la prolongation du régime d'assurance occasionnelle

Si vous bénéficiez déjà du régime d'assurance occasionnelle et constatez que la durée de votre voyage sera plus longue que la durée prévue au départ, vous pouvez demander une prolongation de la période de couverture si chaque personne assurée satisfait aux critères applicables énoncés ci-dessus, à l'article 3, *Admissibilité au régime d'assurance annuelle ou au régime d'assurance occasionnelle*, sauf que :

- vous n'avez pas à être présent physiquement dans votre province ou territoire de résidence au moment de demander cette prolongation;
- vous pouvez souscrire l'assurance avant ou après votre départ en voyage, sous réserve des conditions suivantes :
 - o aucune personne assurée n'a eu besoin de soins médicaux d'urgence en date de la présentation de votre demande de prolongation,
 - o la prolongation est demandée avant la date à laquelle la protection initiale se termine,
 - o la durée totale du voyage n'excède pas 182 jours consécutifs.

Remarque : La prime minimale pour la prolongation du régime d'assurance occasionnelle est de 15 \$, et le montant sera porté à votre carte de crédit.

Article 4 – Preuve d'assurabilité

Preuve médicale

Dans certains cas, une personne qui souhaite souscrire une assurance devra répondre à des questions sur son état de santé afin que nous puissions déterminer si nous lui accordons l'assurance. Dans de tels cas, la prime de l'assurance ou de l'extension de garantie sera fondée sur les réponses aux questions, et le demandeur est assujéti à une souscription médicale. Les demandeurs qui présentent certaines affections médicales non stabilisées pourraient ne pas être admissibles à l'assurance ou à l'extension de garantie.

Toutes les maladies doivent être déclarées. Le présent certificat sera nul et non avenue, et aucune prestation ne sera versée en vertu de ce dernier, si la personne à assurer qui doit fournir une preuve d'assurabilité omet :

- soit de mentionner toutes les maladies, les médicaments actuellement pris ainsi que les périodes d'hospitalisation dans ses réponses aux questions sur son état de santé;
- soit de répondre de façon complète et exacte aux questions sur son état de santé posées à l'occasion de l'entretien téléphonique avec WTP.

Dans quels cas une preuve médicale doit-elle être présentée?

Une preuve médicale d'assurabilité sera requise dans les cas suivants :

- la personne à assurer est âgée de plus de 85 ans et souhaite souscrire le régime d'assurance occasionnelle ou demande une prolongation du régime d'assurance occasionnelle;
- la personne à assurer est âgée de 55 à 84 ans et :
 - o souhaite souscrire le régime d'assurance occasionnelle ou demande une prolongation du régime d'assurance occasionnelle pour un voyage de 18 jours ou plus,
 - o bénéficie du régime d'assurance annuelle et demande une garantie complémentaire au régime d'assurance annuelle pour un voyage de 18 jours ou plus.

Obligation de fournir la plus récente preuve médicale

Si une personne assurée doit fournir une preuve d'assurabilité en application du présent certificat, elle est tenue de communiquer avec WTP si son état médical change de quelque façon que ce soit entre la date d'adhésion et la date du départ.

Le présent certificat sera nul et non avenue, et aucune prestation ne sera versée en vertu de ce dernier, si la personne assurée doit fournir une preuve d'assurabilité et qu'elle :

- omet de communiquer avec WTP entre la date de son adhésion et la date de son départ si son état de santé a changé pendant cette période, y compris en ce qui a trait à :
 - o l'apparition d'une maladie;
 - o la présence de symptômes;
 - o la réapparition d'une maladie qui avait fait l'objet d'un examen, d'un diagnostic ou d'un traitement;
 - o tout examen approfondi qui était recommandé ou prescrit;
 - o tout changement apporté au traitement qui avait été recommandé, y compris tout nouveau médicament ou tout changement à la médication ou au dosage.

Modification ou résiliation de l'assurance en raison d'un changement à l'état de santé

Lorsqu'une preuve médicale doit être présentée, notre décision d'accorder l'assurance à une personne et les raisons qui motivent notre choix dépendent de l'état de santé de la personne assurée à la date de son départ pour le voyage couvert. Par conséquent, si l'état de santé de la personne assurée change de quelque façon que ce soit (voir ci-dessus) avant son départ pour le voyage couvert, nous pouvons :

- résilier l'assurance de la personne assurée pour ce voyage couvert;
- exiger une prime plus élevée à la personne assurée pour le voyage couvert. Si cette prime supplémentaire n'est pas payée en date du départ de la personne assurée, nous résilierons l'assurance de la personne assurée pour ce voyage couvert.

Si nous résilions l'assurance en vertu de la disposition du présent article, nous rembourserons toute prime qui a été payée au regard de la protection annulée.

Article 5 – Procédure de demande d'assurance

Par téléphone

Vous pouvez demander l'assurance par téléphone en appelant WTP au **1-800-293-4941**, sans frais, ou au **416-977-2039**.

Vous pouvez également demander une prolongation de l'assurance par téléphone en appelant le service téléphonique de WTP, à toute heure. Le numéro de téléphone est le **1-800-359-6704** si vous vous trouvez au Canada ou aux États-Unis, ou le **416-977-5040**, à frais virés, si vous êtes dans tout autre pays.

En ligne

Vous pouvez également présenter une demande d'assurance en ligne en visitant le site www.tdinsurance.com, s'il s'agit :

- d'un nouveau régime d'assurance annuelle;
- d'un nouveau régime d'assurance occasionnelle, sous réserve des conditions suivantes :
 - o toutes les personnes à assurer sont âgées de moins de 55 ans;
 - o toutes les personnes à assurer sont âgées de moins de 85 ans et la durée du voyage est d'au plus 17 jours.

Dans une succursale de TD Canada Trust

Une demande d'assurance peut être déposée dans une succursale de TD Canada Trust en Ontario si :

- vous êtes un résident de l'Ontario;
- votre demande porte sur l'un des régimes suivants :
 - o nouveau régime d'assurance annuelle dont le montant de l'assurance annulation de voyage est le plus bas possible (c.-à-d., 1 000 \$ par personne assurée, par voyage couvert, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par certificat, par année d'assurance pour l'ensemble des personnes assurées et des voyages couverts);
 - o nouveau régime d'assurance occasionnelle pour lequel :
 - toutes les personnes à assurer sont âgées de moins de 55 ans,
 - toutes les personnes à assurer sont âgées de moins de 85 ans et la durée du voyage est d'au plus 17 jours.

Article 6 – Entrée en vigueur du certificat

Si les conditions suivantes sont remplies, le certificat d'assurance prend effet à la date d'entrée en vigueur indiquée dans votre demande ou, le cas échéant, dans votre plus récente lettre de confirmation.

- Vous avez demandé l'assurance d'une des façons décrites à l'article 5.
- Toutes les personnes à assurer satisfont aux critères d'admissibilité énoncés à l'article 3.
- Si l'une des personnes à assurer doit fournir une preuve d'assurabilité, conformément à l'article 4, cette preuve doit avoir été produite, et WTP doit avoir confirmé que la personne pouvait être assurée.
- Vous avez payé la prime requise.
- Si vous vous êtes présenté à une succursale de TD Canada Trust pour soumettre votre demande, un représentant autorisé de la succursale doit avoir estampillé votre certificat d'assurance afin d'indiquer que votre assurance a été émise.
- Si vous avez présenté votre demande par téléphone ou par Internet, vous devez avoir reçu un numéro de certificat qui confirme que l'assurance a été émise, et une lettre de confirmation doit avoir été envoyée par WTP.

Article 7 – Renouvellement du régime d'assurance annuelle

Votre régime d'assurance annuelle est automatiquement renouvelé à la date anniversaire si les conditions suivantes sont remplies :

- vous avez souscrit votre régime d'assurance annuelle par Internet ou en appelant WTP;
- nous avons dans nos dossiers les renseignements relatifs à une carte de crédit qui seront valides à la date anniversaire;
- aucune personne assurée en vertu du certificat ne sera âgée de 85 ans ou plus à la date anniversaire;
- la prime de renouvellement est reçue et acceptée pour la prochaine année d'assurance.

Si l'une de ces conditions n'est pas satisfaite et que vous souhaitez renouveler votre régime d'assurance annuelle, vous devez communiquer avec WTP avant la date anniversaire afin de prendre des dispositions en ce qui a trait au paiement. Vous pouvez appeler

WTP au numéro sans frais **1-800-293-4941** ou au **416-977-2039**, entre 8 h et 20 h (HNE), du lundi au vendredi, ou entre midi et 18 h (HNE), le samedi.

Si des changements se sont produits, nous vous ferons parvenir un nouveau certificat dans lequel seront énoncées les modalités de l'assurance pour la nouvelle année d'assurance. S'il n'y a eu aucun changement, votre plus récent certificat demeure valide.

Si vous désirez résilier votre assurance, veuillez suivre la procédure décrite à l'article 8.

Article 8 – Fin de la validité du certificat

Régime d'assurance annuelle

Le certificat du régime d'assurance annuelle prendra fin à l'une des dates suivantes, selon la première éventualité :

- la date anniversaire, à moins que le régime ne soit renouvelé;
- la date d'entrée en vigueur de votre demande de résiliation du certificat.

Régime d'assurance occasionnelle

Le certificat du régime d'assurance occasionnelle prendra fin à l'une des dates suivantes, selon la première éventualité :

- la date de retour prévue indiquée dans la demande ou, le cas échéant, dans la plus récente lettre de confirmation;
- la date à laquelle la dernière personne assurée en vertu du certificat retourne à sa province ou son territoire de résidence après le voyage couvert;
- la date à laquelle la dernière personne assurée en vertu du certificat cesse d'être admissible à la protection;
- la date à laquelle l'assurance de la dernière personne assurée en vertu du certificat est résiliée en raison d'un changement à son état de santé avant son départ pour le voyage couvert;
- la date d'entrée en vigueur de votre demande de résiliation du certificat.

Prolongation automatique du certificat dans le cas d'urgences médicales

Indépendamment de ce qui précède, si une personne assurée nécessite des soins médicaux d'urgence à la date de fin du certificat, pour toute autre raison que sa résiliation, la durée du certificat est alors automatiquement prolongée jusqu'à concurrence de 72 heures après la fin de l'urgence médicale en question.

Résiliation de l'assurance

Vous pouvez résilier votre assurance en écrivant au service à la clientèle de WTP dont l'adresse est mentionnée à l'article 17. Dès que WTP reçoit votre demande écrite, la résiliation est rétroactive à la date d'oblitération.

Vous pourriez obtenir un remboursement, lequel sera calculé de l'une des façons suivantes :

- si votre demande de résiliation de votre régime d'assurance occasionnelle est oblitérée avant la date de départ précisée dans votre demande ou, le cas échéant, dans votre plus récente lettre de confirmation, vous obtiendrez un remboursement complet;
- si votre demande de résiliation de votre régime d'assurance occasionnelle est oblitérée après la date de départ, mais qu'aucune réclamation n'a été présentée, vous recevrez un remboursement au prorata, moins des frais d'administration de 15 \$;
- si votre demande de résiliation pour votre régime d'assurance annuelle est oblitérée dans les 10 jours suivant la date d'entrée en vigueur, ou la plus récente date anniversaire dans le cas d'un renouvellement, et qu'aucune personne assurée n'a voyagé à l'extérieur du pays, de la province ou du territoire de sa résidence principale après la date d'entrée en vigueur ou la date anniversaire, selon le cas, la totalité de la prime pour l'année d'assurance vous sera remboursée;
- dans tous les autres cas, vous ne recevrez aucun remboursement.

Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent certificat à l'égard de pertes subies une fois que le régime d'assurance a pris fin.

Article 9 – Période de couverture pour chaque protection

Période de couverture de l'assurance annulation de voyage (régime d'assurance annuelle seulement)

Si vous avez souscrit le régime d'assurance annuelle, la période de couverture de l'assurance annulation de voyage pour chaque personne assurée qui n'est pas un enfant à charge couvert par une assurance familiale prend effet à la plus tardive des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du régime d'assurance annuelle;
- la date prévue du voyage couvert.

Les enfants à charge assurés en vertu d'une assurance familiale ne sont couverts que lorsqu'ils voyagent avec vous ou votre conjoint. Par conséquent, dans le cas d'une personne assurée qui est un enfant à charge assuré en vertu d'une assurance familiale, la période de couverture de l'assurance annulation de voyage prend effet à la date susmentionnée seulement si votre conjoint ou vous accompagnez l'enfant à charge à l'occasion du voyage couvert.

La période de couverture de l'assurance annulation de voyage prend fin à l'une des dates suivantes, selon la première éventualité :

- la date de départ de la personne assurée pour le voyage couvert;
- la date de fin du présent certificat.

Période de couverture de l'assurance interruption de voyage (régime d'assurance annuelle seulement)

Si vous avez souscrit le régime d'assurance annuelle, la période de couverture de l'assurance interruption de voyage pour chaque personne assurée qui n'est pas un enfant à charge couvert par une assurance familiale prend effet à la plus tardive des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du régime d'assurance annuelle;
- la date à laquelle la personne assurée complète une partie du voyage couvert, tel qu'il est indiqué sur sa facture ou son billet.

Les enfants à charge assurés en vertu d'une assurance familiale ne sont couverts que lorsqu'ils voyagent avec vous ou votre conjoint. Par conséquent, dans le cas d'une personne assurée qui est un enfant à charge assuré en vertu d'une assurance familiale, la période de couverture de l'assurance interruption de voyage prend effet à la date susmentionnée **seulement** si votre conjoint ou vous accompagnez l'enfant à charge à l'occasion du voyage couvert.

Exclusion : Si un enfant à charge naît pendant que la mère de l'enfant est à l'extérieur de sa province de résidence, l'enfant à charge ne sera pas assuré dans le cadre de ce voyage.

La période de couverture de l'assurance interruption de voyage prend fin à la première des éventualités suivantes:

- la date de retour prévue de la personne assurée après le voyage couvert;
- à 23 h 59 le 17^e jour du voyage couvert si ce dernier dure plus de 17 jours et que qu'aucune garantie complémentaire au régime d'assurance annuelle n'a été achetée (la journée du départ compte comme une journée complète);
- la date de fin du présent certificat.

Période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence (régime d'assurance annuelle)

Si vous avez souscrit le régime d'assurance annuelle, la période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence pour chaque personne assurée qui n'est pas un enfant à charge couvert par une assurance familiale prend effet à la date de départ de la personne assurée pour le voyage couvert.

Les enfants à charge assurés en vertu d'une assurance familiale ne sont couverts que lorsqu'ils voyagent avec vous ou votre conjoint. Par conséquent, dans le cas d'une personne assurée qui est un enfant à charge assuré en vertu d'une assurance familiale, la période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence prend effet à la date de départ de l'enfant à charge pour le voyage couvert **seulement** si votre conjoint ou vous accompagnez l'enfant à charge à l'occasion du voyage couvert.

Exclusion : Si un enfant à charge naît pendant que la mère de l'enfant est à l'extérieur de sa province de résidence, l'enfant à charge ne sera pas assuré dans le cadre de ce voyage.

La période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence prend fin à la première des éventualités suivantes :

- la date de retour de la personne assurée après le voyage couvert;
- à 23 h 59 le 17^e jour du voyage couvert si ce dernier dure plus de 17 jours et qu'aucune garantie complémentaire au régime d'assurance annuelle n'a été achetée pour le voyage couvert (la journée du départ compte comme une journée complète, et la personne assurée devra fournir la preuve de la date réelle de départ de sa province ou son territoire de résidence);
- à 23 h 59 la dernière journée de la garantie complémentaire au régime d'assurance annuelle si une garantie complémentaire a été achetée, tel qu'il serait indiqué dans la plus récente lettre de confirmation;
- la date de fin du présent certificat.

Indépendamment de ce qui précède, si une personne assurée nécessite des soins médicaux d'urgence à la date de fin de la période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence, pour toute autre raison que sa résiliation, la période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence est alors automatiquement prolongée jusqu'à concurrence de 72 heures après la fin de l'urgence médicale pour les personnes suivantes :

- la personne assurée qui doit recevoir les soins médicaux d'urgence;
- toute autre personne assurée si :
 - o cette autre personne assurée a dû prolonger son voyage au-delà de la date de retour prévue en raison de l'urgence médicale de la personne assurée susmentionnée,
 - o WTP a approuvé le paiement à cette autre personne assurée d'une indemnité pour le compagnon de voyage.

Période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence (régime d'assurance occasionnelle)

Si vous avez souscrit le régime d'assurance occasionnelle, la période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence pour chaque personne assurée qui n'est pas un enfant à charge couvert par une assurance familiale prend effet à la plus tardive des dates suivantes :

- la date de départ prévue de la personne assurée indiquée dans la demande ou, le cas échéant, dans la plus récente lettre de confirmation;
- la date de départ réelle de la personne assurée pour le voyage couvert.

Les enfants à charge assurés en vertu d'une assurance familiale ne sont couverts que lorsqu'ils voyagent avec vous ou votre conjoint. Par conséquent, dans le cas d'une personne assurée qui est un enfant à charge assuré en vertu d'une assurance familiale, la période de

couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence prend effet à la date susmentionnée **seulement** si votre conjoint ou vous accompagnez l'enfant à charge à l'occasion du voyage couvert.

Exclusion : Si un enfant à charge naît pendant que la mère de l'enfant est à l'extérieur de sa province de résidence, l'enfant à charge ne sera pas assuré dans le cadre de ce voyage.

Si vous avez opté pour le régime d'assurance occasionnelle, la période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence prend fin à l'une des dates suivantes, selon la première éventualité :

- la date de retour prévue de la personne assurée indiquée dans la demande ou, le cas échéant, dans la plus récente lettre de confirmation;
- la date de retour réelle de la personne assurée;
- la date de fin du présent certificat.

Article 10 – Ce que couvre votre assurance – Assurance annulation de voyage (régime d'assurance annuelle seulement)

Si vous avez souscrit le régime d'assurance annuelle, nous verserons à la personne assurée une prestation en vertu de l'assurance annulation de voyage si cette personne doit annuler un voyage couvert pour l'un des motifs d'annulation couverts énumérés ci-dessous, à condition que ce motif soit invoqué pendant la période de couverture de l'assurance annulation de voyage pour le voyage couvert.

« **prestation en vertu de l'assurance annulation de voyage** » Frais admissibles d'annulation de voyage, jusqu'à concurrence de la prestation maximale pouvant être payée, définie à l'article 1.

« **frais admissibles d'annulation de voyage** » L'une des deux options suivantes :

- remboursement :
 - o d'une partie des réservations de voyage inutilisées qui :
 - ont été payées à l'avance,
 - ont été perdues à la suite de l'annulation pour un motif couvert,
 - n'étaient pas remboursables à la date d'occurrence du motif d'annulation couvert;
 - o des frais d'administration pour les points de voyage appliqués en date d'occurrence du motif d'annulation couvert;
 - o **Exclusion :** Aucune dépense engagée pour une assurance voyage supplémentaire ne sera remboursée;
- si la personne assurée ne peut quitter à la date de départ prévue en raison d'un motif d'annulation couvert, le paiement des frais de déplacement raisonnables qui sont :
 - o requis afin que la personne assurée puisse se rendre à la destination du voyage couvert le plus directement possible,
 - o approuvés à l'avance par WTP.

« **motif d'annulation couvert** »

- Décès d'une personne assurée;
- Maladie, blessure accidentelle ou mise en quarantaine soudaine et imprévue d'une personne assurée si :
 - o l'événement ne découle pas d'une maladie préexistante,
 - o l'événement empêche la personne assurée de quitter pour le voyage couvert,
 - o un médecin certifie par écrit :
 - l'une des deux situations suivantes :
 - il a recommandé à la personne assurée d'annuler le voyage couvert,
 - la maladie ou la blessure empêche la personne assurée de quitter pour le voyage couvert;
 - les raisons médicales qui ont motivé son choix;
 - o l'attestation du médecin est remise à WTP avant la date de départ prévue;
- Décès d'un membre de la famille immédiate de la personne assurée;
- Maladie, blessure accidentelle ou mise en quarantaine soudaine et imprévue d'un membre de la famille immédiate de la personne assurée;
- Hospitalisation ou décès soudain et imprévu de l'hôte de la personne assurée à sa destination.

Restrictions et exclusions

1. Maladie antérieure

- o Aucune prestation ne sera versée à l'égard d'une maladie de la personne assurée qui est liée ou qui découle d'une maladie antérieure.

2. Maladies raisonnablement prévisibles

- o Aucune prestation ne sera versée relativement à une maladie, à une blessure accidentelle ou à la mise en quarantaine de la personne assurée si l'événement était raisonnablement prévisible au début de la période de couverture de l'assurance annulation de voyage.

3. Pénalités d'annulation lorsqu'un motif d'annulation couvert est invoqué

- o La prestation sera limitée aux pénalités d'annulation en vigueur à la date d'occurrence du motif d'annulation couvert; il est donc essentiel d'annuler promptement le voyage.

4. Motifs non couverts

- o Aucune prestation ne sera versée à la suite de l'annulation d'un voyage couvert si le motif invoqué ne fait pas partie de la liste des motifs d'annulation couverts ci-dessus.

5. Programme de points pour grands voyageurs

- o En aucun cas une prestation ne sera versée relativement à la valeur des points pour grands voyages qui ont été perdus.

Article 11 – Ce que couvre votre assurance – Assurance interruption de voyage (régime d'assurance annuelle seulement)

Si vous avez choisi le régime d'assurance annuelle, nous verserons à la personne assurée une prestation en vertu de l'assurance interruption de voyage si cette personne doit mettre fin prématurément à un voyage couvert pour l'un des motifs d'annulation couverts énumérés ci-dessous, à condition que le motif soit invoqué pendant la période de couverture de l'assurance interruption de voyage pour le voyage couvert.

« **prestation en vertu de l'assurance interruption de voyage** » Frais admissibles d'interruption de voyage, jusqu'à concurrence de la prestation maximale pouvant être payée, définie à l'article 1.

« **frais admissibles d'interruption de voyage** »

- Si la personne assurée doit mettre fin au voyage couvert en raison d'un événement figurant dans la liste des motifs d'interruption couverts, le moins élevé des montants suivants :
 - o le coût d'un aller simple en classe économique afin de retourner au lieu de départ, sous réserve de l'approbation au préalable de WTP;
 - o les frais exigés par le transporteur aérien pour changer la date de retour de la personne assurée.
- Si la personne assurée ne peut se rendre à la prochaine étape de son voyage couvert dans le délai prévu en raison d'un motif d'interruption couvert, le paiement des frais de déplacement raisonnables qui sont :
 - o requis afin que la personne assurée puisse rejoindre un groupe de voyageurs le plus directement possible;
 - o approuvés à l'avance par WTP.
- Partie des réservations inutilisées relatives aux étapes qui :
 - o sont prévues au voyage couvert de la personne assurée,
 - o ont été payées avant la date de départ de la personne assurée,
 - o n'étaient pas remboursables à la date où le motif d'interruption couvert a été invoqué;

« **motif d'interruption couvert** »

- Décès d'une personne assurée;
- Blessure accidentelle ou maladie d'une personne assurée si les conditions suivantes sont remplies :
 - o l'événement ne découle pas d'une maladie préexistante,
 - o de l'avis de WTP :
 - des soins médicaux immédiats sont requis,
 - l'événement entraîne l'une des conséquences suivantes :
 - la personne assurée ne pourra continuer son voyage couvert,
 - la personne assurée ne pourra se rendre à temps à la prochaine étape de son voyage couvert;
- Décès d'un membre de la famille immédiate de la personne assurée;
- Maladie soudaine et imprévue ou blessure accidentelle d'un membre de la famille immédiate qui nécessite une hospitalisation.

Restrictions et exclusions

1. Maladies antérieures

- o Aucune prestation ne sera versée à l'égard d'une maladie de la personne assurée qui est liée ou qui découle d'une maladie antérieure.

2. Maladies raisonnablement prévisibles

- o Aucune prestation ne sera versée relativement à une maladie ou à une blessure accidentelle de la personne assurée si l'événement était raisonnablement prévisible :
 - lorsque la personne assurée a quitté pour le voyage couvert;
 - à la date d'achat de la garantie complémentaire au régime d'assurance annuelle, si la garantie a été achetée après la date de départ.

3. Interruption en dehors de la période de couverture

- o Aucune prestation ne sera versée à l'égard d'une interruption qui survient avant ou après la période de couverture de l'assurance interruption de voyage.
- o Ainsi, aucune prestation ne sera versée à l'égard d'une interruption qui survient après 23 h 59 le 17^e jour d'un voyage couvert, si aucune garantie complémentaire au régime d'assurance annuelle n'a été achetée pour le voyage.
- o Veuillez noter que le jour du départ compte comme une journée complète à cet égard.

4. Sommes non remboursables après l'occurrence d'un motif d'interruption couvert

- o Seules les sommes non remboursables à la date de l'occurrence du motif d'interruption couvert sont admissibles aux fins de la réclamation. Il est donc important d'appeler WTP immédiatement afin de prendre d'autres dispositions.

5. Motifs non couverts

- o Aucune prestation ne sera versée à la suite de l'interruption d'un voyage couvert si le motif invoqué ne fait pas partie de la liste des motifs d'interruption couverts ci-dessus.

6. Programme de points pour grands voyageurs

- o En aucun cas une prestation ne sera versée relativement à la valeur des points pour grands voyages qui ont été perdus.

7. Voyage de retour inutilisé

- o En aucun cas un voyage de retour prépayé inutilisé ne sera remboursé en vertu de l'assurance interruption de voyage.

Section 12. Ce que couvre votre assurance – Assurance soins médicaux d'urgence

Dans le cadre d'un voyage couvert, nous paierons à la personne assurée une prestation pour soins médicaux d'urgence si jamais une urgence médicale survient pendant la période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence.

Une **prestation pour soins médicaux d'urgence** est l'indemnité versée pour les dépenses raisonnables et d'usage engagées pour les frais admissibles aux termes de l'assurance soins médicaux d'urgence, jusqu'à concurrence de la prestation maximale payable décrite à l'article 1, moins toute somme payable ou remboursable en vertu d'un RAMG, d'un régime collectif ou individuel d'assurance-maladie, ou de toute autre police d'assurance collective ou individuelle.

Les frais admissibles aux termes de l'assurance soins médicaux d'urgence comprennent les éléments suivants :

- **frais d'hospitalisation;**
- **honoraires de médecin;**
- **soins infirmiers privés :**
 - o maximum de 5 000 \$ pour :
 - les services d'une infirmière autorisée ou d'un infirmier autorisé. Cette garantie comprend :
 - les fournitures médicalement nécessaires aux soins infirmiers;
- **services de diagnostic :**
 - o frais pour les tests de diagnostic et de laboratoire et radiographies, qui sont :
 - ordonnés par le médecin traitant;
 - autorisés au préalable par WTP, si les tests comprennent :
 - une imagerie par résonance magnétique (IRM),
 - des examens tomodensitométriques (examens TDM),
 - des échogrammes,
 - des ultrasons,
 - des techniques diagnostiques effractives, y compris l'angiographie;
- **ambulance :**
 - o frais pour le transport d'urgence dans une ambulance à destination de l'hôpital autorisé le plus proche;
- **avion-ambulance :**
 - o frais pour le service de transport aérien d'urgence seulement si :
 - WTP conclut que l'état physique de la personne assurée exclut tout autre moyen de transport;
 - WTP tire cette conclusion avant que le service soit fourni;
 - WTP approuve ce service au préalable;
 - WTP se charge d'offrir ce service;
- **ordonnances :**
 - o remboursement des frais de médicaments d'ordonnance lorsque requis pour des traitements d'urgence;
 - o les médicaments brevetés, exclusifs, ou expérimentaux et les vitamines sont exclus;
- **soins pour blessures dentaires accidentelles :**
 - o maximum de 2 000 \$ pour un traitement des dents qui est :
 - requis pendant la période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence;
 - requis pour des dents naturelles ou des dents artificielles permanentes qui sont endommagées par suite d'un coup à la bouche, pendant la période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence;
 - o **limite :** les traitements requis afin de soigner d'urgence un mal de dent sont couverts jusqu'à concurrence de 200 \$;
- **appareils médicaux :**
 - o frais des plâtres, béquilles, éclisses, écharpes, attelles ou coût de location d'un fauteuil roulant ou d'un déambulateur lorsque requis par suite :
 - d'une prescription du médecin;
 - d'une urgence médicale;
- **billet de retour :**
 - o frais supplémentaires engagés pour acheter un billet simple en classe économique ainsi qu'un billet simple supplémentaire en classe économique, si nécessaire pour transporter une civière, si :

par suite d'une urgence médicale, WTP juge qu'une personne assurée doit retourner au Canada pour des raisons d'ordre médical;

WTP approuve le transport au préalable;

- o **limite** : cette prestation sera réduite de tout montant versé en vertu d'une prestation de l'assurance interruption de voyage afin de retourner la personne assurée à son lieu de départ;

- **transport jusqu'au chevet du malade :**

- o lorsque la personne assurée est hospitalisée et devra vraisemblablement demeurer à l'hôpital pendant au moins trois jours consécutifs, un billet aller-retour en classe économique à partir du Canada est accordé, selon les conditions suivantes :

- le billet ne sera accordé qu'au conjoint, au père, à la mère, à un enfant, à un frère ou à une sœur de la personne assurée;

- WTP a approuvé au préalable une telle initiative;

- **indemnité pour le compagnon de voyage :**

- o le montant d'un billet d'avion simple en classe économique si :

- une urgence médicale couverte touche la personne assurée;

- de ce fait, le compagnon de voyage prolonge son séjour au-delà de la date de retour prévue;

- WTP approuve, au préalable, le coût d'un billet d'avion simple en classe économique qui permettra au compagnon de voyage de retourner à son lieu de départ;

- o **limite** : cette prestation sera réduite de tout montant versé en vertu d'une prestation de l'assurance interruption de voyage afin de retourner le compagnon de voyage à son lieu de départ, si ce dernier est également une personne assurée en vertu du présent certificat;

- **indemnité pour le compagnon de chevet :**

- o jusqu'à 150 \$ par jour en frais de repas et de logement, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ pour une personne, si :

- WTP a approuvé le transport de la personne en vertu de l'indemnité de transport jusqu'au chevet du malade ou de l'indemnité pour le compagnon de voyage;

- WTP a approuvé au préalable l'indemnité pour le compagnon de chevet;

- **retour de véhicule :**

- o maximum de 1 000 \$ pour les frais engagés pour le retour du véhicule de la personne assurée à sa résidence ou, le cas échéant, à l'agence de location appropriée la plus proche, si :

- la personne assurée ne peut retourner le véhicule elle-même en raison d'une urgence médicale couverte;

- WTP se charge du retour du véhicule;

- **rapatriement de la dépouille :**

- o un montant maximum de 5 000 \$ sera payable pour les frais engagés afin de préparer et de transporter au pays la dépouille de la personne assurée, si la personne assurée est morte par suite d'une urgence médicale couverte;

- exclusion : les frais engagés pour l'achat d'un cercueil ou d'une urne funéraire ne sont pas couverts en vertu de cette indemnité;

- o un billet aller-retour en classe économique si :

- un membre de la famille immédiate doit aller identifier la personne défunte ou recueillir les autorisations nécessaires pour rapatrier sa dépouille;

- WTP approuve ce transport au préalable.

Restrictions et exclusions

1. Omission de déclaration

- o Toute urgence médicale doit être déclarée à WTP dans les 48 heures qui suivent une hospitalisation, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire.

- o Si l'urgence médicale n'est pas déclarée comme prévu, l'indemnité maximale payable se limitera à 80 % des frais admissibles aux termes de l'assurance soins médicaux d'urgence, sous réserve d'un maximum de 30 000 \$.

2. Maladie préexistante

- o Si une personne assurée n'était pas tenue, tel qu'il a été mentionné à l'article 4, de fournir une preuve médicale en vue d'obtenir une assurance pour un voyage couvert, aucune prestation ne sera versée en ce qui a trait au traitement, aux services ou aux frais liés à une maladie préexistante.

3. Maladies raisonnablement prévisibles

- o Aucune prestation ne sera versée relativement à une maladie, à une blessure accidentelle ou à une urgence médicale qui était raisonnablement prévisible :

- lorsque la personne assurée a quitté pour le voyage couvert;

- lorsque vous avez acheté une prolongation d'assurance, si vous l'avez achetée après la date de départ.

4. Urgence médicale en dehors de la période de couverture

- o Aucune prestation ne sera versée à l'égard d'une urgence médicale qui survient avant ou après la période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence.

- o Par exemple, dans le cas d'un régime d'assurance annuelle, aucune prestation ne sera versée à l'égard d'une urgence médicale qui survient après 23 h 59 le 17^e jour d'un voyage couvert, si aucune garantie complémentaire au régime d'assurance annuelle n'a été achetée pour le voyage.

- o Veuillez noter que le jour du départ compte comme une journée complète à cet égard.

5. Incapacité d'effectuer un transfert vers un établissement approprié en vue d'obtenir un traitement

- o Compte tenu de l'avis du médecin traitant de la personne assurée, nous nous réservons le droit de faire transférer la personne assurée à un établissement de santé approprié ou vers sa province ou son territoire de résidence afin d'obtenir des traitements supplémentaires.
- o Le refus de se conformer à une telle demande nous déchargera de toute responsabilité pour ce qui est du versement d'indemnités à l'égard de frais admissibles engagés après la date de transfert prévue.

6. Récidives

- o Une urgence médicale est réputée ne plus exister dès que le dossier médical indique que la personne assurée est en mesure de regagner sa province ou son territoire de résidence. Aucune prestation ne sera versée en vertu d'une maladie qui a entraîné une urgence médicale si les frais correspondants sont engagés après ce moment.

7. Incapacité d'obtenir une approbation préalable

- o Dans le cas d'une dépense admissible qui doit être préalablement approuvée par WTP, aucune prestation ne sera versée si l'approbation préalable n'a pas été obtenue.
- o Aucune prestation ne sera versée pour toute chirurgie ou tout procédé effractif qui n'a pas été approuvé à l'avance par WTP, sauf pour les cas extrêmes où une demande d'approbation préalable retarderait une chirurgie nécessaire dans une situation constituant un danger de mort.

8. Services non urgents

- o Aucune prestation ne sera versée pour tout service médical facultatif, expérimental ou non urgent, y compris tout traitement, toute chirurgie ou tout médicament pour lesquels, selon le dossier médical, la personne assurée aurait pu attendre son retour au Canada.

9. Généralités

- o Tel qu'il a été mentionné précédemment, les indemnités payables en vertu de la présente police collective équivaldront aux frais couverts qui ont été réellement engagés, moins :
 - la somme remboursable en vertu du RAMG;
 - la somme remboursable en vertu d'une autre assurance ou d'un autre régime d'assurance-maladie.

Article 13 – Restrictions et exclusions : ce que votre assurance ne couvre pas

Les restrictions et exclusions qui s'appliquent à une prestation donnée sont indiquées ci-dessus, dans la description de chaque prestation. Ces exclusions et restrictions portent notamment sur les points suivants :

- o les maladies préexistantes;
- o les maladies et urgences médicales raisonnablement prévisibles;
- o l'incapacité de déclarer des urgences médicales ou d'invoquer rapidement un motif d'annulation ou d'interruption de voyage couvert;
- o l'incapacité d'obtenir une approbation préalable de WTP à l'égard de certains frais, y compris les préparatifs de voyage;
- o les récidives d'urgences médicales;
- o l'incapacité d'effectuer un transfert vers un établissement approprié en vue d'obtenir un traitement;
- o les services non urgents.

Veillez vous reporter à la description de prestation appropriée pour obtenir de plus amples renseignements. À ces éléments s'ajoutent les suivants :

1. Aucune indemnité ne sera versée pour des traitements, des services ou des frais qui sont liés aux facteurs ci-après ou qui en résultent.

a. Fausse déclaration

- o Toute maladie au sujet de laquelle nous avons ou WTP a reçu de votre part ou de celle d'une personne assurée des renseignements faux ou inexacts en ce qui a trait à l'hospitalisation, aux traitements ou aux médicaments.
- o Tout certificat nul et non avenue, tel que le décrit la restriction n° 2 ci-dessous.

b. Grossesse

- o Toute grossesse ou tout accouchement survenant dans les neuf semaines de la date d'accouchement prévue.
- o Toute complication, liée à une grossesse, qui survient dans les neuf semaines précédant la date d'accouchement prévue ou qui survient après cette date.
- o Tout enfant né durant le voyage couvert en question.

c. Automutilation volontaire

- o Toute automutilation volontaire, tout suicide ou tentative de suicide, que la personne assurée ait été saine d'esprit ou non.

d. Omission de prendre des médicaments

- o Toute omission de prendre des médicaments prescrits par le médecin de la personne assurée.

e. Abus d'alcool ou de drogues

- o Tout abus de médicaments ou d'alcool, ou toute utilisation de drogues illicites.

f. Crime

- o La participation à une infraction criminelle.

g. Sports professionnels ou épreuve de course

- o La participation à un sport professionnel, de même qu'à une course ou à une épreuve de vitesse organisée.

h. Guerre ou terrorisme

- o Tout acte de guerre, qu'il soit déclaré ou non, toute action hostile ou ressemblant à une guerre en temps de paix ou de guerre, toute insurrection, révolution, guerre civile, tout détournement ou acte de terrorisme.

i. Trajets quotidiens

- o Tout voyage dont le but principal est de se rendre au lieu habituel de travail de la personne assurée ou d'en revenir.

j. Problèmes mentaux

- o Tout problème mental, nerveux ou affectif, y compris toute urgence médicale découlant de ces problèmes.

k. Activités dangereuses

- o Une activité de plongée en scaphandre autonome à titre récréatif (à moins que la personne assurée détienne un titre élémentaire de plongeur autonome, conféré par une école certifiée ou un organisme d'attribution de permis), d'alpinisme, de saut en bungee, de parachutisme, de parapente, de spéléologie, de deltaplane, de chute libre ou une activité aérienne dans un aéronef autre qu'un aéronef de passagers pour lequel un certificat de navigabilité valide a été émis.

l. Avis aux voyageurs

- o Un voyage dans un pays pour lequel le gouvernement canadien avait émis un avis aux voyageurs, lequel est entré immédiatement en vigueur, avant le début de la période de couverture.

2. Incapacité de fournir une preuve d'assurabilité complète et exacte

Le présent certificat sera nul et non avenu, et aucune prestation ne sera versée en vertu de ce dernier, si une personne assurée doit fournir une preuve d'assurabilité, conformément à l'article 4, et qu'elle commet une des omissions suivantes :

- a. elle omet de mentionner toutes les maladies, conformément à l'article 4;
- b. elle omet de communiquer avec WTP entre la date d'adhésion et la date de départ afin de déclarer tout changement survenu au cours de cette période relativement à son état de santé, conformément à l'article 4.

3. Un enfant à charge qui ne voyage pas avec vous ou votre conjoint

Aucune prestation ne sera versée :

- à l'égard d'un enfant à charge en vertu d'une assurance familiale, à moins qu'il voyage;
 - o avec vous,
 - o avec votre conjoint, si ce dernier est une personne assurée en vertu du présent certificat.

Article 14 – Que faire en cas d'urgence médicale

Lorsqu'une urgence médicale survient, vous devez appeler WTP immédiatement, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Si ce n'est pas fait, les prestations seront limitées, tel qu'il a été décrit à l'article 12, sous « Restrictions et exclusions : 1. Omission de déclaration ». Certains frais seront couverts seulement si WTP les approuve préalablement.

Vous pouvez obtenir de l'aide tous les jours de la semaine, 24 heures sur 24, en composant le numéro sans frais **1-800-359-6704** si vous vous trouvez au Canada ou aux États-Unis, ou en composant le **416-977-5040**, à frais virés, dans tout autre pays.

WTP déterminera si l'assurance s'applique et, si tel est le cas, elle orientera la personne assurée vers l'établissement médical approprié le plus proche. Dans la mesure du possible, WTP paiera le fournisseur de services médicaux ou lui fournira une garantie de paiement. WTP gèrera alors toutes les étapes de l'urgence médicale de la personne assurée depuis le rapport initial jusqu'à la fermeture du dossier.

S'il n'est pas possible d'offrir un tel paiement ou une telle garantie, la personne assurée peut être appelée à effectuer le paiement. Tel qu'il est décrit dans le présent certificat, la personne assurée recevra le remboursement des frais admissibles qu'elle aura payés, une fois qu'elle aura présenté une demande d'indemnité.

Remarque : Les paiements et les garanties de paiement sont assujettis aux modalités du certificat, y compris les restrictions et exclusions.

Article 15 – Clients de l'assurance annuelle : que faire si vous devez annuler ou interrompre un voyage

Annulation de voyage

Il est important d'appeler **immédiatement** le service d'aide en cas d'urgence de **WTP**, accessible en tout temps, au numéro indiqué à l'article 17 ci-dessous.

Le montant payable en vertu de l'assurance annulation de voyage est limité selon les pénalités d'annulation en vigueur à la date où le motif d'annulation couvert est invoqué. Il est donc important d'annuler rapidement votre assurance, soit dans un délai de un jour ouvrable.

Une fois que la personne assurée aura annulé ses réservations de voyage auprès du fournisseur, elle devra suivre les directives indiquées à l'article 16, « Comment présenter une réclamation ».

Interruption de voyage

Vous devez appeler **immédiatement** le service d'aide en cas d'urgence de **WTP**, accessible en tout temps, au numéro indiqué à l'article 17 ci-dessous. Certains frais seront couverts seulement si WTP les approuve préalablement. Tous les frais de transport doivent être approuvés au préalable.

Seuls les frais non remboursables à la date de l'occurrence du motif d'interruption couvert sont admissibles à un remboursement. Vous devez WTP dès que possible, dans un délai d'un jour ouvrable, en vue de prendre d'autres dispositions.

Article 16 – Comment présenter une réclamation

Réclamation à l'égard de l'annulation ou de l'interruption de voyage

Une fois que la personne assurée a annulé ses réservations de voyage auprès du fournisseur, elle doit appeler le service à la clientèle de WTP, au numéro indiqué à l'article 17, afin d'obtenir un formulaire de réclamation.

Un formulaire de réclamation rempli doit être soumis, tout comme les documents justificatifs, y compris les suivants, afin de prouver le bien-fondé de la demande de réclamation :

- tous les documents originaux suivants : la facture, les billets (y compris les billets non utilisés), les reçus et l'itinéraire;
- la preuve que l'annulation ou l'interruption du voyage est occasionnée par un motif couvert. Il peut s'agir d'un certificat médical, d'une déclaration écrite du médecin ou d'un certificat de décès;
- une autorisation signée de divulgation des renseignements médicaux qui nous permettra d'obtenir les renseignements nécessaires pour évaluer la réclamation.

En outre, la personne assurée sera tenue de fournir une preuve indiquant la date réelle à laquelle elle a quitté sa province ou son territoire de résidence.

Réclamation pour des soins médicaux d'urgence

En tout temps, une urgence médicale doit être immédiatement déclarée, conformément à l'article 14, sans quoi les prestations seront limitées.

Si vous n'avez pas déclaré l'urgence médicale tel qu'il est exigé

Si, sans avoir communiqué avec WTP pour obtenir son aide et ses services de gestion des réclamations, une personne assurée engage des frais admissibles pour soins médicaux d'urgence, elle doit d'abord présenter les reçus et les autres preuves :

- au RAMG;
- à tout régime collectif ou individuel d'assurance-maladie ou à tout assureur.

Les frais admissibles pour soins médicaux d'urgence qui ne sont pas couverts par le RAMG, ou par ces régimes et assureurs devront alors être réclamés à WTP avec les preuves de réclamation, les reçus et les relevés de paiement. Dans ce cas, il est possible de se procurer les formulaires de réclamation auprès des représentants du service à la clientèle de WTP, en composant le numéro indiqué à l'article 17.

En outre, la personne assurée sera tenue de fournir une preuve indiquant la date réelle à laquelle elle a quitté sa province ou son territoire de résidence.

Si vous avez déclaré l'urgence médicale

Si des frais d'hospitalisation ou autres frais médicaux sont garantis ou payés par WTP au nom de la personne assurée, vous, ainsi que la personne assurée, s'il y a lieu, devrez signer un formulaire d'autorisation permettant à WTP de recouvrer ces sommes :

- auprès du RAMG de la personne assurée; • auprès de tout autre régime d'assurance-maladie ou police d'assurance;
- au moyen de droits de subrogation contre toute tierce partie responsable.

Si WTP a payé un montant pour des frais admissibles qui sont couverts en vertu d'un autre régime ou d'une autre assurance, vous, ainsi que la personne assurée, s'il y a lieu, devrez aider WTP à obtenir le remboursement de ce montant, le cas échéant.

En outre, la personne assurée sera tenue de fournir une preuve indiquant la date réelle à laquelle elle a quitté sa province ou son territoire de résidence.

Remarque : Si un montant a été avancé pour des frais, et qu'on découvre ultérieurement que ces frais ne sont pas couverts en vertu du présent certificat, la personne assurée doit nous rembourser ce montant.
--

Article 17 – Comment joindre World Travel Protection

Service d'aide en cas d'urgence accessible en tout temps

Pour déclarer une urgence médicale ou pour prendre des dispositions pour interrompre ou annuler un voyage, vous pouvez joindre WTP en tout temps aux numéros ci-dessous.

Du Canada ou des États-Unis, composez le **1-800-359-6704**.
Ailleurs, appelez à frais virés au **416-977-5040**.

Vous pouvez également composer ce numéro pour demander une prolongation du régime d'assurance occasionnelle pour un voyage couvert, ou alors pour demander une garantie complémentaire au régime d'assurance annuelle.

Service à la clientèle : numéro de téléphone

Pour souscrire une assurance ou pour augmenter le montant de prestation de l'assurance annulation de voyage en vertu de votre régime annuel, vous pouvez joindre WTP aux numéros ci-après.

1-800-293-4941 (sans frais) ou **416-977-2039**

Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, heure normale de l'Est
Samedi, de midi à 18 h, heure normale de l'Est

Dans le cas d'une situation non urgente, vous pouvez également composer ce numéro afin d'obtenir des formulaires de réclamation.

Service à la clientèle : adresse postale

Pour obtenir un formulaire de réclamation ou pour annuler votre assurance, veuillez envoyer votre demande à :

World Travel Protection Canada Inc.
Assurance médicale de voyage TD Canada Trust
400 University Avenue, 15^e étage
Toronto (Ontario)
M5G 1S7
Télécopieur : **416-205-4673**

Article 18 – Primes et remboursements de primes

Si une personne à assurer doit fournir une preuve d'assurabilité conformément à l'article 4, les primes du présent certificat seront établies en fonction des renseignements médicaux fournis lorsque vous appellerez WTP pour présenter votre demande et, dans le cas des régimes d'assurance occasionnelle, en fonction de la durée de votre voyage couvert.

Autrement, les primes seront fondées sur :

- l'âge de la plus vieille personne à assurer en vertu du certificat, à l'une des dates suivantes :
 - o la date d'entrée en vigueur de votre certificat;
 - o la date anniversaire à laquelle votre certificat est renouvelé, s'il y a lieu;
- dans le cas des régimes d'assurance occasionnelle, la durée de votre voyage couvert;
- nos tableaux de primes en vigueur pour le type d'assurance demandé.

Remarque : Les tableaux de primes peuvent être modifiés sans préavis.

Si vous demandez une prolongation du régime d'assurance occasionnelle ou une garantie complémentaire au régime d'assurance annuelle, la prime minimale sera de 15 \$.

Si vous résiliez votre assurance, l'ensemble ou une partie de vos primes peuvent être remboursées, tel que le précise l'article 8.

Article 19 – Dispositions générales

Sauf disposition expresse contraire dans le présent certificat ou dans la police collective, les dispositions générales suivantes s'appliquent aux indemnités décrites dans le présent certificat :

Preuve de sinistre

Les formulaires de règlement pertinents ainsi qu'une preuve de sinistre écrite doivent être transmis dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais, dans tous les cas, dans un délai de un (1) an de la date à laquelle le sinistre s'est produit.

Examen

Au cours du traitement d'une demande de règlement, nous avons le droit et la possibilité d'examiner tous les dossiers médicaux liés à la réclamation et de faire subir à la personne assurée un examen médical au moment et à la fréquence raisonnablement nécessaires, et ce, à nos frais.

Subrogation

Nous avons pleins droits de subrogation, y compris le droit de poursuivre, à nos frais, au nom de la personne assurée, des tiers pouvant être responsables d'une demande de règlement ou d'offrir une indemnité semblable à celles en vertu du présent certificat. Vous, ainsi que la personne assurée, devez nous fournir la collaboration raisonnable que nous demandons pour faire valoir nos droits et recours, y compris la signature de tous les documents nous permettant d'intenter une poursuite en votre nom ou au nom de la personne assurée, selon le cas.

Autre assurance

L'ensemble des prestations payables aux termes de l'assurance, qu'elle soit offerte par nous ou autrement, à l'égard d'une réclamation, ne peut dépasser les dépenses réelles engagées dans le cadre de la réclamation. Si une personne qui est assurée aux termes du présent certificat est également couverte par un autre certificat d'assurance ou par une autre police, nous coordonnerons le versement de prestations avec l'assureur qui a fourni l'autre assurance.

Poursuite judiciaire

Aucune action ni procédure ne peut être intentée contre nous plus de un (1) an après la date à laquelle le sinistre est survenu. Toutes les actions ou procédures contre nous doivent être intentées dans la province ou le territoire de résidence de la personne assurée à la date d'entrée en vigueur du présent certificat et seront régies d'après les lois de cette province ou de ce territoire, sans que ses règles de conflits de lois ne soient prises en compte.

Fausse réclamation

Si vous ou une personne assurée faites une réclamation en la sachant fausse ou frauduleuse à quelque égard que ce soit, ni vous ni la personne assurée n'aurez droit à aucune indemnité en vertu de la présente protection, ni à aucun paiement d'une demande de règlement en vertu de la police collective.

Monnaie

Tous les montants indiqués sont exprimés en dollars canadiens.

Accès aux soins médicaux

TD Vie, TD Canada Trust, WTP et leurs sociétés affiliées ne sont pas responsables de la disponibilité, de la qualité, ni des résultats de tout traitement médical ou de tout transport, ou de l'impossibilité pour toute personne assurée d'obtenir un traitement médical.

Police collective

Toutes les indemnités prévues par le présent certificat sont régies en tous points par les dispositions de la police collective et cette dernière constitue, à elle seule, la convention en vertu de laquelle les indemnités sont payables. Les principales dispositions de la police collective se rapportant aux personnes assurées sont résumées dans le présent certificat. La police est conservée en dossier dans les bureaux du titulaire de la police collective.

Votre certificat d'assurance se termine ici.

Autorisation

Vous présentez, auprès de TD, Compagnie d'assurance-vie (« TD Vie »), une demande d'assurance en vertu de la police collective TI002 conclue entre TD Vie et La Banque Toronto-Dominion (« TD Canada Trust »).

Vous déclarez être actuellement client de TD Canada Trust, avoir lu et compris les modalités de l'assurance médicale de voyage offerte, par l'intermédiaire de TD Canada Trust décrites dans le certificat d'assurance. Vous déclarez avoir pris connaissance des restrictions et des exclusions (y compris les exclusions relatives aux maladies préexistantes) qui sont précisées dans le certificat d'assurance.

TD Canada Trust n'agit pas à titre de mandataire de l'assureur, TD Vie, sa filiale en propriété exclusive. TD Canada Trust commande ce produit et perçoit des frais de TD Vie.

Vous acceptez que nous puissions, au moment de commencer une relation avec nous et au cours de cette relation, recueillir, utiliser ou divulguer vos renseignements personnels de la manière prévue dans la Convention sur la confidentialité des renseignements personnels (voir *la Convention sur la confidentialité des renseignements personnels* ci-incluse), y compris mais sans s'y limiter, aux fins suivantes : vous identifier, vous servir, comprendre vos besoins financiers, assurer notre protection et la vôtre contre la fraude et les erreurs, nous conformer aux exigences législatives et réglementaires, et vous offrir des produits et des services par téléphone, par télécopieur et par dispositif de composition et d'annonce automatique, aux numéros que vous nous avez fournis, ou par Internet, par la poste, par courriel ou par d'autres moyens.

Vous convenez que TD Vie peut communiquer des renseignements à votre sujet (à l'exception des renseignements sur votre état de santé) à ses sociétés affiliées afin d'établir votre profil et de vous servir à titre de client, afin de déterminer quels autres produits ou services vous conviennent et de vous les offrir, ou encore afin d'établir, de maintenir ou de favoriser une relation d'affaires avec vous.

Vous pouvez choisir de ne pas recevoir d'offres de marketing direct en communiquant avec nous, comme il est expliqué à l'article sur la protection des renseignements personnels de la présente brochure.

Vous nous autorisez à obtenir tout dossier à votre sujet ou au sujet de votre santé si TD Vie et ses réassureurs l'exigent. Vous autorisez la communication de renseignements à votre sujet et au sujet de votre santé entre TD Vie, ses réassureurs et ses souscripteurs. En cas de demande d'indemnité, le titulaire du certificat, le bénéficiaire, l'héritier, l'exécuteur testamentaire (au Québec, liquidateur) ou l'administrateur de votre succession est autorisé à fournir à TD Vie tous les renseignements et toutes les autorisations nécessaires aux fins des demandes d'indemnité.

Vous acceptez que toute demande d'indemnité soit assujettie aux modalités décrites dans le certificat d'assurance. Par la présente, vous autorisez tout hôpital ou tout médecin à remettre des copies des dossiers médicaux de votre famille et de vous-même à World Travel Protection Canada Inc. et à TD, Compagnie d'assurance-vie. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Convention sur la confidentialité des renseignements personnel

Dans la présente entente, les mots « vous » et « votre » désignent toute personne qui a fait la demande d'un produit ou d'un service que nous offrons, qui a offert de donner une garantie pour un tel produit ou service, ou encore qui est assurée en vertu d'un tel produit ou service. Les mots « nous », « nos » et « notre » désignent :

- (1) TD, Compagnie d'assurance-vie (« TD Vie »), Agence d'assurance TD Inc. et Services d'assurance TD Waterhouse Inc., qui font partie du Groupe Financier Banque TD (« GFBTD »);
- (2) toute compagnie d'assurance qui offre une assurance accident personnelle, une assurance-maladie, une assurance vie, une assurance voyage, une assurance-crédit, ou une autre assurance en vertu d'une police collective émise à l'intention de La Banque Toronto-Dominion (« Banque TD »);
- (3) toute compagnie qui émettra ultérieurement une police collective à l'intention de La Banque TD dont la couverture remplacera en tout ou en partie celle d'une police d'assurance indiquée en (2) ou celle de toute autre assurance que propose actuellement TD Vie;
- (4) toute compagnie qui fournit une réassurance à une des compagnies mentionnées dans les points (1) à (3);
- (5) les fournisseurs qui offrent leurs services aux compagnies mentionnées dans les points (1) à (4).

GFBTD désigne La Banque TD et ses sociétés affiliées qui offrent des produits et services de dépôt, de placement, de prêt, de valeurs mobilières, de fiducie, d'assurance et autres. Le mot « renseignements » désigne vos renseignements personnels, financiers et autres renseignements que vous nous fournissez, notamment par les produits et services que vous utilisez, et qui sont obtenus auprès de tiers. Vous reconnaissez les dispositions suivantes, en convenez et autorisez leur application.

Vous reconnaissez et autorisez ce qui suit.

COLLECTE ET UTILISATION DE RENSEIGNEMENTS

Au moment où vous commencez une relation avec nous et durant le cours de cette relation, nous pouvons recueillir des renseignements tels que les suivants :

- des détails à votre sujet et sur vos antécédents, notamment vos nom, adresse, date de naissance, profession et autres éléments, renseignements obligatoires en vertu des lois;
- les dossiers de vos transactions avec nous;
- vos préférences et activités financières.

Ces renseignements peuvent être recueillis auprès de vous ou de sources externes à notre organisation, notamment les suivantes :

- organismes gouvernementaux, autorités policières et archives publiques;
- agences d'évaluation du crédit;
- autres institutions financières;
- autres agents et fournisseurs de services ou toute autre organisation avec laquelle vous avez pris des arrangements;
- personnes ou organisations que vous avez données en référence;
- personnes autorisées à agir en votre nom en vertu d'un mandat ou de tout autre instrument juridique.

Vous autorisez, par les présentes, ces sources à nous transmettre des renseignements.

Nous restreindrons la collecte et l'utilisation de renseignements à ce qui est nécessaire pour vous servir et pour gérer nos affaires, notamment aux fins suivantes :

- vérifier votre identité;
- évaluer et traiter votre demande, vos comptes, vos opérations et vos rapports;
- vous procurer le service à la clientèle;
- analyser vos besoins et activités financiers afin de mieux vous servir;
- assurer votre protection et la nôtre contre la fraude et les erreurs;
- évaluer et gérer nos risques, nos transactions et notre relation avec vous;
- nous conformer aux lois applicables et aux exigences réglementaires, y compris celles des organismes d'autoréglementation.

DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS

Nous pouvons divulguer des renseignements, notamment dans les circonstances suivantes :

- avec votre consentement;
- en réponse à une ordonnance d'un tribunal, à un mandat de perquisition ou à toute autre demande que nous jugerons valide;
- en réponse aux demandes de renseignements d'organismes de réglementation (y compris des organismes d'autoréglementation dont nous sommes membres) visant à satisfaire aux exigences légales et réglementaires applicables;
- lorsque le destinataire est un fournisseur, un agent ou un autre organisme qui se charge de la prestation de services pour vous, pour nous ou en notre nom;
- lorsque nous achetons ou vendons une partie ou la totalité d'un de nos secteurs d'affaires ou lorsque nous envisageons pareille transaction;
- lorsque nous percevons une dette ou exécutons une obligation vous concernant;
- lorsque la loi le permet.

PARTAGE DE RENSEIGNEMENTS AU SEIN DU GFBTD

Au sein du GFBTD, nous pouvons partager des renseignements, autres que des renseignements sur la santé, aux fins suivantes :

- pour gérer votre relation totale avec le GFBTD, y compris l'administration de votre compte, et nos risques et opérations commerciales;
- pour nous conformer à des exigences légales et réglementaires;
- pour permettre à nos autres secteurs d'affaires de vous informer de nos produits ou services. Si tel est votre choix, vous pouvez décider de ne pas nous autoriser à partager des renseignements à cette fin.

AUTRES CAS DE COLLECTE, D'UTILISATION ET DE DIVULGATION

Numéro d'assurance sociale (NAS). Si vous demandez des produits, des comptes ou des services qui pourraient générer de l'intérêt ou un revenu de placement, nous vous demanderons de nous fournir votre NAS pour nous conformer aux exigences de déclaration de la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Si nous vous demandons de nous fournir votre NAS pour d'autres types de produits et services, vous avez le choix de ne pas le divulguer. En nous divulguant votre NAS, vous nous permettez de l'utiliser pour vérifier votre identité et distinguer vos renseignements de ceux d'autres clients dont le nom est semblable au vôtre, y compris les renseignements obtenus dans le cadre d'une approbation de crédit. Vous avez le choix de ne pas le divulguer pour que nous vérifiions votre identité auprès d'une agence d'évaluation de crédit.

Consentement en matière de crédit. Si vous détenez avec nous une carte de crédit, une ligne de crédit, un prêt, un prêt hypothécaire ou une autre facilité de crédit, ou encore un compte de dépôt avec protection contre les découverts ou limites de retenue, de retrait ou d'opération, nous obtiendrons des renseignements ou des rapports à votre sujet auprès d'agences d'évaluation du crédit ou d'autres prêteurs au moment du dépôt d'une demande de votre part et tout au long du processus, ou de façon périodique à des fins d'évaluation et de vérification de votre solvabilité ou encore en vue d'établir votre limite de crédit ou de retenue. Vous avez le choix de ne pas nous permettre d'effectuer une vérification de crédit ayant pour objet d'évaluer une demande de crédit de votre part. Si vous détenez une telle facilité avec nous, nous pouvons de temps à autre divulguer des renseignements sur vous à d'autres prêteurs ou à des agences d'évaluation du crédit qui recherchent de tels renseignements, grâce auxquels peuvent être établis vos antécédents de crédit et qui appuient d'une façon générale le processus d'octroi et de traitement du crédit. Si vous détenez une facilité de crédit avec nous, vous ne pouvez pas retirer votre consentement.

Assurance. Si vous faites une demande, demandez une présélection, modifiez ou faites une réclamation en vertu d'un produit d'assurance que nous assurons, réassurons, gérons ou vendons, nous pouvons, si nécessaire, recueillir, utiliser, divulguer et conserver des renseignements sur la santé vous concernant. Nous pouvons recueillir ces renseignements auprès de vous ou de tout professionnel de la santé, établissement de santé, compagnie d'assurance ou autre personne qui connaît vos renseignements personnels. Nous pouvons également obtenir un rapport d'enquête personnel.

Nous pouvons utiliser vos renseignements pour :

- vérifier votre admissibilité à la protection;
- gérer votre assurance et notre relation avec vous;
- faire une enquête au sujet de votre réclamation et la régler;
- évaluer et gérer nos risques.

Nous pouvons communiquer vos renseignements personnels à tout professionnel de la santé, établissement de santé, compagnie d'assurance ou autre personne qui connaît vos renseignements personnels afin de leur permettre de répondre correctement aux questions lorsqu'ils nous fournissent des renseignements à votre sujet. Nous pouvons communiquer les résultats d'exams de laboratoire concernant des maladies infectieuses aux autorités en matière de santé publique appropriées.

Les renseignements concernant votre santé recueillis aux fins susmentionnées ne seront pas partagés au sein du GFBTD, sauf dans la mesure où d'autres sociétés du GFBTD assurent, réassurent, gèrent ou vendent une protection et que la divulgation des renseignements est requise aux fins susmentionnées. Ils peuvent toutefois être divulgués aux administrateurs, aux fournisseurs de services, aux réassureurs, aux assureurs et aux réassureurs éventuels de nos activités d'assurance, ainsi qu'à leurs administrateurs et fournisseurs de services à ces fins.

Marketing. Nous pouvons aussi utiliser vos renseignements à des fins de marketing, notamment les suivantes :

- mieux comprendre vos activités et vos besoins en matière financière et vous informer d'autres produits et services qui pourraient vous intéresser, y compris ceux qui sont offerts par des sociétés affiliées ou des tiers que nous sélectionnons;
- déterminer votre admissibilité à des concours, à des enquêtes ou à des promotions, et administrer les concours auxquels vous participez;
- effectuer des recherches et des enquêtes visant à évaluer votre satisfaction à notre égard et à mettre au point les produits et services qui répondront à vos besoins;
- communiquer avec vous par téléphone, par télécopieur et par dispositif de composition et d'annonce automatique, aux numéros que vous nous avez fournis, ou par Internet, par la poste, par courriel et par d'autres moyens.

En ce qui concerne le marketing, vous avez le choix de ne pas nous permettre :

- de vous communiquer à l'occasion, par téléphone, par télécopieur, par Internet, par la poste, par courriel ou par tous ces moyens, des offres qui pourraient vous intéresser;
- de vous contacter dans le cadre de recherches ou d'enquêtes sur la clientèle.

Conversations téléphoniques. Il est possible que vos conversations téléphoniques avec nos représentants soient écoutées ou enregistrées afin d'assurer votre protection et la nôtre, d'améliorer le service à la clientèle et de confirmer nos discussions avec vous.

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Nous vous prions de prendre connaissance de notre Code de protection de la vie privée pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de la présente convention et de nos politiques en matière de respect de la confidentialité. Pour ce faire, consultez le site www.td.com/francais/privée ou communiquez avec nous pour en obtenir un exemplaire.

Vous reconnaissez par la présente que nous pouvons modifier à l'occasion cette convention et notre Code de protection de la vie privée pour tenir compte de changements législatifs ou autres. Nous publierons le Code et la convention révisés à l'adresse Web ci-dessus. Nous pouvons aussi les rendre disponibles dans nos succursales ou autres établissements, ou encore vous les faire parvenir par la poste. Vous reconnaissez et déclarez être liés par de telles modifications.

Si vous souhaitez retirer votre consentement en vertu de l'une ou l'autre des options de retrait prévues par les présentes, vous pouvez communiquer avec nous au numéro suivant 1-888-983-7070. Pour obtenir de plus amples renseignements sur ces options, veuillez prendre connaissance de notre Code de protection de la vie privée.

PROCESSUS DE TRAITEMENT DES PLAINTES – TD, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Grâce au processus de traitement des plaintes, nous vous garantissons que vos problèmes seront abordés de façon uniforme et agréable. Nos représentants s'efforceront de résoudre votre problème.

Communiquez avec le Représentative Service à la clientèle de TD Assurance:

120 Adelaide Street West, 2nd Floor

Toronto (Ontario) M5H 1T1

Téléphone : **1-888-788-0839** (Choisissez l'option « 1 », puis encore l'option « 1 ».)

Courriel : TD.InsuranceLifeAndHealth@td.com

Si votre problème n'est toujours pas réglé, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman de TD Assurance:

120 Adelaide Street West, 3rd Floor

Toronto (Ontario) M5H 1T1

Télécopieur : **416-944-5827**

Si votre problème n'est toujours pas réglé, vous pouvez joindre le Service de conciliation des assurances de personnes du Canada (SCAPC):

1001, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 640

Montréal (Québec) H3A 3C8

Téléphone : **1-800-361-8070**

Télécopieur : **514-845-6173**

Courriel: hnicholson@olhi.ca