



**TD Assurance**  
**Assurance médicale de voyage**  
**Régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus**  
**Certificat d'assurance**

Émis par : TD, Compagnie d'assurance-vie (« TD Vie »), aux termes de la police collective TI002 (la « police collective »), à La Banque Toronto-Dominion (le « titulaire de la police » ou « TD Canada Trust »). Allianz Global Assistance fournit des services d'administration et d'évaluation des demandes dans le cadre de la police collective.

**AVIS IMPORTANT**

**VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE VOYAGER\***

- L'assurance voyage couvre les réclamations liées à des circonstances soudaines et imprévisibles.
- Pour être admissible à cette assurance, *vous* devez remplir les critères d'admissibilité.
- La présente assurance comporte des limites et des exclusions. Exemples : des *troubles médicaux* qui ne sont pas *stables*, la grossesse, la naissance d'un enfant pendant le voyage, les abus d'alcool et les activités comportant des risques élevés.
- Cette assurance peut ne pas couvrir les réclamations relatives à des *maladies préexistantes* et à leurs symptômes. Il est primordial que *vous* compreniez (et cette responsabilité *vous* incombe) comment cela s'applique à *votre* couverture.
- Veuillez communiquer avec *notre administrateur* avant de commencer un *traitement*, faute de quoi *votre* indemnité pourrait être limitée.
- En cas de réclamation, il est possible que *vos* antécédents médicaux fassent l'objet d'un examen.
- Si on *vous* a demandé de remplir un questionnaire médical et que l'une ou l'autre de *vos* réponses sont inexactes ou incomplètes, cela pourrait avoir pour effet de résilier le présent *certificat*.

**IL EST PRIMORDIAL QUE VOUS COMPRENIEZ (ET CETTE RESPONSABILITÉ VOUS INCOMBE) VOTRE COUVERTURE. SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, VEUILLEZ COMPOSER LE 1-800-293-4941.**

\* De l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP)

Ligne d'assistance d'urgence 24 h	Réclamations et service à la clientèle
<p>Si une <i>urgence médicale</i> survient, <i>vous</i> devez communiquer par téléphone avec <i>notre administrateur</i> immédiatement, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Si <i>vous</i> omettez de le faire, les indemnités seront limitées, tel qu'il est décrit à l'article 3, à la rubrique « <i>Restrictions relatives aux urgences médicales</i> ».</p> <p>Certains frais seront couverts seulement si <i>notre administrateur</i> les approuve au préalable.</p> <p><i>Vous</i> pouvez obtenir de l'aide en tout temps en composant l'un des numéros suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• du Canada ou des États-Unis, le <b>1-800-359-6704</b>; ou</li><li>• de n'importe où ailleurs, le <b>416-977-5040</b>, à frais virés.</li></ul>	<p>Pour demander un formulaire de réclamation, pour résilier <i>votre</i> assurance ou pour obtenir des renseignements généraux, appelez <i>notre administrateur</i> du lundi au samedi, de 8 h à 21 h (HE), sans frais au <b>1-800-293-4941</b> ou au <b>416-977-2039</b>.</p>

## Table des matières

<b>Article 1 : Résumé des indemnités relatives au Régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus</b> .....	<b>3</b>
<b>Article 2 : Admissibilité – Qui peut faire une demande d'assurance?</b> .....	<b>3</b>
Critères d'admissibilité.....	3
Cas exigeant un questionnaire médical.....	4
Comment demander la prolongation de <i>notre</i> couverture?.....	4
Comment demander <i>notre</i> prolongation de la couverture si <i>vous</i> êtes couvert par un autre assureur?.....	4
<b>Article 3 : Assurance soins médicaux d'urgence</b> .....	<b>4</b>
Que faire en cas d' <i>urgence médicale</i> ?.....	4
Restrictions relatives aux <i>urgences médicales</i> .....	5
Indemnités pour les <i>urgences médicales</i> .....	5
<b>Article 4 : Restrictions relatives à toutes les indemnités</b> .....	<b>8</b>
Exclusion relative aux <i>maladies préexistantes</i> .....	8
Exclusions relatives aux <i>urgences médicales</i> .....	8
<b>Article 5 : Renseignements généraux sur cette couverture</b> .....	<b>11</b>
Vos obligations à titre de <i>personne assurée</i> .....	11
Période de couverture de l' <i>assurance soins médicaux d'urgence</i> .....	11
Prolongation automatique du <i>certificat</i> en cas d' <i>urgence médicale</i> .....	12
Fin de <i>notre certificat</i> .....	12
Comment joindre <i>notre administrateur</i> ?.....	12
Preuve d'assurance.....	12
<b>Article 6 : Comment présenter une réclamation</b> .....	<b>12</b>
Réclamation pour <i>urgence médicale</i> .....	13
Si <i>vous</i> avez présenté la réclamation immédiatement.....	13
Si <i>vous</i> n'avez pas présenté la réclamation immédiatement.....	13
<b>Article 7 : Primes et résiliation de la couverture</b> .....	<b>14</b>
Primes.....	14
Résiliation de <i>notre</i> régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus.....	14
<b>Article 8 : Conditions générales</b> .....	<b>14</b>
<b>Article 9 : Définitions</b> .....	<b>16</b>
<b>Convention sur la confidentialité</b> .....	<b>20</b>
<b>Processus de traitement des plaintes</b> .....	<b>24</b>

## Article 1 : Résumé des indemnités relatives au Régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus

Pour obtenir des précisions sur ce qui est couvert par la police d'assurance, consultez les articles pertinents du présent *certificat*.

Couverture	Indemnité maximale payable (par <i>personne assurée</i> , par <i>voyage couvert</i> )
Assurance <i>soins médicaux d'urgence</i> et autres indemnités, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indemnité pour <i>hospitalisation</i></li> <li>• Honoraires de <i>médecin</i></li> <li>• Services de diagnostic</li> <li>• Ambulance</li> <li>• Appareils médicaux</li> <li>• Retour d'urgence au domicile</li> </ul>	Jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$
Soins infirmiers privés	Jusqu'à concurrence de 5 000 \$
Honoraires (physiothérapie, chiropratique, etc.)	Jusqu'à concurrence de 300 \$ par profession
Soins dentaires en cas d'accident	Jusqu'à concurrence de 2 000 \$
Indemnité pour le <i>compagnon de chevet</i>	Aller-retour par avion en classe économique et jusqu'à concurrence de 1 500 \$ pour les repas et l'hébergement du <i>compagnon de chevet</i>
Indemnité pour le <i>compagnon de voyage</i>	Aller simple par avion en classe économique
Repas et hébergement	Jusqu'à concurrence de 3 500 \$
Frais d' <i>hôtels</i> accessoires	Jusqu'à concurrence de 500 \$
Rapatriement et accompagnement d'enfants	Aller simple par avion en classe économique et accompagnateur, si la compagnie aérienne l'exige
Rapatriement d'animaux de compagnie	Jusqu'à concurrence de 500 \$
Retour du véhicule	Jusqu'à concurrence de 2 000 \$
Rapatriement de la dépouille	Jusqu'à concurrence de 10 000 \$

## Article 2 : Admissibilité – Qui peut faire une demande d'assurance?

### Critères d'admissibilité

*Vous* pouvez faire une demande de couverture si :

- *vous* êtes âgé d'au moins 55 ans à la *date d'entrée en vigueur* de  *votre* régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus; et
- *vous* être un résident du Canada; et
- *vous* êtes couvert par un *RAMG*; et
- *vous* être un client du Groupe Banque TD ou le *conjoint* ou l'*enfant à charge* d'un client du Groupe Banque TD; et
- *vous* vous trouvez au Canada au moment de  *votre* inscription à la couverture; et
- *vous* avez répondu aux questions d'ordre médical visant à établir si  *vous* êtes admissible à cette couverture; et
- *vous* êtes inscrit à l'assurance au plus tôt 120 jours avant la *date d'entrée en vigueur* de  *votre* assurance séjour prolongé des 55 ans et plus; et
- la durée de  *votre voyage couvert* se situe entre 30 jours et le nombre maximal de jours autorisé aux termes de  *votre RAMG* pour les voyages effectués à l'extérieur du Canada.

## Cas exigeant un questionnaire médical

- Un questionnaire médical est requis dans tous les cas si *vous* souhaitez souscrire au régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus ou faire une demande de prolongation du régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus.

## Comment demander la prolongation de *notre* couverture?

Si *vous* avez déjà une assurance médicale de voyage TD, *vous* pouvez demander une prolongation de la période de couverture en communiquant avec *notre administrateur* par téléphone, si chaque *personne assurée* remplit les critères d'admissibilité applicables énoncés dans le présent article, sauf que :

- il n'est pas nécessaire que *vous* vous trouviez au Canada au moment de souscrire cette prolongation de couverture; et
- *vous* pouvez faire la demande avant ou après *votre* départ en voyage, sous réserve des conditions suivantes :
  - aucune *personne assurée* ne s'est trouvée dans une situation d'*urgence médicale* avant que *vous* ne présentiez votre demande de prolongation; et
  - *vous* demandez la prolongation avant 23 h 59 (HE) à la date à laquelle la couverture initiale se termine; et
  - la durée de *votre voyage couvert* est de un jour à au plus 212 jours, mais ne dépasse pas le nombre maximal de jours autorisé aux termes de *votre RAMG* pour les voyages effectués à l'extérieur du Canada; et
  - *vous* payez la prime requise relative à la prolongation de la couverture.

Toute prolongation doit être approuvée par *notre administrateur*.

## Comment demander *notre* prolongation de la couverture si *vous* êtes couvert par un autre assureur?

Si *vous* avez une assurance voyage auprès d'un autre assureur et que *vous* souhaitez demander *notre* prolongation de la couverture, *vous* pouvez le faire **avant** *votre* départ de *votre* province ou territoire de résidence, si :

- *vous* remplissez les critères d'admissibilité ci-dessus; et
- la durée de *votre voyage couvert* est de un jour à au plus 212 jours, mais ne dépasse pas le nombre maximal de jours autorisé aux termes de *votre RAMG* pour les voyages effectués à l'extérieur du Canada; et
- *vous* payez la prime requise pour la prolongation de la couverture avant *votre* départ.

Les modalités, les conditions et les exclusions de *notre certificat* émis à titre de prolongation de la couverture s'appliquent à *vous*.

## Article 3 : Assurance soins médicaux d'urgence

### Que faire en cas d'*urgence médicale*?

Si une *urgence médicale* survient, *vous* devez communiquer par téléphone avec *notre administrateur* immédiatement, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Si *vous* omettez de le faire, les indemnités seront limitées, tel qu'il est décrit à la rubrique « Restrictions relatives aux *urgences* ». Certains frais seront couverts seulement si *notre administrateur* les approuve au préalable.

*Vous* pouvez obtenir de l'aide en tout temps en composant l'un des numéros suivants :

- du Canada ou des États-Unis, le **1-800-359-6704**, ou
- de n'importe où ailleurs, le **416-977-5040**, à frais virés.

*Notre administrateur* déterminera si une assurance est en vigueur et il *vous* orientera vers l'établissement médical approprié le plus proche. Dans la mesure du possible, *notre administrateur* prendra les dispositions nécessaires pour le paiement direct du fournisseur de services médicaux, et gèrera votre *urgence médicale*, à partir de la déclaration initiale jusqu'à la fin de l'*urgence médicale*.

Si un tel paiement direct est impossible, *vous* pouvez être appelé à payer les services, et à présenter ensuite une réclamation afin de recevoir le remboursement des frais admissibles.

REMARQUE : Tous les paiements et toutes les garanties de paiement sont assujettis aux modalités, aux restrictions et aux exclusions du *certificat*.

## Restrictions relatives aux *urgences médicales*

### 1. Approbation préalable obligatoire pour les *traitements médicaux d'urgence*

Vous devez aviser *notre administrateur* avant de recevoir un *traitement médical d'urgence* pour que nous puissions :

- vérifier la couverture;
- préapprouver le *traitement*.

Si, pour des raisons médicales, il vous est impossible de nous appeler avant de recevoir le *traitement médical d'urgence*, nous vous demandons de le faire dans un délai de 48 heures, ou aussitôt que cela vous est possible, ou encore de demander à une autre personne de le faire pour vous. Sinon, si vous n'appelez pas *notre administrateur* avant de recevoir le *traitement médical d'urgence*, votre indemnité maximale payable sera limitée à 80 % de vos frais médicaux admissibles aux termes de la présente assurance, sous réserve d'un maximum de 30 000 \$.

### 2. Obligation d'être couvert par un *RAMG*

Vous devez être couvert par le *RAMG* de votre province ou territoire de résidence avant de partir en voyage et cette couverture doit être en vigueur pendant toute la durée du *voyage couvert*. Il vous incombe de vérifier que vous bénéficiez de cette couverture. Si vous n'êtes pas couvert par un *RAMG* valide, vous ne disposez d'aucune couverture en vertu du présent *certificat*.

## Indemnités pour les *urgences médicales*

Nous verserons une indemnité pour *urgence médicale* pour des frais admissibles aux termes de l'assurance *soins médicaux d'urgence* si vous vous trouvez dans une situation d'*urgence médicale* pendant la *période de couverture* d'un *voyage couvert*.

### Les frais admissibles aux termes de l'assurance *soins médicaux d'urgence* comprennent ce qui suit :

La couverture des soins médicaux d'urgence pouvant atteindre 5 000 000 \$ par *voyage couvert*. Il n'y a aucune limite globale par année d'application de la police.

<b>Indemnité pour hospitalisation</b>	Tout séjour dans un <i>hôpital</i> ou un établissement médical approprié pour un <i>traitement</i> en tant que malade hospitalisé, dans le cadre de services ambulatoires et de services de soins d'urgence qui a été approuvé au préalable par <i>notre administrateur</i> .
<b>Honoraires de médecin</b>	Les frais facturés par un <i>médecin</i> et nécessaires dans le cadre d'un <i>traitement</i> pour une <i>urgence médicale</i> , et autorisés au préalable par <i>notre administrateur</i> .
<b>Soins infirmiers privés</b>	Jusqu'à 5 000 \$ pour les services fournis et le matériel réputé nécessaire par une infirmière autorisée.
<b>Services de diagnostic</b>	Les frais pour les tests diagnostiques, les tests de laboratoire et les radiographies qui sont prescrits par le <i>médecin</i> traitant, et autorisés au préalable par <i>notre administrateur</i> si les tests comprennent, selon le cas : <ul style="list-style-type: none"><li>• des examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM);</li><li>• des examens tomodensitométriques (examens TDM);</li><li>• des échogrammes;</li><li>• des échographies;</li><li>• des techniques diagnostiques effractives, y compris l'angiographie.</li></ul>
<b>Ambulance</b>	Les frais pour le transport d'urgence dans une ambulance à destination de l' <i>hôpital</i> autorisé le plus proche.
<b>Ambulance aérienne</b>	Les frais pour le transport d'urgence par ambulance aérienne seulement si <i>notre administrateur</i> conclut que votre état physique exclut tout autre moyen de transport et : <ul style="list-style-type: none"><li>• tire cette conclusion avant que le service ne soit fourni; et</li><li>• approuve ce service au préalable; et</li><li>• prend les dispositions nécessaires pour ce service.</li></ul>

<b>Ordonnances</b>	<p>Le remboursement des frais de médicaments sur ordonnance requis pour le <i>traitement</i> d'une <i>urgence médicale</i> pendant l'<i>hospitalisation</i>.</p> <p>REMARQUE : Les médicaments brevetés, exclusifs ou expérimentaux et les vitamines sont exclus.</p>
<b>Honoraires</b>	<p>Jusqu'à concurrence de 300 \$ par profession pour les frais engagés à l'égard d'une <i>urgence médicale</i> couverte nécessitant un <i>traitement</i> de la part d'un physiothérapeute, d'un chiropraticien, d'un podologue, d'un podiatre ou d'un ostéopathe agréé, si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le <i>traitement</i> est nécessaire pour soulager immédiatement un symptôme aigu et un <i>médecin</i> juge qu'il ne peut attendre <i>votre</i> retour dans <i>votre</i> province ou territoire de résidence; et</li> <li>• le <i>traitement</i> est ordonné par un <i>médecin</i> au cours de la durée d'un <i>voyage couvert</i> et fourni par un professionnel agréé qui est désigné aux termes de la présente indemnité.</li> </ul>
<b>Soins dentaires en cas d'accident</b>	<p>Jusqu'à concurrence de 2 000 \$ pour un traitement dentaire qui est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• requis pendant la <i>période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence</i>; et</li> <li>• requis pour un coup porté à des dents naturelles ou des dents artificielles permanentes à la suite d'un accident causant une <i>urgence médicale</i>.</li> </ul>
<b>Traitement d'urgence requis pour soulager la douleur dentaire</b>	<p>Les <i>traitements</i> requis afin de soigner d'urgence un mal de dent sont couverts jusqu'à concurrence de 200 \$.</p>
<b>Appareils médicaux</b>	<p>Les frais liés aux plâtres, béquilles, éclisses, écharpes, attelles, bandages herniaires, bottes de marche médicales et/ou coût de location d'un fauteuil roulant ou d'un déambulateur s'ils sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prescrits par un <i>médecin</i>; et</li> <li>• requis en raison d'une <i>urgence médicale</i>.</li> </ul>
<b>Retour d'urgence au domicile</b>	<p>Les frais engagés pour acheter un billet simple en classe économique ainsi qu'un billet d'avion aller simple supplémentaire en classe économique, s'il le faut pour transporter une civière, selon les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• par suite d'une <i>urgence médicale</i>, <i>notre administrateur</i> juge qu'une <i>personne assurée</i> doit retourner dans sa province ou son territoire de résidence; et</li> <li>• <i>notre administrateur</i> approuve le transport au préalable.</li> </ul>
<b>Indemnité pour le compagnon de chevet</b>	<p>Les frais pour un billet d'avion aller-retour en classe économique à partir de la province ou du territoire de résidence du compagnon de chevet et jusqu'à 150 \$ par jour en frais de repas et de logement, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>vous</i> êtes <i>hospitalisé</i> en raison d'une <i>urgence médicale</i> couverte et devrez vraisemblablement rester à l'<i>hôpital</i> pendant au moins trois (3) jours consécutifs; et</li> <li>• <i>notre administrateur</i> approuve l'indemnité au préalable.</li> </ul>
<b>Indemnité pour le compagnon de voyage</b>	<p>Les frais pour un billet d'avion aller simple en classe économique pour un <i>compagnon de voyage</i> afin qu'il retourne à sa ville de départ, selon les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>vous</i> avez une <i>urgence médicale</i> qui exige la présence d'un <i>compagnon de voyage</i>, qui doit prolonger son séjour après la date de retour prévue; et</li> <li>• <i>notre administrateur</i> approuve le transport au préalable.</li> </ul>

<b>Repas et hébergement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jusqu'à concurrence de 350 \$ par jour, pour un montant maximal de 3 500 \$, à l'égard de ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'hébergement et les repas que <i>vous</i> avez obtenus dans des établissements commerciaux;</li> <li>- les frais liés aux appels téléphoniques et à l'utilisation d'Internet de première nécessité;</li> <li>- les factures de taxi (ou les frais de location d'une voiture en remplacement du taxi);</li> </ul> </li> <li>• si, à l'appréciation d'un <i>médecin</i>, <i>vous</i> ou <i>votre compagnon de voyage</i> êtes transférés afin de recevoir des soins médicaux pour une <i>urgence médicale</i> couverte aux termes de la présente assurance; ou</li> <li>• si <i>vous</i> devez reporter <i>votre</i> date de retour afin de recevoir un <i>traitement médical d'urgence</i>; ou</li> <li>• que <i>votre compagnon de voyage</i> nécessite un <i>traitement médical d'urgence</i> pour tout <i>trouble médical</i> couvert aux termes de la présente assurance.</li> </ul> <p>REMARQUE : Sous réserve de l'autorisation préalable de <i>notre administrateur</i>.</p>
<b>Frais d'hôpitaux accessoires</b>	<p>Jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour, pour un montant maximal de 500 \$, à l'égard de <i>vos</i> frais d'hôpitaux accessoires (appels téléphoniques, location de téléviseur, stationnement) que <i>vous</i> engagez pendant que <i>vous</i> êtes <i>hospitalisé</i> pour au moins 48 heures.</p>
<b>Rapatriement et accompagnement d'enfants</b>	<p>Si des <i>enfants</i> ou des petits-enfants voyagent avec <i>vous</i> ou <i>vous</i> rejoignent au cours de <i>votre voyage couvert</i> et que <i>vous</i> êtes <i>hospitalisé</i> pour plus de 24 heures ou devez retourner dans <i>votre</i> province ou territoire de résidence en raison de <i>votre urgence médicale</i> couverte par la présente assurance, la présente assurance couvre ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le moindre des montants suivants : le coût d'un aller simple sur un vol commercial en classe économique suivant l'itinéraire le plus efficace pour que ces <i>enfants</i> puissent retourner dans leur province ou leur territoire de résidence; ou le coût engagé pour changer la date de retour aux termes d'un billet existant sur un vol commercial; et</li> <li>• le coût d'un aller-retour par avion en classe économique suivant l'itinéraire le plus efficace pour un accompagnateur, si la compagnie aérienne exige que les <i>enfants</i> soient accompagnés.</li> </ul>
<b>Rapatriement d'animaux de compagnie</b>	<p>Le coût d'un aller simple pouvant aller jusqu'à 500 \$ pour rapatrier <i>votre</i> ou <i>vos</i> chiens ou chats domestiques dans <i>votre</i> province ou territoire de résidence si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>votre</i> ou <i>vos</i> chiens ou chats domestiques voyagent avec <i>vous</i> pendant <i>votre voyage couvert</i> et que <i>vous</i> devez retourner dans <i>votre</i> province ou territoire de résidence en raison de <i>votre urgence médicale</i> couverte par la présente assurance; et <i>notre administrateur</i> a approuvé cette indemnité au préalable.</li> </ul>
<b>Retour du véhicule</b>	<p>Maximum de 2 000 \$ pour les frais engagés à l'égard du retour de <i>votre</i> véhicule dans <i>votre</i> province ou territoire de résidence ou de son retour à l'agence de location la plus proche, si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>vous</i> ne pouvez pas rapporter le véhicule vous-même en raison d'une <i>urgence médicale</i>; et</li> <li>• <i>notre administrateur</i> se charge du retour du véhicule.</li> </ul>

## Rapatriement de la dépouille

- Un montant maximal de 10 000 \$ sera payable pour les frais engagés afin de préparer et de transporter  *votre* dépouille de l'endroit où  *vous* êtes décédé jusqu'à  *votre* ville de résidence; ou
- l'enterrement ou l'incinération de  *votre* dépouille à l'endroit où  *vous* êtes décédé; et
- un aller-retour par avion en classe économique si :
  - un  *membre de la famille immédiate* doit aller identifier la dépouille ou recueillir les autorisations nécessaires pour la rapatrier; et
  - *notre administrateur* approuve ce transport au préalable.

REMARQUE : Les frais engagés pour l'achat d'un cercueil ou d'une urne funéraire ne sont pas couverts.

## Article 4 : Restrictions relatives à toutes les indemnités

### Exclusion relative aux *maladies préexistantes*

*Votre* exclusion relative aux  *maladies préexistantes* est déterminée selon les réponses que  *vous* avez données lorsque  *vous* avez rempli  *votre* demande d'assurance et  *votre* questionnaire médical. Pour que  *vous* soyez admissible aux indemnités prévues aux termes du présent  *certificat* ,  *votre*  *maladie préexistante* doit être  *stable* pendant une période donnée avant  *votre*  *date d'entrée en vigueur* . Le tableau suivant indique les exclusions à l'égard des  *maladies préexistantes* et la période de stabilité qui s'appliquent à  *vous* . Veuillez  *vous* reporter à  *votre*  *déclaration de couverture* pour connaître  *votre* catégorie de tarif.

Catégorie de tarif	Exclusion relative aux <i>maladies préexistantes</i> qui s'applique à <i>vous</i> :
Catégorie de tarif A et B	<i> Nous </i> ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à une <i> urgence médicale </i> qui sont engagés directement ou indirectement par suite de <i> votre </i> <i> trouble médical </i> ou d'un trouble connexe (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné pendant la période de <b>90 jours</b> précédant <i> votre </i> départ pour le <i> voyage couvert </i> , <i> votre </i> <i> trouble médical </i> ou un trouble connexe n'était pas <i> stable </i> , autre qu'une <i> affection bénigne </i> .
Catégorie de tarif C, D et E	<i> Nous </i> ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à une <i> urgence médicale </i> qui sont engagés directement ou indirectement par suite de <i> votre </i> <i> trouble médical </i> ou d'un trouble connexe (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné pendant la période de <b>180 jours</b> précédant <i> votre </i> départ pour le <i> voyage couvert </i> , <i> votre </i> <i> trouble médical </i> ou un trouble connexe n'était pas <i> stable </i> , autre qu'une <i> affection bénigne </i> .

### Exclusions relatives aux *urgences médicales*

En plus de l'exclusion décrite ci-dessus à la rubrique «  *Exclusion relative aux maladies préexistantes*  », dans tous les cas, le présent  *certificat*  ne couvre aucun  *traitement* ou service ni aucuns frais de quelque nature que ce soit causés directement ou indirectement par ce qui suit :

#### 1. Naissance d'un enfant durant le *voyage couvert*

*Nous* ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à la naissance de  *votre* enfant durant le  *voyage couvert* .

#### 2. Abus d'alcool, de drogues ou de substances enivrantes

*Nous* ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à ce qui suit :

- les  *troubles médicaux* , notamment les symptômes de sevrage, découlant de  *votre* consommation chronique d'alcool, de drogues ou de substances enivrantes, ou liés de quelque manière que ce soit à celle-ci, avant ou pendant  *votre*  *voyage couvert* ;
- les  *troubles médicaux* survenant pendant  *votre*  *voyage couvert* en raison d'un abus d'alcool, de drogues ou d'autres substances enivrantes ou liés de quelque manière que ce soit à un tel abus.



### 3. Réclamations relatives à des complications liées à une grossesse ou un accouchement

Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à ce qui suit :

- soins prénataux ou postnataux courants;
- grossesse, accouchement ou complications liées à l'un ou l'autre survenant neuf (9) semaines avant la date prévue de l'accouchement ou à tout moment après l'accouchement.

### 4. Refus de transfert vers un établissement approprié en vue d'obtenir un *traitement*

Après avoir consulté  *votre médecin traitant*, nous nous réservons le droit de  *vous* faire transférer à un établissement de santé approprié de  *votre* province ou territoire de résidence afin d'obtenir des  *traitements* supplémentaires. 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 engagés après la date de transfert prévue.

### 5. Activités dangereuses

Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à un accident qui survient pendant que  *vous* participez à toute activité ou activité sportive non traditionnelle comportant un niveau de risque élevé, notamment ce qui suit :

- le paravoile, le deltaplane et le parapente;
- le parachutisme et la chute libre;
- le saut en bungee;
- l'alpinisme;
- la spéléologie;
- la plongée en scaphandre autonome amateur, à moins que  *vous* ne déteniez au minimum un titre élémentaire de plongeur autonome, conféré par une école agréée;
- les activités aériennes dans un aéronef autre qu'un aéronef de passagers pour lequel un certificat de navigabilité valide a été délivré.

### 6. Acte illégal

Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à tout acte illégal ou de toute infraction criminelle que  *vous* commettez ou tentez de commettre, y compris la conduite d'un véhicule avec facultés affaiblies ou au-delà de la limite de vitesse autorisée.

### 7. Preuve d'assurabilité insatisfaisante

Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à  *votre* incapacité de fournir une preuve d'assurabilité complète et exacte, tel qu'il est décrit à la rubrique « Vos obligations à titre de  *personne assurée* », de l'article 5.

### 8. Automutilation volontaire

Nous ne rembourserons aucuns frais ni ne verserons d'indemnités à l'égard de toute automutilation volontaire, tout suicide ou toute tentative de suicide (que la  *personne assurée* soit ou non consciente du résultat de ses actions), quel que soit l'état d'esprit de la  *personne assurée*.

### 9. Urgence médicale en dehors de la *période de couverture*

Nous ne verserons aucune indemnité liée à une  *urgence médicale* qui survient en dehors de la  *période de couverture*.

Par exemple, aucune indemnité ne sera versée à l'égard d'une  *urgence médicale* qui survient après 23 h 59 (HE) le dernier jour de la  *période de couverture*, si aucune couverture prolongée n'a été achetée.

REMARQUE : Le jour du départ compte comme une journée complète à cet égard.

### 10. Troubles mentaux

Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à tout trouble mental, nerveux ou affectif, y compris toute  *urgence médicale* découlant de ces troubles.

### 11. Fausse déclaration

Le présent  *certificat* est émis sur la base des renseignements fournis dans  *votre* demande (notamment les réponses du questionnaire médical). Les réponses que  *vous* fournissez au moment de remplir la demande et de répondre aux questions d'ordre médical doivent être complètes et exactes. En cas de réclamation, nous examinerons vos antécédents médicaux. Si l'une ou l'autre de vos réponses s'avère incomplète ou inexacte :

- *votre* couverture sera nulle et sans effet;
- aucune indemnité ne  *vous* sera versée relativement à  *votre* réclamation;
- nous  *vous* rembourserons la prime.

### 12. Non observance du *traitement* médical prescrit

Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à tout  *trouble médical* résultant de  *votre* non observance du  *traitement* médical qui  *vous* a été prescrit, y compris l'omission de prendre médicaments prescrits.

### 13. Services non urgents

Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés aux *traitements* non urgents, expérimentaux ou facultatifs (p. ex., chirurgie esthétique, soins pour maladies chroniques, réadaptation, notamment toute complication qui y serait reliée directement ou indirectement).

### 14. Approbation préalable obligatoire pour la poursuite d'un *traitement médical d'urgence* (examens, *traitement* et chirurgie)

Après le début de  *votre traitement médical d'urgence*, *notre administrateur* doit évaluer et approuver tout *traitement* médical supplémentaire. Si *vous* subissez des examens médicaux, recevez un *traitement* ou subissez une chirurgie sans obtenir notre approbation préalable, les frais engagés ne *vous* seront pas remboursés et nous ne verserons aucune indemnité en vertu du présent *certificat*. Cela comprend les examens et les chirurgies effractifs (p. ex., cathétérisme cardiaque ou autres interventions visant le système cardiaque, transplantations et IRM).

### 15. Versement d'une indemnité interdite en vertu de la loi canadienne

Nous ne verserons aucune indemnité si cela est interdit par la loi canadienne, ou si le Canada a conclu un traité ou convenu d'imposer une sanction à l'égard de tels versements.

### 16. Sports professionnels ou épreuve de course

Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à  *votre* participation à un sport professionnel, de même qu'à une course ou à une épreuve de vitesse organisée.

### 17. Récurrence ou poursuite du *traitement* après la fin de l'*urgence médicale*

Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à la poursuite du *traitement*, ou à la récurrence ou à une complication du *trouble médical* ou d'un trouble connexe survenant après un *traitement médical d'urgence* pendant  *votre* voyage si *notre administrateur* juge que  *votre urgence médicale* est terminée.

### 18. Avis aux voyageurs

Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liées à  *votre urgence médicale* ou à un trouble médical connexe si la cause de  *votre urgence médicale* ou trouble médical connexe est liée de quelque manière que ce soit à un avertissement formel écrit d'« Éviter tout voyage non essentiel » ou d'« Éviter tout voyage » émis par le Gouvernement du Canada avant  *votre date d'entrée en vigueur*, conseillant aux Canadiens de ne pas se rendre dans le pays, la région ou la ville de  *votre* voyage.

### 19. Voyage contre l'avis du médecin

Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à un *trouble médical* engagés après la réception de  *votre* part d'un avis de  *votre médecin* *vous* conseillant de ne pas voyager.

### 20. Voyager quand *vous* avez des motifs de croire que *vous* pourriez avoir besoin d'un *traitement*

Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à :

- tout *trouble médical* ou trouble connexe si le but de  *votre* voyage est d'obtenir ou de recevoir un diagnostic, un *traitement* médical, de subir une chirurgie ou des examens, de recevoir des soins palliatifs, de suivre une thérapie non conventionnelle ainsi que tout traitement de complications liées directement ou indirectement à tout ce qui précède;
- tout *trouble médical* pour lequel *vous* auriez dû savoir, avant  *votre* départ pour un  *voyage couvert*, que *vous* alliez devoir recevoir un *traitement* ou être *hospitalisé* pendant  *votre* voyage;
- tout symptôme évident à l'égard duquel nous pouvons raisonnablement nous attendre à ce que *vous* consultiez un professionnel de la santé au cours des trois mois précédant  *votre* départ pour un  *voyage couvert*.

### 21. Guerre

Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à un *trouble médical* engagés par suite de ce qui suit :

- un acte de guerre, qu'elle soit déclarée ou non;
- une action hostile ou ressemblant à une guerre en temps de paix ou de guerre;
- une insurrection;
- une émeute, un désordre civil ou une guerre civile;
- une rébellion;
- une révolution;
- un détournement.

## Article 5 : Renseignements généraux sur cette couverture

### Vos obligations à titre de *personne assurée*

#### 1. Toute omission de déclarer des renseignements a des répercussions sur vos indemnités

Nous pouvons résilier le présent *certificat* et nous ne verserons aucune indemnité si une personne qui demande à souscrire une assurance et qui remplit un questionnaire médical dans le cadre de la *demande* :

- omet de déclarer tout *trouble médical*, tout médicament qu'elle prend ou qui lui a été prescrit ou toute période d'*hospitalisation* en réponse aux questions d'ordre médical; ou
- omet de répondre de façon complète et exacte aux questions d'ordre médical.

Nous pouvons résilier le présent *certificat* et toute couverture d'assurance aux termes des présentes même si :

- l'information non déclarée ou les fausses déclarations ont trait uniquement au montant de la prime qui aurait dû être payée; ou
- l'information non déclarée ou les fausses déclarations ne concernent pas l'objet de la réclamation.

REMARQUE : Nous pouvons vérifier les réponses fournies aux questions d'ordre médical dans la *demande* en tout temps, y compris au moment de la réclamation.

#### 2. Vous devez nous informer de tout changement dans votre état de santé

Si une *personne assurée* doit remplir un questionnaire médical, elle doit communiquer avec *notre administrateur* si son *trouble médical* change et/ou n'est pas *stable* entre la date de son adhésion et la date de son départ. Si vous ne savez pas si vous devez nous informer du changement dans votre état de santé, veuillez communiquer avec *notre administrateur* pour obtenir de l'aide.

Nous pouvons **résilier** le présent *certificat* et nous ne verserons aucune indemnité aux termes de celui-ci, si la *personne assurée* omet de communiquer avec *notre administrateur* de la manière exigée.

#### 3. Modification ou résiliation de la couverture en raison d'un changement dans le *trouble médical*

Lorsqu'une preuve médicale est requise, *notre* décision d'assurer une personne et les raisons qui la motivent dépendent de l'état de santé de la *personne assurée* à la date de son départ pour le *voyage couvert*. Par conséquent, si le *trouble médical* de la *personne assurée* change et/ou n'est pas *stable*, tel qu'il est décrit ci-dessus à la rubrique « Vous devez nous informer de tout changement dans votre état de santé », avant que le *voyage couvert* ne commence, nous pouvons :

- résilier l'assurance de la *personne assurée* pour ce *voyage couvert*; ou
- exiger une prime plus élevée de la *personne assurée* pour le *voyage couvert*.

Si vous n'avez pas payé la prime supplémentaire à la date du départ de la *personne assurée*, nous résilierons l'assurance de la *personne assurée* pour le *voyage couvert*. Si nous résilions l'assurance aux termes de la présente clause, nous rembourserons toute prime qui a été payée pour la couverture résiliée.

### Période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence

La *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence* prend effet à la plus tardive des dates suivantes :

- votre date d'entrée en vigueur, indiquée sur votre *demande* ou dans la plus récente *déclaration de couverture*; ou
- votre date de départ réelle pour le *voyage couvert*;

et prend fin à l'une des dates suivantes, selon la première éventualité :

- votre date d'expiration prévue indiquée dans la *demande* ou la plus récente *déclaration de couverture*;
- votre date de retour réelle;
- la date de fin du présent *certificat*.

La *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence*, dans le cadre du régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus, ne prend pas fin si vous retournez temporairement dans votre province ou territoire de résidence avant la date à laquelle ce régime prend fin, tel qu'il est décrit ci-après à la rubrique « Fin de votre *certificat* », pourvu que les conditions suivantes soient respectées :

- vous n'avez subi aucun sinistre ni présenté aucune réclamation aux termes du présent *certificat* et n'avez pas eu besoin de *soins médicaux d'urgence* au cours du *voyage couvert* ou durant votre séjour de retour dans votre province ou territoire de résidence; et
- aucun changement n'est survenu dans vos *maladies préexistantes* au cours du *voyage couvert* ou durant votre séjour de retour temporaire dans votre province ou territoire de résidence; et
- votre *trouble médical* n'a pas changé durant votre séjour de retour temporaire dans votre province ou territoire de résidence; et
- vous êtes apte à poursuivre votre *voyage couvert*.

## **Prolongation automatique du *certificat* en cas d'*urgence médicale***

Si *vous* nécessitez des *soins médicaux d'urgence* à la date à laquelle est censée prendre fin la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence* pour toute autre raison que la résiliation du *certificat*, cette période est automatiquement prolongée de 72 heures immédiatement après la fin de l'*urgence médicale* en question.

## **Fin de votre *certificat***

Votre *certificat* prendra fin à l'une des dates suivantes, selon la première éventualité :

- la date de retour prévue indiquée dans  *votre demande* ou, le cas échéant, dans la plus récente *déclaration de couverture*;
- la date à laquelle *vous* retournez à  *votre province* ou territoire de résidence après le  *voyage couvert*;
- la date à laquelle *vous* cessez d'être admissible à la couverture;
- la date à laquelle  *votre* assurance est résiliée en raison d'un changement du  *trouble médical* avant le départ pour le  *voyage couvert*;
- la date d'entrée en vigueur de  *votre* demande de résiliation à l'égard de  *votre certificat*.

## **Comment joindre *notre administrateur*?**

### **1) Ligne d'assistance d'urgence 24 h**

Pour déclarer une *urgence médicale*, *vous* pouvez appeler *notre administrateur* tous les jours de la semaine, à toute heure :

- des États-Unis ou du Canada, au **1-800-359-6704**;
- de n'importe où ailleurs, au **416-977-5040** à frais virés.

*Vous* pouvez également composer ce numéro pour demander une prolongation de la couverture dans le cadre d'un  *voyage couvert*.

### **2) Service à la clientèle**

Pour demander un formulaire de réclamation, pour résilier  *votre* assurance ou pour obtenir des renseignements généraux, *vous* pouvez appeler *notre administrateur* du lundi au samedi, de 8 h à 21 h (HE), sans frais au **1-800-293-4941** ou au **416-977-2039**, ou *vous* pouvez envoyer  *votre* demande à :

Objet : TD Assurance – Assurance médicale de voyage  
Allianz Global Assistance  
P.O. Box 277  
Waterloo (Ontario) N2J 4A4  
Numéro de télécopieur : 519-742-9471

## **Preuve d'assurance**

Votre preuve d'assurance est le document intitulé *Déclaration de couverture* que *vous* recevez lorsque *vous* remplissez  *votre* demande de couverture. Si *vous* ne recevez pas  *votre* preuve d'assurance avant  *votre* départ pour le  *voyage couvert*, *vous* devez communiquer immédiatement avec *notre administrateur*.

*Vous* serez couvert une fois que *vous* aurez suivi toutes les étapes suivantes :

- rempli les critères d'admissibilité pour pouvoir obtenir une assurance figurant à l'article 2;
- soumis une demande d'assurance;
- s'il y a lieu, *nous* avoir fourni une preuve d'assurabilité complète et exacte. Veuillez *vous* reporter à la rubrique « Cas exigeant un questionnaire médical » de l'article 2 ainsi qu'à la rubrique « Vos obligations à titre de  *personne assurée* » ci-dessus; et
- payé la prime requise au moment de  *votre* inscription.

Une fois que *vous* aurez suivi ces étapes, *vous* recevrez  *votre* preuve d'assurance.

## **Article 6 : Comment présenter une réclamation**

**REMARQUE IMPORTANTE :** *Vous* devez soumettre  *votre* formulaire de réclamation et les documents justificatifs à l'appui de la réclamation à *notre administrateur* le plus rapidement possible, et au plus tard un (1) an après la date de l'événement.

## **Réclamation pour *urgence médicale***

**Toute *urgence médicale* doit être immédiatement déclarée**, tel qu'il est décrit à la rubrique « *Que faire en cas d'urgence médicale?* », à l'article 3.

Si *vous* souhaitez présenter une réclamation relativement à une *urgence médicale*, conformément aux exigences énumérées à l'article 8, « Conditions générales », à la rubrique « Preuve de sinistre et déclaration en temps opportun », *nous* aurons besoin de pièces justificatives venant en appui à la réclamation, notamment les documents suivants :

- une preuve de paiement de *votre* part ou d'un autre régime d'assurance;
- les reçus détaillés originaux pour l'ensemble des factures;
- une preuve de voyage (y compris les dates de départ et de retour);
- le dossier médical, y compris le diagnostic complet réalisé par le *médecin* traitant ou les documents fournis par l'*hôpital* qui doivent établir que le *traitement* était nécessaire du point de vue médical;
- des preuves de l'accident si *vous* présentez une réclamation qui vise des frais de soins dentaires découlant d'une *urgence médicale*;
- *votre* dossier médical historique (si *nous* le jugeons pertinent).

### **Si *vous* présentez la réclamation immédiatement**

Si *notre administrateur* garantit ou paie des frais admissibles en *votre* nom, alors *vous* devez signer un formulaire d'autorisation permettant à *notre administrateur* de recouvrer ces sommes.

- auprès de *votre* RAMG; et
- auprès de tout autre régime d'assurance maladie ou de toute autre police d'assurance; et
- au moyen de droits que *vous* pouvez avoir contre tout autre assureur ou toute tierce partie responsable (veuillez *vous* reporter à l'article 8, « Conditions générales », à la rubrique « Subrogation »).

Si *notre administrateur* a payé un montant pour des frais admissibles qui sont couverts aux termes d'un autre régime ou d'une autre assurance, *vous* devez aider *notre administrateur* à obtenir le remboursement de ce montant, au besoin.

En outre, *vous* devez fournir une preuve indiquant la date réelle de *votre* départ de *votre* province ou territoire de résidence. Sur demande, *vous* devez également confirmer les dates de tout voyage de retour dans *votre* province ou territoire de résidence.

REMARQUE : Si *notre administrateur* paie des frais par anticipation qui ne sont pas couverts aux termes du présent *certificat*, *vous* devez *nous* les rembourser.

### **Si *vous* ne présentez pas la réclamation immédiatement**

Si une *urgence médicale* survient, *vous* devez communiquer par téléphone avec *notre administrateur* immédiatement, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Si *vous* omettez de le faire, les indemnités seront limitées, tel qu'il est décrit à l'article 3, à la rubrique « Restrictions relatives aux *urgences médicales* ». Si, sans avoir communiqué d'abord avec *notre administrateur* pour obtenir son aide et ses services de gestion des réclamations, *vous* engagez des frais admissibles aux termes de l'*assurance soins médicaux d'urgence*, *vous* devez d'abord présenter les reçus et les autres preuves :

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

Les frais admissibles d'*urgence médicale* non couverts par un RAMG ou un autre régime ou une autre assurance devront être réclamés à *notre administrateur* avec les preuves de ce qui suit :

- le sinistre, les reçus et les relevés de paiement;
- la date réelle à laquelle *vous* avez quitté *votre* province ou territoire de résidence (cette preuve peut notamment comprendre l'itinéraire de vol, des reçus d'essence ou des reçus de péage).

Veuillez *vous* reporter à l'article 5, « Comment joindre *notre administrateur?* », pour savoir comment obtenir un formulaire de réclamation.

## Article 7 : Primes et résiliation de la couverture

### Primes

Vos primes seront établies d'après :

- votre âge à la *date d'entrée en vigueur* de votre *certificat*; et
- les renseignements de nature médicale fournis au moment de votre demande; et
- notre tarification en vigueur au moment de votre demande; et
- la durée de votre voyage couvert;

### Résiliation de votre régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus

Si vous résiliez votre assurance, vos primes pourraient vous être remboursées comme suit :

- en cas de résiliation avant la *date d'entrée en vigueur* inscrite sur votre demande ou votre déclaration de couverture, vous recevrez un remboursement complet;
- en cas de résiliation après la *date d'entrée en vigueur*, si aucune réclamation n'a été ouverte, vous recevrez un remboursement proportionnel moins des frais d'administration de 15 \$.

Toute demande de résiliation d'un régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus doit être faite auprès de notre administrateur, par écrit ou par téléphone (veuillez vous reporter à l'article 5, « Comment joindre notre administrateur? »). Dans le tableau qui suit, il est expliqué comment et quand le régime d'assurance peut être résilié.

- **par téléphone** – la résiliation prend effet à la date de votre appel; ou
- **au moyen d'une demande écrite, envoyée par la poste** – la résiliation prend effet à la date d'oblitération postale de votre demande.

Quand vous pouvez résilier le régime	Remboursement de la prime/Frais
Avant la <i>date d'entrée en vigueur</i> figurant sur votre demande ou votre déclaration de couverture.	Remboursement intégral
Après la <i>date d'entrée en vigueur</i> figurant dans votre demande ou votre déclaration de couverture et <u>aucune réclamation</u> n'a été présentée.	Remboursement proportionnel moins des frais d'administration de 15 \$.

## Article 8 : Conditions générales

Sauf disposition expresse contraire dans le présent *certificat* ou dans la *police collective*, les conditions suivantes s'appliquent à votre couverture.

### Accès aux soins médicaux

TD Vie, Groupe Banque TD, notre administrateur 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 votre impossibilité d'obtenir un *traitement* médical.

### Versement des indemnités

Le présent *certificat* renferme des dispositions qui suppriment ou restreignent le droit de la *personne assurée* de désigner des personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles des sommes d'assurance doivent être versées. Autrement dit, aux termes de la *police collective*, vous ne pouvez désigner un bénéficiaire qui recevra une indemnité aux termes du présent *certificat*. Les indemnités sont payables à vous ou à votre fournisseur de soins médicaux en votre nom.

## Coordination des indemnités avec d'autres assureurs

- Comme toutes *nos* polices sont complémentaires, les autres sources de remboursement que *vous* avez *vous* rembourseront en premier lieu, et la présente police d'assurance *vous* remboursera en dernier lieu. Les indemnités payables aux termes de l'ensemble de *vos* polices d'assurance, y compris le présent *certificat*, ne peuvent pas être supérieures aux dépenses réelles associées à une réclamation. Si une *personne assurée* est également couverte par un autre certificat d'assurance ou par une autre police, *nous* coordonnerons le versement d'indemnités avec l'assureur qui a fourni l'autre assurance.
- *Nous* ne tenterons en aucun cas de récupérer de sommes auprès des régimes liés à l'emploi si le plafond viager de l'ensemble des indemnités pouvant être versées au pays et à l'étranger est de 50 000 \$ ou moins. Si le plafond viager de l'ensemble des indemnités pouvant être versées au pays et à l'étranger est de plus de 50 000 \$, *nous* coordonnerons uniquement le paiement d'indemnités qui sont supérieures à ce seuil.

## Devise

Tous les montants indiqués sont en dollars canadiens.

## Police collective

Toutes les indemnités prévues par le présent *certificat* sont régies en tous points par les dispositions de la *police collective*, et celle-ci constitue, à elle seule, la convention aux termes de laquelle les indemnités sont payables. Les principales dispositions de la *police collective* se rapportant à *vous* sont résumées dans le présent *certificat*. La *police collective* est conservée en dossier au bureau du titulaire de la police, et *vous* pouvez en demander une copie.

## Délai de prescription applicable aux poursuites judiciaires

Toute action ou procédure intentée contre un assureur pour recouvrer des montants d'assurance payables aux termes du contrat est absolument interdite, sauf si elle est entamée dans les délais indiqués dans la loi intitulée *Insurance Act* (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), dans la *Loi sur les assurances* (pour les actions ou procédures régies par les lois du Manitoba), dans la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour les poursuites ou procédures régies par les lois de l'Ontario) ou dans toute autre loi applicable. Pour les actions en justice ou procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le *Code civil du Québec*.

## Fausse déclaration relatives à des faits sans lien avec vos renseignements médicaux

*Nous* ne verserons pas de frais ni d'indemnités si *vous*, ou toute autre personne assurée en vertu du présent *certificat* ou toute personne agissant en *votre* nom tente de *nous* tromper ou fait une réclamation frauduleuse, fausse ou exagérée.

## Preuve de sinistre et déclaration en temps opportun

Si *vous* faites une réclamation, *vous* devez remplir les formulaires de déclaration appropriés et les envoyer à *notre administrateur* avec une preuve de sinistre écrite (p. ex., originaux des factures et des billets, certificat médical et/ou de décès, tel qu'il est précisé à l'article 6 Comment présenter une réclamation) le plus rapidement possible. Dans tous les cas, *vous* devez envoyer *votre* formulaire de réclamation dans un délai de un (1) an à compter de la date à laquelle le sinistre se produit ou de la date à laquelle une réclamation prend naissance.

## Liens entre nous et le titulaire de la police collective

TD, Compagnie d'assurance-vie est une société affiliée de La Banque Toronto-Dominion (« la TD »).

## Vérification et examen médical

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

## Subrogation

Il peut arriver qu'une autre personne ou entité aurait dû *vous* payer pour un sinistre, mais que *nous* l'avons fait. Le cas échéant, *vous* consentez à collaborer avec *nous* afin de *nous* permettre d'exiger le paiement de la personne ou de l'entité qui aurait dû *vous* payer pour le sinistre. Il peut s'agir, entre autres, de faire ce qui suit :

- *nous* transférer la dette ou l'obligation que la personne ou l'entité a envers *vous*;
- *nous* permettre d'intenter une poursuite en *votre* nom;
- si *vous* recevez les fonds de l'autre personne ou entité, détenir ces fonds en fiducie pour *nous*; ou
- agir de façon à ne pas porter atteinte à *nos* droits de recouvrer le paiement de l'autre personne ou entité.

*Nous* paierons les frais relatifs aux mesures que *nous* prendrons.

## Article 9 : Définitions

Dans le présent *certificat*, les termes et les expressions en italique qui suivent ont le sens qui leur est donné ci-après. Pendant que *vous* lisez le *certificat*, il *vous* faudra peut-être *vous* reporter au présent article pour *vous* assurer que *vous* comprenez bien *votre* couverture, les restrictions et les exclusions.

<b>administrateur</b>	S'entend de l'entreprise que <i>nous</i> sélectionnons pour fournir l'aide en cas d'urgence médicale ou de réclamation, effectuer le paiement des indemnités et offrir les services administratifs et d'évaluation dans le cadre de la <i>police collective</i> .
<b>affection bénigne</b>	S'entend d'une blessure ou d'une maladie qui ne requiert pas : <ul style="list-style-type: none"><li>• la prise de médicaments pendant plus de 15 jours; ou</li><li>• plus d'une (1) visite de suivi auprès d'un <i>médecin</i> ni une <i>hospitalisation</i>, une intervention chirurgicale ou le renvoi à un spécialiste; et</li><li>• qui prend fin au moins quatorze (14) jours consécutifs avant la date de départ du voyage.</li></ul> REMARQUE : Une maladie chronique ou les complications découlant d'une maladie chronique ne sont pas considérées comme des <i>affections bénignes</i> .
<b>certificat</b>	S'entend du présent certificat d'assurance.
<b>compagnon de chevet</b>	S'entend de la personne que <i>vous</i> choisissez pour être présente avec <i>vous</i> dans <i>votre</i> chambre lorsque <i>vous</i> êtes <i>hospitalisé</i> pendant <i>votre</i> voyage.
<b>compagnon de voyage</b>	S'entend de toute personne qui voyage avec <i>vous</i> pendant le <i>voyage couvert</i> et qui partage le transport et/ou l'hébergement avec <i>vous</i> (jusqu'à un maximum de trois personnes, incluant <i>vous-même</i> ).
<b>conjoint</b>	S'entend : <ul style="list-style-type: none"><li>• de la personne à qui <i>vous</i> êtes légalement marié(e); ou</li><li>• de la personne avec qui <i>vous</i> vivez depuis au moins un (1) an et qui est reconnue publiquement comme <i>votre</i> conjoint de fait.</li></ul>
<b>date d'entrée en vigueur</b>	S'entend de la date à laquelle <i>votre certificat</i> entre en vigueur et correspond à la date du départ précisée dans <i>votre demande</i> ou <i>votre</i> dernière <i>déclaration de couverture</i> .
<b>déclaration de couverture</b>	S'entend du document que <i>vous</i> recevez lorsque <i>vous</i> présentez une demande afin d'obtenir une nouvelle couverture ou une couverture supplémentaire aux termes de la <i>police collective</i> , qui inclut <i>votre</i> numéro de <i>certificat</i> et confirme la couverture que <i>vous</i> avez souscrite.
<b>demande</b>	S'entend de la série de questions qui fait partie de <i>votre</i> demande et est remise : <ul style="list-style-type: none"><li>• en <i>votre</i> nom lorsque <i>vous</i> présentez une demande d'assurance par téléphone; ou</li><li>• lorsque <i>vous</i> présentez une demande en ligne;</li><li>• et de la série de questions d'ordre médical qui fait partie de <i>votre demande</i> dans le cas d'une souscription en ligne ou par téléphone ainsi que des réponses que <i>vous</i> avez données à ces questions.</li></ul> La <i>demande</i> qui sert à établir <i>votre</i> admissibilité au régime d'assurance comprend également toute question posée et toute réponse donnée relativement à une demande de prolongation d'une <i>période de couverture</i> . La <i>demande</i> fait partie de <i>votre</i> contrat d'assurance et est utilisée aux fins de traitement de <i>votre</i> demande d'assurance.



<b>enfant(s)</b>	<p>S'entend de vos enfants ou petits-enfants naturels, adoptés ou issus d'une union antérieure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• qui ne sont pas mariés;</li> <li>• dont vous assurez entièrement la subsistance, et qui sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>- âgés de moins de 22 ans,</li> <li>- ou âgés de moins de 26 ans qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement supérieur au Canada,</li> <li>- ou qui sont atteints d'une déficience mentale ou physique.</li> </ul> </li> </ul> <p>REMARQUE : Un enfant qui naît pendant que sa mère effectue un <i>voyage couvert</i> à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence n'est pas considéré comme un <i>enfant à charge</i> et ne sera pas assuré dans le cadre de ce voyage.</p>
<b>frais raisonnables et d'usage</b>	S'entend des frais engagés relativement à des biens et services qui sont comparables aux frais exigés par d'autres fournisseurs dans la même région pour des biens et services similaires.
<b>hôpital</b>	<p>S'entend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'un établissement habilité par les autorités compétentes à titre d'hôpital agréé à offrir des soins et des traitements aux malades hospitalisés ainsi que des services ambulatoires. Le <i>traitement</i> doit être supervisé par des <i>médecins</i> et des infirmières autorisées doivent être en poste jour et nuit. L'établissement doit également disposer d'un laboratoire et d'une salle d'opération sur place ou dans des installations sous son contrôle.</li> <li>• Un hôpital n'est pas un établissement servant principalement de clinique, de centre de soins prolongés ou palliatifs, de centre de réadaptation, de centre de traitement des toxicomanes, de maison de convalescence, de repos ou de soins infirmiers, de centre d'accueil ni de station thermale.</li> </ul>
<b>hospitalisé(e) ou hospitalisation</b>	S'entend d'une personne admise dans un <i>hôpital</i> en tant que malade hospitalisé.
<b>maladie préexistante</b>	S'entend de tout <i>trouble médical</i> qui existe avant <i>votre date d'entrée en vigueur</i> .
<b>médecin</b>	S'entend d'un médecin habilité à prescrire et à administrer un <i>traitement</i> médical à l'endroit où il fournit les services médicaux et qui est une autre personne que vous ou qu'un membre de <i>votre famille immédiate</i> ou que <i>votre compagnon de voyage</i> .
<b>membre de la famille immédiate</b>	<p>S'entend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de <i>votre conjoint</i>, de vos beaux-parents, de vos grands-parents, de vos enfants naturels ou adoptés, de vos enfants issus d'une union antérieure ou d'enfants en tutelle légale, de vos petits-enfants;</li> <li>• de vos frères, de vos sœurs, de vos demi-frères, de vos demi-sœurs, de vos tantes, de vos oncles, de vos nièces et de vos neveux; et</li> <li>• de <i>votre belle-mère</i>, de <i>votre beau-père</i>, de vos beaux-frères, de vos belles-sœurs, de vos gendres, de vos brus; et</li> <li>• des grands-parents, beaux-frères et belles-sœurs du <i>conjoint</i> de la <i>personne assurée</i>.</li> </ul>
<b>nous, nos et notre</b>	S'entendent de TD, Compagnie d'assurance-vie
<b>période de couverture</b>	S'entend de la période s'échelonnant entre la <i>date d'entrée en vigueur</i> de <i>votre certificat</i> et la date de retour indiquée dans <i>votre demande</i> ou <i>votre dernière déclaration de couverture</i> . Advenant une <i>urgence médicale</i> , <i>votre période de couverture</i> sera prolongée jusqu'à 72 heures après la fin de l' <i>urgence médicale</i> .

<b>personne assurée</b>	S'entend d'une personne : <ul style="list-style-type: none"> <li>• qui est admissible à l'assurance offerte aux termes du présent <i>certificat</i>, et</li> <li>• pour laquelle la prime requise a été payée; et</li> <li>• pour laquelle une assurance a été émise en conformité avec le <i>certificat</i>.</li> </ul>
<b>police collective</b>	S'entend de la police collective T1002 émise par <i>nous</i> pour La Banque Toronto-Dominion.
<b>RAMG (régime d'assurance-maladie gouvernemental)</b>	S'entend d'un régime d'assurance-maladie gouvernemental d'une province ou d'un territoire au Canada.
<b>résident du Canada et/ou résident canadien</b>	S'entend de toute personne : <ul style="list-style-type: none"> <li>• qui a vécu au Canada au moins 183 jours au total (pas nécessairement consécutifs) au cours de l'année précédente; ou</li> <li>• qui est membre des Forces canadiennes.</li> </ul>
<b>stable</b>	Signifie que, pour tout <i>trouble médical</i> ou trouble connexe, sauf une <i>affection bénigne</i> , il n'y a pas eu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• de nouveaux symptômes ni de symptômes plus fréquents ou plus sévères; ni</li> <li>• de nouveaux tests montrant une détérioration; ni</li> <li>• d'hospitalisations; ni</li> <li>• de nouveau <i>traitement</i> ni de nouvelle prise en charge médicale ni de prescription de nouveaux médicaments; ni</li> <li>• de changement dans le <i>traitement</i> ni de changement dans la prise en charge médicale ni de changement dans la prescription de nouveaux médicaments; ni</li> <li>• de chirurgie en attente, de renvoi à un spécialiste ni aucun autre <i>traitement</i>.</li> </ul> <p>REMARQUE : Les exceptions suivantes sont considérées comme <i>stables</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'ajustement de routine de Coumadin, de warfarine ou d'insuline (du moment qu'ils ne fassent pas l'objet d'une nouvelle prescription ou que leur administration ne soit pas cessée) et il n'y a pas eu de changement dans <i> votre trouble médical</i>, ou</li> <li>• tout changement d'un médicament de marque pour un médicament générique dont les doses sont les mêmes.</li> </ul>
<b>titulaire du certificat</b>	S'entend du client du Groupe Banque TD dont la demande de souscription au régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus de TD a été acceptée.
<b>traitement ou traité</b>	S'entend d'un acte médical prescrit, effectué ou recommandé par un <i>médecin</i> ou un autre professionnel de la santé autorisé pour un <i>trouble médical</i> . Le traitement comprend notamment les médicaments prescrits, les examens et les interventions chirurgicales.
<b>trouble médical</b>	S'entend d'une blessure ou d'une maladie, de toute complication au cours des trente-et-une (31) premières semaines de la grossesse, de tout trouble mental ou affectif, y compris une psychose aiguë, qui nécessite l'admission dans un <i>hôpital</i> .
<b>urgence médicale</b>	S'entend d'une maladie ou d'une blessure imprévisible et qui survient soudainement, et qui nécessite immédiatement un <i>traitement</i> . Une <i>urgence médicale</i> cesse d'exister dès que le dossier examiné par <i>notre administrateur</i> indique qu'aucun autre <i>traitement</i> n'est nécessaire à la destination ou que <i>vous</i> êtes en mesure de regagner <i> votre province</i> ou territoire de résidence afin d'y recevoir d'autres <i>traitements</i> .
<b>vous, votre et vos</b>	S'entendent de la ou des personnes qui sont désignées à titre de personnes assurées dans votre dernière déclaration de couverture à l'égard desquelles nous avons appliqué une couverture et reçu la prime appropriée.

**voyage couvert**

S'entend de tout voyage que *vous* effectuez à l'extérieur de *votre* province ou territoire de résidence; et qui débute à la dernière des dates suivantes :

- *votre date d'entrée en vigueur*, indiquée sur *votre demande* ou dans la plus récente *déclaration de couverture*; ou

- *votre date de départ réelle* pour le *voyage couvert*;

et prend fin à l'une des dates suivantes, selon la première éventualité :

- *votre date d'expiration prévue* indiquée dans la *demande* ou la plus récente *déclaration de couverture*;

- *votre date de retour réelle*;

- la date de fin du présent *certificat*.

**Votre certificat d'assurance se termine ici.**

## **Convention sur la confidentialité Assurance médicale de voyage**

Dans la présente Convention, les termes « vous », « votre » et « vos » désignent toute personne, ou le représentant autorisé de cette personne, nous ayant demandé un produit, service ou compte que nous offrons au Canada ou nous ayant offert une garantie à l'égard d'un tel produit, service ou compte. Les termes « nous », « notre » et « nos » désignent le Groupe Banque TD (« la TD »). La TD désigne La Banque Toronto-Dominion et ses sociétés affiliées à l'échelle mondiale qui offrent des produits et des services relatifs aux dépôts, aux placements, aux prêts, aux valeurs mobilières, aux fiducies, aux assurances et autres. Le terme « renseignements » désigne les renseignements personnels, financiers ou autres à votre sujet que vous nous avez fournis et que nous avons obtenus auprès de parties à l'extérieur de la TD, notamment par le biais des produits et services que vous utilisez. Vous reconnaissez, autorisez et acceptez ce qui suit :

### **COLLECTE ET UTILISATION DE VOS RENSEIGNEMENTS**

Au moment où vous demandez d'établir une relation avec nous et au 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, coordonnées, date de naissance, profession et autres éléments d'identification;
- les dossiers des transactions que vous avez conclues avec nous ou par notre entremise;
- vos préférences et activités.

Ces renseignements peuvent être recueillis auprès de vous ou de sources au sein ou à l'extérieur de la TD, notamment les suivantes :

- des organismes et registres gouvernementaux, des forces publiques et archives publiques;
- des agences d'évaluation du crédit;
- d'autres institutions financières ou établissements de crédit;
- des organisations avec lesquelles vous avez pris des arrangements, d'autres fournisseurs de services ou intermédiaires de service, dont les réseaux de cartes de paiement;
- des personnes ou des organisations que vous avez données en référence ou autres renseignements que vous avez fournis;
- des personnes autorisées à agir en votre nom en vertu d'un mandat ou de tout autre instrument juridique;
- de vos interactions avec nous, y compris en personne, par téléphone, par GAB, au moyen d'un appareil mobile, par courriel ou par Internet;
- les dossiers des transactions que vous avez conclues avec nous ou par notre entremise.

Vous autorisez, par les présentes, la collecte de renseignements auprès de ces sources et, le cas échéant, vous autorisez ces sources à nous transmettre des renseignements.

Nous restreindrons la collecte et l'utilisation de renseignements à ceux qui sont nécessaires 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 fournir des services ainsi que des renseignements relativement à nos produits et services, et relativement aux comptes que vous détenez auprès de nous;
- analyser vos besoins et activités afin de vous fournir de meilleurs services et de mettre au point de nouveaux produits et services;
- assurer votre protection et la nôtre contre la fraude et les erreurs;
- gérer et évaluer nos risques, nos activités et notre relation avec vous;
- nous aider à recouvrer une dette ou à faire exécuter une obligation que vous avez contractée envers nous;
- nous conformer aux lois applicables et aux exigences réglementaires, y compris celles des organismes d'autoréglementation.

### **DIVULGATION DE VOS 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 ou participants) ou afin de satisfaire aux exigences légales et réglementaires auxquelles nous sommes assujettis;
- 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;

- à des réseaux de cartes de paiement afin d'exploiter ou d'administrer le système de cartes de paiement qui appuie les produits ou les services que nous vous fournissons ou les comptes que vous détenez auprès de nous (y compris des produits ou services fournis ou offerts par le système de cartes de paiement relativement aux produits ou aux services que nous vous fournissons ou aux comptes que vous détenez auprès de nous), ou dans le cadre de concours ou d'autres promotions qu'ils peuvent vous offrir;
- lors du décès d'un titulaire de compte conjoint avec droit de survie, nous pouvons communiquer des renseignements relatifs au compte conjoint jusqu'à la date du décès au représentant de la succession de la personne décédée, sauf au Québec où le liquidateur a droit à tous les renseignements relatifs au compte jusqu'à la date du décès et après la date du décès;
- lorsque nous achetons une entreprise ou vendons une partie ou la totalité de notre entreprise ou lorsque nous envisageons pareille opération;
- lorsque nous recouvrons une dette ou faisons exécuter une obligation que vous avez contractée envers nous;
- lorsque la loi le permet.

### **PARTAGE DES RENSEIGNEMENTS AU SEIN DE LA TD**

Au sein de la TD, nous pouvons partager des renseignements à l'échelle mondiale, autres que des renseignements sur la santé, aux fins suivantes :

- gérer votre relation globale avec la TD, y compris l'administration de vos comptes et le maintien de renseignements cohérents à votre sujet;
- gérer et évaluer nos risques et activités, y compris pour recouvrer une dette que vous avez contractée envers nous;
- pour nous conformer à des exigences légales et réglementaires.

Vous ne pouvez révoquer votre consentement à l'égard de telles fins.

Au sein de la TD, nous pouvons également partager des renseignements à l'échelle mondiale, autres que des renseignements sur la santé, pour permettre aux autres secteurs d'activité de la TD de vous informer de nos produits et services. Pour savoir comment nous utilisons vos renseignements à des fins de marketing et comment vous pouvez révoquer votre consentement, reportez-vous au paragraphe « Marketing » ci-après.

### **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 revenus. Ces exigences sont imposées en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada). 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 dans le cadre de la vérification de votre identité auprès d'une agence d'évaluation du crédit.

**Agences d'évaluation du crédit et autres prêteurs** – Si vous détenez avec nous une carte de crédit, une ligne de crédit, un prêt, un prêt hypothécaire ou une autre facilité de crédit, des services de commerçants, ou encore un compte de dépôt avec protection contre les découverts ou limites de retenue, de retrait ou d'opération, nous échangerons des renseignements et des rapports à votre sujet avec des agences d'évaluation du crédit et avec d'autres prêteurs au moment du dépôt d'une demande de votre part et tout au long de son traitement, puis de façon périodique afin d'évaluer et de vérifier votre solvabilité, de fixer des limites de crédit ou de retenue, de nous aider à recouvrer une dette ou à faire exécuter une obligation que vous avez contractée envers nous et/ou de gérer et d'évaluer nos risques. Vous pouvez nous demander de ne pas effectuer une vérification de crédit dans le cadre de notre étude de votre demande de crédit. Dès que nous vous avons accordé une telle facilité ou un tel produit, et pendant un délai raisonnable par la suite, nous pouvons de temps à autre divulguer vos renseignements à d'autres prêteurs et à des agences d'évaluation du crédit qui en font la demande. En procédant ainsi, nous facilitons l'établissement de vos antécédents de crédit ainsi que le processus d'octroi et de traitement du crédit. Nous pouvons obtenir des renseignements et des rapports à votre sujet auprès d'Equifax Canada Inc., de Trans Union du Canada, Inc. ou de toute autre agence d'évaluation du crédit. Vous pouvez avoir accès à vos renseignements personnels contenus dans leurs dossiers et y faire apporter des corrections en communiquant avec eux directement par l'entremise de leur site Web respectif : [www.consumer.equifax.ca](http://www.consumer.equifax.ca) et [www.transunion.ca](http://www.transunion.ca). Si vous avez présenté une demande en vue d'obtenir l'un de nos produits de crédit, vous ne pouvez pas retirer votre consentement à cet échange de renseignements.

**Fraude** – Afin de prévenir, de détecter ou d'éliminer l'exploitation financière, la fraude et les activités criminelles, de protéger nos actifs et nos intérêts, de nous aider dans le cadre de toute enquête interne ou externe visant des activités suspectes ou potentiellement illégales, de présenter une défense ou de conclure un règlement à l'égard de toute perte réelle ou éventuelle relativement à ce qui précède, nous pouvons utiliser vos renseignements, en faire la collecte auprès de toute personne ou organisation, de toute agence de prévention des fraudes, de tout organisme de

réglementation ou gouvernemental, de l'exploitant de toute base de données ou de tout registre servant à vérifier des renseignements fournis en les comparant avec des renseignements d'autres sources, ou d'autres sociétés d'assurance ou institutions financières ou établissements de crédit, et les divulguer à ceux-ci. À de telles fins, vos renseignements peuvent être mis en commun avec les données appartenant à d'autres personnes et faire l'objet d'analyses de données.

**Assurance** – Le présent article s'applique si : vous présentez une demande pour un produit d'assurance que nous assurons, réassurons, administrons ou vendons; vous demandez une présélection à l'égard d'un tel produit; vous modifiez ou présentez une demande de règlement en vertu d'un tel produit; ou vous avez inclus un tel produit avec un produit ou un service que nous vous fournissons ou un compte que vous détenez auprès de nous. Nous pouvons recueillir, utiliser, divulguer et conserver vos renseignements, y compris des renseignements sur la santé. Nous pouvons recueillir ces renseignements auprès de vous ou de tout professionnel de la santé, établissement de santé, compagnie d'assurance, organisme gouvernemental, organisation qui gère des banques de données d'information publique, ou des bureaux d'information sur les assurances, notamment MIB Group, Inc. et le Bureau d'assurance du Canada, qui connaissent vos renseignements.

Pour ce qui est de l'assurance-vie et maladie, nous pouvons également obtenir un rapport d'enquête personnel dressé dans le cadre de la vérification et/ou de l'authentification des renseignements que vous avez fournis dans votre demande ou dans le cadre du processus de réclamation.

Pour ce qui est de l'assurance habitation et automobile, nous pouvons également obtenir des renseignements à votre sujet auprès d'agences d'évaluation du crédit au moment de votre demande, tout au long du processus de traitement de cette demande, puis de façon périodique afin de vérifier votre solvabilité, d'effectuer une analyse de risque et d'établir votre prime.

Nous pouvons utiliser vos renseignements pour :

- vérifier votre admissibilité à la protection d'assurance;
- gérer votre assurance et notre relation avec vous;
- établir votre prime d'assurance;
- faire une enquête au sujet de vos réclamations et les régler;
- évaluer et gérer nos risques et activités.

Nous pouvons communiquer vos renseignements personnels à tout professionnel de la santé, établissement de santé, compagnie d'assurance, à des organisations qui gèrent des banques de données d'information publique ou à des bureaux d'information sur les assurances, y compris MIB Group, Inc. et le Bureau d'assurance du Canada, afin de leur permettre de répondre correctement aux questions lorsqu'ils nous fournissent des renseignements à votre sujet. Nous pouvons communiquer les résultats d'examen 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 de la TD, sauf dans la mesure où une société de la TD assure, réassure, gère ou vend une protection pertinente et que la divulgation des renseignements est requise aux fins susmentionnées. Vos renseignements, y compris les renseignements concernant votre santé, peuvent toutefois être divulgués aux administrateurs, aux fournisseurs de services, aux réassureurs et aux assureurs et 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 :

- vous informer d'autres produits et services qui pourraient vous intéresser, y compris ceux qui sont offerts par d'autres secteurs d'activité au sein de la TD ou des tiers que nous sélectionnons;
- déterminer votre admissibilité à des concours, à des enquêtes ou à des promotions;
- effectuer des recherches, des analyses, des modélisations et des enquêtes visant à évaluer votre satisfaction à notre égard et à mettre au point des produits et services;
- communiquer avec vous par téléphone, par télécopieur, par message texte ou par tout autre moyen électronique, ou par dispositif de composition et d'annonce automatique, aux numéros que vous nous avez fournis, ou par GAB, par Internet, par la poste, par courriel ou 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 message texte, par GAB, 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 et par Internet** – Il est possible que vos conversations téléphoniques avec nos représentants, vos clavardages en direct avec des agents ou les messages que vous nous envoyez par des médias sociaux soient écoutés et/ou enregistrés afin d'assurer votre protection et la nôtre, d'améliorer le service à la clientèle et de confirmer nos discussions avec vous.

## **AUTRES RENSEIGNEMENTS**

La présente Convention doit être lue conjointement avec notre Code de protection de la vie privée, qui comprend notre Code de protection de la vie privée en ligne ainsi que notre Code de protection de la vie privée pour applications mobiles. Vous reconnaissez que le Code de protection de la vie privée fait partie intégrante de la Convention sur la confidentialité. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de la présente Convention et de nos pratiques en matière de respect de la confidentialité, consultez la page [www.td.com/francais/privee](http://www.td.com/francais/privee) ou communiquez avec nous pour en obtenir un exemplaire.

Vous reconnaissez par la présente que nous pouvons modifier à l'occasion la présente Convention et notre Code de protection de la vie privée. Nous publierons la Convention révisée ainsi que le Code de protection de la vie privée à l'adresse Web ci-dessus. Nous pouvons aussi les mettre à votre disposition 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 la présente Convention, vous pouvez communiquer avec nous au numéro suivant : 1-800-293-4941. 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 de TD, Compagnie d'assurance-vie

À TD Assurance, nous nous engageons à vous offrir la meilleure expérience client qui soit. Il est essentiel pour nous d'obtenir votre confiance. Si vous avez une préoccupation en ce qui concerne TD Assurance ou le service que vous avez reçu, nous voulons travailler avec vous afin de la régler de la façon la plus efficace possible. Si le problème ne peut pas être réglé immédiatement, les étapes suivantes seront franchies afin d'en arriver à la solution la plus juste possible dans les plus brefs délais.

Étape 1 : Communiquez avec notre administrateur

Si vous n'êtes pas satisfait de l'issue de votre réclamation, vous pouvez en appeler de la décision en communiquant avec notre administrateur par téléphone, par la poste ou par courriel aux coordonnées indiquées ci-après :

Allianz Global Assistance

À l'attention du : Service des appels

4273, King Street East

Kitchener (Ontario) Canada N2P 2E9

Téléphone : 1-800-293-4941

Courriel : [appeals@allianz-assistance.ca](mailto:appeals@allianz-assistance.ca)

Étape 2 : Le problème est confié au Service à la clientèle de TD Assurance.

Si vous n'êtes pas satisfait de la solution proposée à l'étape 1, le problème sera porté à l'attention du Service à la clientèle de TD Assurance. À cette étape, un directeur du Service à la clientèle de TD Assurance travaillera avec vous afin de comprendre le problème et il vous fera part de sa décision. Vous pouvez communiquer directement avec le Service à la clientèle de TD Assurance par téléphone, par la poste ou par courriel aux coordonnées indiquées ci-après :

Service à la clientèle de TD Assurance

320, Front Street West, 3rd Floor

PO Box 1

TD Centre

Toronto (Ontario) M5K 1A2

Téléphone : 1-877-734-1288

Courriel : [tdinscc@td.com](mailto:tdinscc@td.com)

Veillez à indiquer vos nom (au complet), adresse, numéro de téléphone et numéro de police ou de réclamation dans toutes vos demandes de renseignements.

Étape 3 : Communiquez avec l'ombudsman de TD Assurance.

Si votre problème n'est toujours pas réglé après les étapes 1 et 2, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman de TD Assurance. L'ombudsman de TD Assurance s'engage à régler les différends de façon juste et professionnelle. S'il détermine que votre problème n'a pas été traité adéquatement par le directeur du Service à la clientèle de TD Assurance à l'étape 2, il pourra transmettre votre problème au secteur d'activité approprié pour qu'une enquête soit menée et que des mesures soient prises. Dans un délai de cinq jours suivant la réception de votre demande, l'ombudsman de TD Assurance vous écrira ou vous appellera pour vous dire à qui votre problème a été transmis, le cas échéant, s'il a été résolu ou non, ou, si le cas est plus complexe, quelles sont les mesures additionnelles qui sont prises et le moment où vous pouvez vous attendre à obtenir une réponse. Vous pouvez communiquer avec l'ombudsman de TD Assurance aux coordonnées suivantes :

Ombudsman de TD Assurance

P.O. Box 1

TD Centre

Toronto (Ontario) M5K 1A2

Téléphone : 416-982-4884 ou 1-888-361-0319 (sans frais)

Télécopieur : 416-983-3460 ou 1-866-891-2410 (sans frais)

Courriel : [td.ombudsman@td.com](mailto:td.ombudsman@td.com).

Veillez à indiquer vos nom (au complet), adresse, numéro de téléphone et numéro de police ou de réclamation dans toutes vos demandes de renseignements.



Étape 4 : Si votre problème ou votre préoccupation persiste après réception de la décision finale de l'ombudsman de TD Assurance, vous pouvez communiquer avec le service d'ombudsman approprié :

Coordonnées pour les plaintes concernant l'assurance habitation et auto :

Service de conciliation en assurance de dommages

10 Milner Business Court, suite 701

Toronto (Ontario) M1B 3C6

Téléphone : 416-299-6931 ou 1-877-225-0446 (sans frais)

Télécopieur : 416-299-4261

Site Web : [www.scadcanada.org](http://www.scadcanada.org)

Coordonnées pour les plaintes concernant l'assurance de personnes :

Ombudsman des assurances de personnes

Toronto

401 Bay Street, Suite 1507

P.O. Box 7

Toronto (Ontario) M5H 2Y4

Téléphone : 416-777-9002 ou 1-888-295-8112 (sans frais)

Télécopieur : 416-777-9750

Site Web : [www.oapcanada.ca](http://www.oapcanada.ca)

Agence de la consommation en matière financière du Canada

L'Agence de la consommation en matière financière du Canada (ACFC) supervise les institutions financières sous réglementation fédérale afin de s'assurer qu'elles se conforment aux lois fédérales en matière de protection des consommateurs.

L'ACFC contribue également à informer les consommateurs et surveille les codes de conduite du secteur et les engagements publics visant à protéger les intérêts des consommateurs. À TD Assurance, nous respectons la réglementation en matière de protection des consommateurs qui vous protège de différentes façons. Par exemple, nous vous fournirons de l'information à propos de nos procédures de traitement des plaintes. Nous nous conformons également au Code de conduite de l'ABC pour les activités d'assurance autorisées.

Si vous avez une plainte à formuler concernant l'éventuel non-respect d'une loi sur la protection des consommateurs, d'un engagement public ou d'un code de conduite du secteur, vous pouvez communiquer par écrit avec l'ACFC, à l'adresse suivante :

Agence de la consommation en matière financière du Canada

Édifice Enterprise, 6<sup>e</sup> étage

427, avenue Laurier Ouest

Ottawa (Ontario)

K1R 1B9

Vous pouvez également communiquer avec l'ACFC par téléphone, au 1-866-461-2232 (en anglais, au 1-866-461-3222).

Pour obtenir plus d'information au sujet de l'ACFC, veuillez consulter le site [www.fcac-acfc.gc.ca](http://www.fcac-acfc.gc.ca). Prenez note que l'ACFC n'intervient pas dans les procédures de recours ou de dédommagement; toutes les demandes de ce type doivent être faites conformément au processus de résolution des problèmes décrit dans le présent site.

Notes :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Notes :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

