



TD Assurance

Assurance médicale de voyage

Régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus de TD

Guide de distribution

Nom du produit d'assurance

L'assurance médicale de voyage pour séjour prolongé des 55 ans et plus de TD

Type de produit d'assurance

Assurance de voyage collective

Nom et adresse de l'assureur :

TD, Compagnie d'assurance-vie

P.O. Box 1

Toronto Dominion Centre

Toronto (Ontario) M5K 1A2

Téléphone : 1-888-788-0839

Nom et adresse de l'administrateur :

Allianz Global Assistance

P.O. Box 277

Waterloo (Ontario) N2J 4A4

Téléphone : 1-800-293-4941

416-977-2039

Télécopieur : 519-742-9471

Nom et adresse du distributeur :

La Banque Toronto-Dominion

P.O. Box 1

TD Centre

Toronto (Ontario) M5K 1A2

Responsabilité de l'Autorité des marchés financiers

L'Autorité des marchés financiers ne s'est pas prononcée sur la qualité du produit offert dans le présent guide.

L'assureur est le seul responsable de toute différence entre le contenu du guide et celui de la police.

Table des matières

Rubrique	Page
Introduction	3
Nature de la couverture	3
Article 1 : Résumé des indemnités relatives au Régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus.....	3
Article 2 : Admissibilité – Qui peut faire une demande d'assurance?	4
Critères d'admissibilité	4
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?.....	5
Article 3 : Assurance soins médicaux d'urgence	5
Que faire en cas d' <i>urgence médicale</i> ?.....	5
Restrictions relatives aux <i>urgences médicales</i>	5
Indemnités pour les <i>urgences médicales</i>	6
Article 4 : Restrictions relatives à toutes les indemnités	9
Exclusion relative aux <i>maladies préexistantes</i>	9
Exclusions relatives aux <i>urgences médicales</i>	9
Article 5 : Renseignements généraux sur cette couverture.....	12
Vos obligations à titre de <i>personne assurée</i>	12
<i>Période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence</i>	12
Risque couvert.....	13
Prolongation automatique du <i>certificat</i> en cas d' <i>urgence médicale</i>	13
Fin de <i>votre certificat</i>	13
Comment joindre <i>notre administrateur</i> ?	13
Preuve d'assurance	13
Renouvellement et fin de l'assurance	14
Article 6 : Comment présenter une réclamation	14
Réclamation pour <i>urgence médicale</i>	14
Si <i>vous</i> présentez la réclamation immédiatement	14
Si <i>vous</i> ne présentez pas la réclamation immédiatement.....	14
Article 7 : Primes, résiliation et droit d'examiner ou de résilier l'assurance.....	15
Primes.....	15
Résiliation de <i>votre régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus</i>	15
Article 8 : Conditions générales	15
Accès aux soins médicaux.....	15
Versement des indemnités.....	16
Coordination des indemnités avec d'autres assureurs.....	16
Devise	16
Police collective	16
Délai de prescription applicable aux poursuites judiciaires	16
Fausses déclarations relatives à des faits sans lien avec vos renseignements médicaux.....	16
Preuve de sinistre et déclaration en temps opportun	16
Liens entre <i>nous</i> et le titulaire de la police collective	16
Vérification et examen médical	17
Subrogation.....	17
Réponse de l'assureur	17
Appel de la décision de l'assureur et recours	17
Produits similaires	17
Référence à l'Autorité des marchés financiers.....	17
Article 9 : Définitions.....	18

Introduction

Le présent guide de distribution *vous* donne une description de l'assurance médicale de voyage pour séjour prolongé des 55 ans et plus de TD (« l'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus » souscrite par TD, Compagnie d'assurance-vie (« *nous* », « *notre* » ou « *nos* ») aux termes de la *police collective* T1002, émise à l'intention de La Banque Toronto-Dominion (le « titulaire de la police » ou « TD Canada Trust »). Allianz Global Assistance fournit des services d'administration et d'évaluation dans le cadre de la police collective. Ce guide *vous* aidera à prendre une décision informée quant au type de couverture qui répond le mieux à vos besoins, sans la présence d'un conseiller en assurance.

Toutes les indemnités prévues par le *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 *certificat*. La *police collective* est conservée en dossier dans les bureaux du *titulaire de la police* et *vous* avez le droit sur demande d'en recevoir et d'en consulter un exemplaire.

Les termes en italique utilisés dans le présent guide de distribution sont définis à l'article « DÉFINITIONS ».

Nature de la couverture

Ce produit vise à assurer les *personnes assurées* âgées d'au moins 55 ans pour un montant pouvant aller jusqu'à 5 000 000 \$ dans le cadre d'une *assurance soins médicaux d'urgence* lorsqu'elles voyagent à l'extérieur de leur province de résidence pendant plus de 30 jours. Les *personnes assurées* doivent faire l'objet d'une souscription médicale pour être admissibles à ce produit.

Les indemnités supplémentaires couvertes par le produit incluent un maximum de 5 000 \$ pour les services d'une infirmière autorisée et les fournitures que celle-ci juge nécessaires ainsi que le retour d'urgence au domicile, notamment les frais engagés pour acheter un aller simple par avion en classe économique, y compris une civière, au besoin.

Nous pouvons annuler le *certificat*, et aucune indemnité ne sera versée en cas :

- d'omission de communiquer l'ensemble des *troubles médicaux*, des médicaments actuels, des médicaments sur ordonnance et des périodes d'*hospitalisation* en réponse aux questions d'ordre médical posées;
- d'omission de répondre de façon exhaustive et exacte aux questions d'ordre médical posées au cours de l'entrevue téléphonique avec *notre administrateur*.

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 guide de distribution.

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">• Indemnité pour <i>hospitalisation</i>• Honoraires de <i>médecin</i>• Services de diagnostic• Ambulance• Appareils médicaux• Retour d'urgence au domicile	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>hôpitaux</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?

Vous pouvez faire une *demande* d'assurance en ligne à tdassurance.com ou au téléphone avec *notre administrateur*, de 8 h à 21 h, HE, du lundi au samedi, sans frais au **1-800-293-4941** ou au **416-977-2039**.

Vous pouvez aussi faire une *demande* de prolongation de la couverture en appelant la ligne d'assistance 24 h de *notre administrateur* et en remplissant la *demande* par téléphone. Si *vous* appelez du Canada ou des États-Unis, veuillez composer le **1-800-359-6704**, ou si *vous* appelez de tout autre pays, *vous* pouvez appeler à frais virés au **416-977-5040**.

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 *notre* régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus; et
- *vous* êtes un résident du Canada; et
- *vous* êtes couvert par un RAMG; et
- *vous* êtes 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 *notre* 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 *notre* assurance séjour prolongé des 55 ans et plus; et
- la durée de *notre voyage couvert* se situe entre 30 jours et le nombre maximal de jours autorisé aux termes de *notre* 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 *notre* départ, 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 *notre voyage couvert* est de un (1) jour à au plus 212 jours, mais ne dépasse pas le nombre maximal de jours autorisé aux termes de *notre* 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** *notre* départ de *notre* province ou territoire de résidence, si :

- *vous* remplissez les critères d'admissibilité ci-dessus; et
- la durée de *notre* voyage couvert est de un jour (1) à au plus 212 jours, mais ne dépasse pas le nombre maximal de jours autorisé aux termes de *notre* RAMG pour les voyages effectués à l'extérieur du Canada; et
- *vous* payez la prime requise pour la prolongation de la couverture avant *notre* 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 tous les jours de la semaine, à toute heure, 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 des services médicaux du fournisseur, et gèrera *notre* 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 conditions, 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*, *notre* 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 *notre* 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 *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 peut atteindre 5 000 000 \$ par *voyage couvert*. Il n'y a aucune limite globale par année d'application de la police.

Prestation d'hospitalisation	Admission dans un <i>hôpital</i> ou un établissement médical approprié aux fins de <i>traitement</i> , en tant que malade hospitalisé ou bénéficiaire de services ambulatoires ou de services de soins d'urgence, ayant été approuvée au préalable par <i>notre administrateur</i> .
Honoraires de médecin	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> .
Soins infirmiers privés	Jusqu'à 5 000 \$ pour les services fournis et le matériel réputé nécessaire par une infirmière autorisée.
Services de diagnostic	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">• des examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM); ou• des examens tomодensitométriques (examens TDM); ou• des échogrammes; ou• des échographies; ou• des techniques diagnostiques effractives, y compris l'angiographie.
Ambulance	Les frais pour le transport d'urgence dans une ambulance à destination de l' <i>hôpital</i> autorisé le plus proche.
Ambulance aérienne	Les frais pour le transport d'urgence par ambulance aérienne seulement si <i>notre administrateur</i> conclut que <i>notre</i> état physique exclut tout autre moyen de transport et : <ul style="list-style-type: none">• tire cette conclusion avant que le service ne soit fourni; et• approuve ce service au préalable; et• prend les dispositions nécessaires pour ce service.
Ordonnances	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> . REMARQUE : Les vitamines et les médicaments brevetés, exclusifs ou expérimentaux sont exclus.
Honoraires	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 : <ul style="list-style-type: none">• le <i>traitement</i> est nécessaire pour soulager immédiatement un symptôme aigu et un <i>médecin</i> juge qu'il ne peut attendre <i>notre</i> retour dans <i>notre</i> province ou territoire de résidence; et• 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.

Soins dentaires en cas d'accident	<p>Jusqu'à concurrence de 2 000 \$ pour un traitement dentaire qui est :</p> <ul style="list-style-type: none"> • requis pendant la <i>période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence</i>; et • 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>.
Traitement d'urgence requis pour soulager la douleur dentaire	<p>Les <i>traitements</i> requis afin de soigner d'urgence un mal de dent sont couverts jusqu'à concurrence de 200 \$.</p>
Appareils médicaux	<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"> • prescrits par un <i>médecin</i>; et • requis en raison d'une <i>urgence médicale</i>.
Retour d'urgence au domicile	<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"> • par suite d'une <i>urgence médicale</i>, <i>notre administrateur</i> juge qu'une <i>personne assurée</i> devrait retourner dans sa province ou son territoire de résidence; et • <i>notre administrateur</i> approuve le transport au préalable.
Indemnité pour le compagnon de chevet	<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"> • <i>vous êtes hospitalisé</i> en raison d'une <i>urgence médicale</i> couverte et devez vraisemblablement rester à l'<i>hôpital</i> pendant au moins trois (3) jours consécutifs; et • <i>notre administrateur</i> approuve l'indemnité au préalable.
Indemnité pour le compagnon de voyage	<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, si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>vous avez une 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 • <i>notre administrateur</i> approuve le transport au préalable.
Repas et hébergement	<ul style="list-style-type: none"> • 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"> - l'hébergement et les repas que <i>vous</i> avez obtenus dans des établissements commerciaux; et - les frais liés aux appels téléphoniques et à l'utilisation d'Internet de première nécessité; et - les factures de taxi (ou les frais de location d'une voiture en remplacement du taxi); • 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 • si <i>vous</i> devez reporter <i>votre</i> date de retour afin de recevoir un <i>traitement médical d'urgence</i>; ou • 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. <p>REMARQUE : Sous réserve de l'autorisation préalable de <i>notre administrateur</i>.</p>

Frais d'hôpitaux accessoires	Jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour, pour un montant maximal de 500 \$, à l'égard de vos frais d'hôpitaux accessoires (appels téléphoniques, location de téléviseur, stationnement) que vous engagez pendant que vous êtes hospitalisé pour au moins 48 heures.
Rapatriement et accompagnement d'enfants	<p>Si des <i>enfants</i> ou des petits-enfants voyagent avec vous ou vous rejoignent au cours de votre voyage couvert et que vous êtes hospitalisé pour plus de 24 heures ou devez retourner dans votre province ou territoire de résidence en raison de votre <i>urgence médicale</i> couverte par la présente assurance, la présente assurance couvre ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le moindre des montants suivants : le coût d'un aller simple sur un vol commercial en classe économique suivant l'itinéraire le plus économique 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 • le coût d'un aller-retour par avion en classe économique suivant l'itinéraire le plus économique pour un accompagnateur, si la compagnie aérienne exige que les <i>enfants</i> soient accompagnés.
Rapatriement d'animaux de compagnie	<p>Le coût d'un aller simple pouvant aller jusqu'à 500 \$ pour rapatrier votre ou vos chiens ou chats domestiques dans votre province ou territoire de résidence si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • votre ou vos chiens ou chats domestiques voyagent avec vous pendant votre voyage couvert et que vous devez retourner dans votre province ou territoire de résidence en raison de votre <i>urgence médicale</i> couverte par la présente assurance; et notre administrateur a approuvé cette indemnité au préalable.
Retour du véhicule	<p>Maximum de 2 000 \$ pour les frais engagés à l'égard du retour de votre véhicule dans votre 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"> • vous ne pouvez pas rapporter le véhicule vous-même en raison d'une <i>urgence médicale</i>; et • notre administrateur se charge du retour du véhicule.
Rapatriement de la dépouille	<ul style="list-style-type: none"> • 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 : <ul style="list-style-type: none"> - un <i>membre de la famille immédiate</i> doit aller identifier la dépouille ou recueillir les autorisations nécessaires pour la rapatrier; et - notre administrateur approuve ce transport au préalable. <p>REMARQUE : Les frais engagés pour l'achat d'un cercueil ou d'une urne funéraire ne sont pas couverts.</p>

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 les périodes 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 vous :
Catégorie de tarif A et B	Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à une <i>urgence médicale</i> qui sont engagés directement ou indirectement par suite de votre <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 90 jours précédant votre départ pour le <i>voyage couvert</i> , votre <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	Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à une <i>urgence médicale</i> qui sont engagés directement ou indirectement par suite de votre <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 180 jours précédant votre départ pour le <i>voyage couvert</i> , votre <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 rembourserons pas de frais ni ne verserons 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 rembourserons pas de frais ni ne verserons 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 d'autres substances enivrantes, ou liés de quelque manière que ce soit à celle-ci, avant ou pendant votre *voyage couvert*; ou
- 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 rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités liés à ce qui suit :

- soins prénataux ou postnataux courants; ou
- grossesse, accouchement ou complications 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 rembourserons pas de frais ni ne verserons 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; ou
- le parachutisme et la chute libre; ou
- le saut en bungee; ou
- l'alpinisme; ou
- la spéléologie; ou
- 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; ou
- 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 rembourserons pas de frais ni ne verserons 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 rembourserons pas de frais ni ne verserons 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 *vous* n'avez souscrit aucune couverture prolongée.

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

10. Troubles mentaux

Nous ne rembourserons pas de frais ni ne verserons 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 rembourserons pas de frais ni ne verserons 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 rembourserons pas de frais ni ne verserons 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 rembourserons pas de frais ni ne verserons 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 rembourserons pas de frais ni ne verserons 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 rembourserons pas de frais ni ne verserons 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 rembourserons pas de frais ni ne verserons 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 rembourserons pas de frais ni ne verserons 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; ou
- 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; ou
- tout symptôme évident à l'égard duquel nous pouvons raisonnablement nous attendre à ce que *vous* consultiez un professionnel de la santé avant *votre* départ pour un voyage couvert.

21. Guerre

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

- un acte de guerre, qu'elle soit déclarée ou non; ou
- une action hostile ou ressemblant à une guerre en temps de paix ou de guerre; ou
- une insurrection; ou
- une émeute ou un désordre civil ou une guerre civile; ou
- une rébellion; ou
- une révolution; ou
- 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 *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*; ou
- votre date de retour réelle;
- la date de fin du *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 *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*.

Risque couvert

Dans le cadre d'un *voyage couvert*, nous verserons à la personne assurée une indemnité pour *soins médicaux d'urgence* si elle a une *urgence médicale* pendant la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence*. Nous rembourserons les *frais raisonnables et d'usage* qui sont admissibles aux termes de l'*assurance soins médicaux d'urgence*, jusqu'à concurrence de l'indemnité maximale payable, tel qu'il est décrit à l'article « Résumé des caractéristiques particulières », déduction faite de toute somme payable ou remboursable au titre :

- d'un RAMG;
- d'un régime d'assurance maladie collectif ou individuel; **OU**
- de toute autre police d'assurance.

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

Si vous avez besoin de *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*; ou
- la date à laquelle vous retournez dans votre province ou territoire de résidence après le *voyage couvert*; ou
- la date à laquelle vous cessez d'être admissible à la couverture; ou
- la date à laquelle votre assurance est résiliée en raison d'un changement du *trouble médical* avant le départ pour le *voyage couvert*; ou
- 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.

Renouvellement et fin de l'assurance

Votre régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus ne se renouvellera pas et prendra fin après *votre* voyage et la fin de *votre* couverture.

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; et
- les reçus détaillés originaux pour l'ensemble des factures; et
- une preuve de voyage (y compris les dates de départ et de retour); et
- 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; et
- des preuves de l'accident si *vous* présentez une réclamation qui vise des frais de soins dentaires découlant d'une *urgence médicale*; et
- *votre* dossier médical historique (si nous le jugeons pertinent).

Si *vous* présentez la réclamation immédiatement

Si *notre administrateur* garantit ou rembourse des frais admissibles en *votre* nom, alors *vous* devrez signer un formulaire d'autorisation permettant à *notre administrateur* de recouvrer ces frais :

- 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 faire valoir 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'une autre assurance ou d'un autre régime, *vous* devrez 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* rembourse des frais par anticipation qui ne sont pas couverts aux termes du *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*; et
- 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, résiliation et droit d'examiner ou de résilier l'assurance

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 pouvez-vous résilier le régime	Remboursement de la prime/Frais
Avant la <i>date d'entrée en vigueur</i> figurant sur <i>votre demande</i> ou <i>votre déclaration de couverture</i> .	Remboursement intégral
Après la <i>date d'entrée en vigueur</i> figurant dans <i>votre demande</i> ou <i>votre déclaration de couverture</i> 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, ou 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 sont payables.

Autrement dit, aux termes de la *police collective*, vous ne pouvez désigner un bénéficiaire qui recevra une indemnité payable aux termes du *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. L'ensemble des indemnités payables aux termes de vos polices d'assurance, y compris le *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 *certificat* sont régies à tous égards 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 *certificat*. La *police collective* est conservée en dossier au bureau du titulaire de la police, et vous pouvez en obtenir une copie et l'examiner.

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 actions ou procédures régies par les lois de l'Ontario) ou dans toute autre loi applicable. Pour les actions ou procédures 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 rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités si vous, ou toute autre *personne assurée* en vertu du *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 réclamation 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 la 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* aurons 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*; ou
- *nous* permettre d'intenter une poursuite en *votre* nom; ou
- si *vous* recevez les fonds de l'autre personne ou entité, détenir *vous* détiendrez 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.

Réponse de l'assureur

Dès que *nous* aurons approuvé la réclamation, *nous* *vous* en informerons, et le paiement sera effectué dans les 60 jours suivant la réception des formulaires de réclamation requis et d'une preuve de sinistre écrite.

Une fois que la preuve nécessaire aura été reçue et que votre réclamation aura été approuvée, l'assureur effectuera le paiement dans les 30 jours.

En cas de refus de la réclamation, *nous* *vous* informerons des motifs du refus dans les 60 jours suivant la réception des formulaires de réclamation requis et d'une preuve de sinistre écrite.

Appel de la décision de l'assureur et recours

Si *votre* réclamation est refusée, *vous* pouvez en appeler de cette décision en soumettant de nouveaux renseignements à l'assureur. *Vous* pouvez également consulter l'Autorité des marchés financiers ou *votre* propre conseiller juridique.

Produits similaires

Il est possible que d'autres compagnies d'assurance offrent d'autres produits d'assurance de voyage.

Référence à l'Autorité des marchés financiers

Pour toute information supplémentaire à propos des obligations qu'ont envers *vous*, le client, l'assureur et le distributeur, *vous* pouvez communiquer avec l'Autorité des marchés financiers aux coordonnées suivantes :

Autorité des marchés financiers

Place de la Cité, Tour Cominar
2640, boulevard Laurier, 4^e étage
Québec (Québec) G1V 5C1

Numéros de téléphone

Numéro sans frais : 1-877-525-0337

Québec : 418-525-0337

Montréal : 514-395-0337

Télécopieur : 418-525-9512

Internet : <http://www.lautorite.qc.ca>

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.

administrateur	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> .
affection bénigne	S'entend d'une blessure ou d'une maladie qui ne requiert pas : <ul style="list-style-type: none">• la prise de médicaments pendant plus de 15 jours; ou• 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• qui prend fin au moins quatorze (14) jours consécutifs avant la date de départ du voyage. REMARQUE : Une maladie chronique ou les complications découlant d'une maladie chronique ne sont pas considérées comme des <i>affections bénignes</i> .
certificat	S'entend du présent certificat d'assurance.
compagnon de chevet	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.
compagnon de voyage	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>).
conjoint	S'entend : <ul style="list-style-type: none">• de la personne à qui <i>vous</i> êtes légalement marié(e); ou• 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.
date d'entrée en vigueur	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 dernière déclaration de couverture</i> .
déclaration de couverture	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.

demande	<p>S'entend de la série de questions qui font partie de <i>vosre</i> demande et sont remises :</p> <ul style="list-style-type: none"> • en <i>vosre</i> nom lorsque <i>vous</i> présentez une demande d'assurance par téléphone; ou • lorsque <i>vous</i> présentez une demande en ligne; et • de la série de questions d'ordre médical qui font partie de <i>vosre 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. <p>La <i>demande</i> qui sert à établir <i>vosre</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>vosre</i> contrat d'assurance et est utilisée aux fins de traitement de <i>vosre</i> demande d'assurance.</p>
enfant(s)	<p>S'entend de <i>vos</i> enfants ou petits-enfants naturels, adoptés ou issus d'une union antérieure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • qui ne sont pas mariés; et • dont <i>vous</i> assurez entièrement la subsistance, et qui sont : <ul style="list-style-type: none"> - âgés de moins de 22 ans, - ou âgés de moins de 26 ans qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement supérieur au Canada, - ou qui sont atteints d'une déficience mentale ou physique. <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</i> à charge et ne sera pas assuré dans le cadre de ce voyage.</p>
frais raisonnables et d'usage	<p>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.</p>
hôpital	<p>S'entend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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.
hospitalisé(e) ou hospitalisation	<p>S'entend d'une personne admise dans un <i>hôpital</i> en tant que malade hospitalisé.</p>
maladie préexistante	<p>S'entend de tout <i>trouble médical</i> qui existe avant <i>vosre date d'entrée en vigueur</i>.</p>
médecin	<p>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 <i>vous</i> ou qu'un membre de <i>vosre famille immédiate</i> ou que <i>vosre compagnon de voyage</i>.</p>

membre de la famille immédiate	<p>S'entend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de <i>votre conjoint</i>, de <i>vos</i> beaux-parents, de <i>vos</i> grands-parents, de <i>vos</i> enfants naturels ou adoptés, de <i>vos</i> enfants issus d'une union antérieure ou d'enfants en tutelle légale, de <i>vos</i> petits-enfants; • de <i>vos</i> frères, de <i>vos</i> sœurs, de <i>vos</i> demi-frères, de <i>vos</i> demi-sœurs, de <i>vos</i> tantes, de <i>vos</i> oncles, de <i>vos</i> nièces et de <i>vos</i> neveux; et • de <i>votre</i> belle-mère, de <i>votre</i> beau-père, de <i>vos</i> beaux-frères, de <i>vos</i> belles-sœurs, de <i>vos</i> gendres, de <i>vos</i> brus; et • des grands-parents, beaux-frères et belles-sœurs du <i>conjoint</i> de la <i>personne assurée</i>.
nous, nos et notre	S'entendent de TD, Compagnie d'assurance-vie
période de couverture	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> .
personne assurée	<p>S'entend d'une personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • qui est admissible à l'assurance offerte aux termes du <i>certificat</i>; et • pour laquelle la prime requise a été payée; et • pour laquelle une assurance a été émise en conformité avec le <i>certificat</i>.
police collective	S'entend de la police collective TI002 émise par <i>nous</i> pour La Banque Toronto-Dominion.
RAMG (régime d'assurance-maladie gouvernemental)	S'entend d'un régime d'assurance-maladie gouvernemental d'une province ou d'un territoire au Canada.
résident du Canada et/ou résident canadien	<p>S'entend de toute personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • qui a vécu au Canada au moins 183 jours au total (pas nécessairement consécutifs) au cours de l'année précédente; ou • qui est membre des Forces canadiennes.
stable	<p>Signifie que, pour tout <i>trouble médical</i> ou trouble connexe, sauf une <i>affection bénigne</i>, il n'y a pas eu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de nouveaux symptômes ni de symptômes plus fréquents ou plus sévères; ni • de nouveaux tests montrant une détérioration; ni • d'<i>hospitalisations</i>; ni • de nouveau <i>traitement</i> ni de nouvelle prise en charge médicale ni de prescription de nouveaux médicaments; ni • 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 • de chirurgie en attente, de renvoi à un spécialiste ni aucun autre <i>traitement</i>. <p>REMARQUE : Les exceptions suivantes sont considérées comme <i>stables</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • tout changement d'un médicament de marque pour un médicament générique dont les doses sont les mêmes.
titulaire du certificat	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.

traitement ou traité	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.
trouble médical	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> .
urgence médicale	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</i> province ou territoire de résidence afin d'y recevoir d'autres <i>traitements</i> .
vous, votre et vos	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 <i>vous</i> effectuez à l'extérieur de <i>votre</i> province ou territoire de résidence; et qui débute à la dernière des dates suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • <i>votre date d'entrée en vigueur</i>, indiquée sur <i>votre demande</i> ou dans la plus récente <i>déclaration de couverture</i>; ou • <i>votre date de départ réelle</i> pour le <i>voyage couvert</i>; et prend fin à l'une des dates suivantes, selon la première éventualité : <ul style="list-style-type: none"> • <i>votre date d'expiration prévue</i> indiquée dans la <i>demande</i> ou la plus récente <i>déclaration de couverture</i>; • <i>votre date de retour réelle</i>; • la date de fin du présent <i>certificat</i>.

Le guide de distribution prend fin ici.

AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

AVIS DONNÉ PAR UN DISTRIBUTEUR

Article 440 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*

LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS VOUS DONNE DES DROITS IMPORTANTS.

- La Loi vous permet de mettre fin au contrat d'assurance que vous venez de signer à l'occasion d'un autre contrat sans pénalité, dans les 10 jours de sa signature et avant la date d'entrée en vigueur. Pour ce faire, vous devez envoyer un avis à l'assureur par courrier recommandé dans ce délai. Vous pouvez à cet effet utiliser le modèle ci-dessous.
- Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur. Attention, il est possible que vous perdiez des conditions avantageuses qui vous ont été consenties en raison de l'annulation de cette assurance; informez-vous auprès du distributeur ou consultez votre contrat.
- Après l'expiration du délai de 10 jours, vous avez la faculté d'annuler l'assurance en tout temps, mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter l'Autorité des marchés financiers au 418-525-0337 ou 1-877-525-0337.

AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

Destinataire : TD, Compagnie d'assurance-vie

P.O. Box 1 TD Centre
Toronto (Ontario)
M5K 1A2

Date :

(date d'envoi de l'avis)

N° de certificat

En vertu de l'article 441 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, j'annule le certificat d'assurance émis en vertu de la police collective cadre n° : T1002.

conclu le :

(date de la signature du contrat)

à :

(lieu de la signature du contrat)

(nom du client)

(signature du client)

Le distributeur doit remplir cette section au préalable.

Cet avis doit être transmis par courrier recommandé.

Au verso de cet avis doivent être imprimés les articles suivants de la Loi : art. 439, 440, 441, 442 et 443.

439. Un distributeur ne peut assujettir la conclusion d'un contrat à l'obligation pour le client de conclure un contrat d'assurance auprès d'un assureur qu'il indique.

Il ne peut exercer de pressions indues sur le client ou employer des manœuvres dolosives pour l'inciter à se procurer un produit ou un service financier.

440. Un distributeur qui, à l'occasion de la conclusion d'un contrat, amène un client à conclure un contrat d'assurance doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par règlement de l'Autorité, lui indiquant qu'il peut, dans les 10 jours de la signature de ce contrat d'assurance, le résoudre.

441. Un client peut, par avis transmis par courrier recommandé ou certifié, résoudre, dans les 10 jours de sa signature, un contrat d'assurance signé à l'occasion de la conclusion d'un autre contrat.

En cas de résolution de ce contrat, le premier contrat conserve tous ses effets.

442. Un contrat ne peut contenir de dispositions en permettant la modification dans l'éventualité où un client résoudrait ou résilierait un contrat d'assurance conclu à la même occasion.

Toutefois, un tel contrat ne peut prévoir que le client perd pour le reste du terme les conditions plus favorables qui lui sont consenties du fait de la conclusion de plus d'un contrat si le client résout ou résilie avant terme le contrat d'assurance.

443. Un distributeur offrant un financement pour l'achat d'un bien ou d'un service et qui exige que le débiteur souscrive une assurance pour garantir le remboursement du prêt doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par règlement de l'Autorité, l'informant qu'il a la faculté de prendre l'assurance auprès de l'assureur et du représentant de son choix pourvu que l'assurance souscrite soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables. Il ne peut assujettir la conclusion d'un contrat de crédit à un contrat d'assurance avec un assureur qu'il indique.

Un contrat de crédit ne peut stipuler qu'il est conclu sous la condition que le contrat d'assurance pris auprès d'un tel assureur demeure en vigueur jusqu'à l'échéance du terme ni que la fin d'une telle assurance fait encourir au débiteur la déchéance du terme ou la réduction des droits.

Un débiteur n'encourt pas la déchéance de ses droits en vertu du contrat de crédit lorsqu'il résout ou résilie ce contrat d'assurance ou met fin à son adhésion pourvu qu'il ait alors souscrit une assurance auprès d'un autre assureur qui soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables.

