



TD Assurance
Assurance médicale de voyage
Régime d'assurance occasionnelle
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 »).

AVIS IMPORTANT – Veuillez lire attentivement

■ La couverture décrite dans le présent certificat d'assurance (« *certificat* ») est conçue pour couvrir des sinistres qui surviennent uniquement dans des circonstances soudaines et imprévisibles. Il est primordial que *vous* lisiez et compreniez le présent *certificat* avant que *vous* partiez en voyage puisque *votre* couverture peut être assujettie à certaines restrictions ou exclusions.

■ **MISE EN GARDE** : La présente assurance ne comprend pas de couverture, de service ni de remboursement de dépenses pour une *maladie préexistante* qui existait avant *votre date d'entrée en vigueur*. Il est important que *vous* compreniez l'incidence de cette affirmation sur le présent *certificat* et sur *votre* adhésion, *votre* date de départ ou *votre date d'entrée en vigueur*.

■ Lorsque *vous* faites une réclamation à la suite d'un accident, d'une blessure ou d'une maladie, vos antécédents médicaux peuvent être examinés.

■ *Vous* devez aviser *notre administrateur* avant un *traitement*. Les indemnités peuvent être limitées si *vous* ne communiquez pas avec *notre administrateur* dans un délai de 48 heures ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire.

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LE PRÉSENT CERTIFICAT D'ASSURANCE AVANT DE VOYAGER.

Si *vous* avez des questions ou voulez obtenir des précisions, appelez *notre administrateur* au **1-800-293-4941**.

Contenu du certificat

Article	Page
Article 1 : Résumé des indemnités	1
Article 2 : Définitions	2
Article 3 : Admissibilité – Qui peut faire une demande d'assurance?	4
Article 4 : Cas exigeant un questionnaire médical et obligations importantes	5
Article 5 : <i>Période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence</i>	6
Article 6 : Restrictions et exclusions s'appliquant à toutes les indemnités	6
Article 7 : Ce que couvre <i>votre</i> assurance – <i>Assurance soins médicaux d'urgence</i> , restrictions et exclusions	8
Article 8 : Que faire en cas d' <i>urgence médicale</i> ?	11
Article 9 : Comment présenter une réclamation?	11
Article 10 : Comment joindre <i>notre administrateur</i> ?	12
Article 11 : Preuve d'assurance	12
Article 12 : Fin de <i>votre certificat</i>	13
Article 13 : Primes et remboursements de primes	13
Article 14 : Conditions générales	13
Convention sur la confidentialité	15
Processus de traitement des plaintes	19

Article 1 : Résumé des indemnités aux termes du régime d'assurance occasionnelle

Pour toutes les précisions quant à la couverture, aux restrictions et aux exclusions, veuillez vous reporter à l'article 7, « Ce que couvre *votre* assurance – *Assurance soins médicaux d'urgence*, restrictions et exclusions ».

Couverture	Indemnité maximale payable (par <i>personne assurée</i> , par voyage couvert)
<i>Assurance soins médicaux d'urgence</i> et autres indemnités, y compris : <ul style="list-style-type: none">• Prestation d'hospitalisation• Honoraires de médecin• Services de diagnostic	Jusqu'à 2 000 000 \$

Couverture	Indemnité maximale payable (par <i>personne assurée</i> , par <i>voyage couvert</i>)
<ul style="list-style-type: none"> • Ambulance • Appareils médicaux • Retour d'urgence au domicile 	
Soins infirmiers privés	Jusqu'à 5 000 \$
Soins dentaires à la suite d'un accident	Jusqu'à 2 000 \$
Indemnité pour le compagnon de chevet	Prix d'un billet d'avion aller-retour en classe économique et jusqu'à 1 500 \$ pour les repas et l'hébergement d'un compagnon de chevet
Retour du véhicule	Jusqu'à 1 000 \$
Rapatriement de la dépouille	Jusqu'à 5 000 \$

Article 2 : 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 *nous* 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 police collective.

affection bénigne s'entend d'une blessure ou d'une maladie qui ne requiert pas :

- la prise de médicaments pendant plus de 15 jours;
- plus d'une visite de suivi auprès d'un *médecin* ni une *hospitalisation*, une intervention chirurgicale ou le renvoi à un spécialiste; et
- qui prend fin au moins 30 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 *affections bénignes*.

assurance familiale s'entend de la couverture aux termes du présent *certificat* pour *vous*, *votre conjoint* et, le cas échéant, *vos enfants à charge*.

assurance individuelle s'entend de l'assurance pour une seule personne, soit :

- *vous*; ou
- *votre* ou *vos enfants à charge* âgés de moins de 18 ans, si une mention en ce sens figure dans la *demande*.

assurance pour deux personnes s'entend de la couverture aux termes du présent *certificat* pour *vous* et un *compagnon de voyage* désigné.

certificat s'entend du présent *certificat* d'assurance.

compagnon de chevet s'entend de la personne que *vous* choisissez pour être présente avec *vous* dans *votre* chambre lorsque *vous* êtes *hospitalisé* pendant *votre* voyage.

compagnon de voyage s'entend de toute personne qui voyage avec *vous* pendant le *voyage couvert* et qui partage le transport et/ou l'hébergement avec *vous*.

conjoint s'entend :

- de la personne qui est légalement mariée à la *personne assurée*; ou
- de la personne qui vit avec la *personne assurée* depuis au moins un (1) an et qui est reconnue publiquement comme son conjoint de fait.

date d'entrée en vigueur s'entend de la date à laquelle *votre certificat* entre en vigueur et correspond à la date du départ précisée dans *votre demande* ou *votre dernière déclaration de couverture*.

déclaration de couverture s'entend du document que *vous* recevez lorsque *vous* présentez une demande en succursale, en ligne ou par téléphone afin d'obtenir une nouvelle couverture ou une couverture supplémentaire aux termes de la police collective. Elle inclut *votre numéro de certificat* et confirme la couverture que *vous* avez souscrite.

demande s'entend :

- de la série de questions qui fait partie de *votre* demande et qui est remise en *votre* nom lorsque *vous* présentez une demande d'assurance à une succursale TD Canada Trust ou par téléphone; ou
- de la page d'adhésion que *vous* avez remplie en ligne; et
- de la série de questions d'ordre médical qui fait partie de *votre* demande dans le cas d'une souscription en ligne ou par téléphone ainsi que des réponses que *vous* avez données à ces questions.

La *demande* qui sert à établir *votre* admissibilité au régime d'assurance comprend également toute question posée et toute réponse donnée relativement à une demande de prolongation d'une *période de couverture*. La *demande* fait partie de *votre* contrat d'assurance et est utilisée aux fins de traitement de *votre* demande d'assurance.

dollars et **\$** s'entendent des dollars canadiens.

enfants à charge s'entend de vos enfants naturels, adoptés ou issus d'une union antérieure :

- qui ne sont pas mariés;
- dont *vous* assurez entièrement la subsistance, et qui sont :
 - âgés de moins de 22 ans; ou
 - âgés de moins de 26 ans et qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement supérieur au Canada; ou
- qui sont atteints d'une déficience mentale ou physique.

REMARQUE : Un enfant qui naît pendant que sa mère effectue un *voyage couvert* à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence n'est pas considéré comme un *enfant à charge* et ne sera pas assuré dans le cadre de ce voyage.

frais raisonnables s'entend des frais engagés relativement à une *urgence médicale* qui sont comparables aux frais exigés par d'autres fournisseurs dans la même région pour des *traitements*, des services ou des fournitures comparables.

hôpital s'entend :

- d'un établissement habilité par les autorités compétentes à offrir des services médicaux aux malades *hospitalisés* ainsi que des services ambulatoires et des services de soins d'urgence; ou
- de l'établissement médical approprié le plus près qui a été autorisé au préalable par *notre administrateur*.

REMARQUE : Cette définition ne comprend pas les établissements pour malades chroniques, les maisons de convalescence et les maisons de soins infirmiers.

hospitalisation ou **hospitalisé** s'entend du malade hospitalisé dans un *hôpital*.

maladie préexistante s'entend d'un *trouble médical* qui existait avant *votre date d'entrée en vigueur*.

médecin s'entend du médecin ou du chirurgien qui détient les autorisations et permis nécessaires pour pratiquer la médecine dans le territoire où il fournit des services de consultation ou des *traitements* médicaux, et qui n'est pas un parent par le sang ni un parent par alliance d'une *personne assurée* aux termes du présent *certificat*.

membre de la famille immédiate s'entend :

- du conjoint, du père, de la mère et des beaux-parents, grands-parents, enfants naturels ou adoptés, enfants issus d'une union antérieure ou enfants en tutelle légale, petits-enfants, frères, sœurs, demi-frères, demi-sœurs, tantes, oncles, nièces et neveux de la *personne assurée*; et
- de la belle-mère, du beau-père et des beaux-frères, belles-sœurs, gendres et brus de la *personne assurée*; et
- des grands-parents, beaux-frères et belles-sœurs du conjoint de la *personne assurée*.

nous, nos et **notre** s'entendent de TD, Compagnie d'assurance-vie.

numéro de certificat s'entend du numéro d'identification unique que *vous* recevez lorsque *vous* souscrivez la présente assurance.

période de couverture s'entend de la période s'échelonnant entre la *date d'entrée en vigueur* de *votre certificat* et la date de retour indiquée dans *votre demande* ou *votre dernière déclaration de couverture*. Advenant une *urgence médicale*, *votre période de couverture* sera prolongée jusqu'à 72 heures après la fin de l'*urgence médicale*.

personne assurée s'entend de toute personne :

- qui est admissible à l'assurance offerte aux termes du présent *certificat*;
- qui est nommée dans la *demande*;
- pour laquelle la prime requise a été payée; et
- pour laquelle une assurance a été émise en conformité avec le *certificat*.

régime d'assurance maladie gouvernemental (RAMG) s'entend du régime d'assurance maladie gouvernemental d'une province ou d'un territoire au Canada.

résident canadien et/ou **résident du Canada** s'entend de toute personne :

- 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.

Pour obtenir plus de précisions, veuillez visiter le site Web de l'Agence du revenu du Canada.

stable signifie que, pour tout *trouble médical* ou trouble connexe, sauf une *affection bénigne*, il n'y a pas eu :

- de nouveaux symptômes ni de symptômes plus fréquents ou plus sévères;
- de nouveaux tests montrant une détérioration;
- d'*hospitalisations*;
- de nouveau *traitement* ni de nouvelle prise en charge médicale ni de prescription de nouveaux médicaments;
- de changement dans le *traitement* ni de changement dans la prise en charge médicale ni de changement dans la prescription de nouveaux médicaments;
- de chirurgie en attente, de renvoi à un spécialiste ni aucun autre *traitement*.

■ Les exceptions suivantes sont considérées comme *stables* :

- 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 *votre trouble médical*;

- 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 d'une *assurance individuelle*, d'une *assurance pour deux personnes* ou d'une *assurance familiale* a été acceptée aux termes du régime d'assurance occasionnelle.

traité ou traitement s'entend de tout acte médical, thérapeutique ou diagnostique prescrit, effectué ou recommandé par un *médecin*, notamment les médicaments prescrits ou non prescrits, les examens et les chirurgies. Le terme « *traitement* » n'englobe pas l'utilisation inchangée de médicaments prescrits pour un trouble médical *stable*.

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 *hôpital*.

urgence médicale s'entend de toute maladie imprévue ou blessure corporelle accidentelle qui survient pendant un *voyage couvert* et qui nécessite immédiatement un *traitement* médical d'urgence de la part d'un *médecin*.

vous, vos et votre 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 :

- effectué par une *personne assurée* à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence;
- qui commence à la *date d'entrée en vigueur* de *votre certificat* et qui prend fin à la date de retour indiquée dans la *demande* ou *votre dernière déclaration de couverture*; et
- dont la durée 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.

Article 3 : Admissibilité – Qui peut faire une demande d'assurance?

Trois types de couvertures sont offertes aux termes du régime d'assurance occasionnelle : l'*assurance individuelle*, l'*assurance pour deux personnes* et l'*assurance familiale*.

1. Assurance individuelle

Vous pouvez faire une demande d'*assurance individuelle* si :

- *vous* êtes âgé d'au moins 18 ans à la *date d'entrée en vigueur* de *votre* régime d'assurance occasionnelle;
- *vous* êtes un *résident du Canada*;
- *vous* êtes couvert par un RAMG;
- *vous* êtes client du Groupe Banque TD;
- *vous* vous trouvez au Canada au moment où *vous* souscrivez la couverture; et
- *vous* souscrivez l'assurance au plus 240 jours avant la date de départ établie aux termes de *votre* régime d'assurance occasionnelle.

REMARQUE : *Vous* pouvez également faire une demande d'*assurance individuelle* au nom de *votre* ou de *vos enfants à charge* qui voyagent sans *vous* ou sans *votre conjoint* si :

- *vous* indiquez dans *votre demande* que le *certificat* doit couvrir l' *enfant* ou les *enfants à charge* plutôt que *vous*; et
- *votre* ou *vos enfants à charge* remplissent les critères susmentionnés, sauf :
 - qu'ils ne doivent pas être clients du Groupe Banque TD; et
 - qu'ils peuvent être âgés de moins de 18 ans.

2. Assurance pour deux personnes

Vous pouvez faire une demande d'*assurance pour deux personnes* pour *votre conjoint* ou tout *compagnon de voyage* aux termes du régime d'assurance occasionnelle si :

- *vous* nommez *votre conjoint* ou le *compagnon de voyage* dans *votre demande*; et
- *vous* et *votre conjoint* ou le *compagnon de voyage* remplissez les critères d'admissibilité susmentionnés de l'*assurance individuelle* sauf :
 - qu'ils ne doivent pas être clients du Groupe Banque TD; et
 - que *votre compagnon de voyage* peut être âgé de moins de 18 ans s'il s'agit de *votre enfant à charge*.

3. Assurance familiale

Vous pouvez faire une demande d'*assurance familiale* pour *votre conjoint* et *vos enfants à charge* aux termes du régime d'assurance occasionnelle si :

- *vous* nommez *votre conjoint* et/ou *votre* ou *vos enfants à charge* dans *votre demande*; et

- ils remplissent les critères d'admissibilité susmentionnés de l'assurance *individuelle*, sauf :
 - qu'ils ne doivent pas être clients du Groupe Banque TD;
 - que *vous* ou *vos enfants à charge* voyagent avec *vous* ou *votre conjoint*; et
 - que *vous* ou *vos enfants à charge* peuvent être âgés de moins de 18 ans.

4. Couverture prolongée

i. 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 :

- *vous* ne devez pas vous trouver 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;
 - *vous* demandez la prolongation avant 23 h 59 (HE) à la date à laquelle la couverture initiale se termine;
 - 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*.

ii. 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 demander *notre* régime d'assurance occasionnelle **avant** *votre* départ de *votre* province ou territoire de résidence, si :

- *vous* remplissez les critères d'admissibilité de l'assurance *individuelle*;
- 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 4 : Cas exigeant un questionnaire médical et obligations importantes

Dans certains cas, une personne qui souhaite souscrire une assurance devra répondre à des questions d'ordre médical afin de déterminer si l'assurance peut lui être accordée. Dans de tels cas, la prime de la couverture d'assurance ou de la prolongation de la couverture sera fondée sur les réponses données aux questions d'ordre médical. Selon ces réponses, certains demandeurs pourraient ne pas être admissibles à la couverture d'assurance ni à la prolongation de la couverture.

Cas exigeant un questionnaire médical

Un questionnaire médical est requis si la personne à assurer est âgée d'au moins 55 ans et si elle souhaite souscrire le régime d'assurance occasionnelle ou demande une prolongation du régime d'assurance occasionnelle.

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.

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.

Modification ou résiliation de la couverture en raison d'un changement dans l'état de santé

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.

Article 5 : Période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence

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

Si une *personne assurée* se trouve dans une situation d'*urgence médicale* à la date à laquelle la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence* prendrait fin pour une raison autre que la résiliation du *certificat*, la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence* sera alors automatiquement prolongée jusqu'à 72 heures après la fin de l'*urgence médicale* pour les personnes suivantes :

- la *personne assurée*; et
- toute autre *personne assurée* si :
 - cette autre *personne assurée* a dû prolonger son voyage après la date de retour prévue en raison de l'*urgence médicale* de la première *personne assurée*; et
 - *notre administrateur* a approuvé une *indemnité pour compagnon de voyage* pour cette autre *personne assurée*.

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

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

- la date de départ prévue de la *personne assurée* indiquée dans la *demande* ou dans la dernière *déclaration de couverture*;
- la date de départ réelle de la *personne assurée* pour le *voyage couvert*; et prend fin à l'une des dates suivantes, selon la première éventualité :
- la date de retour prévue de la *personne assurée* indiquée dans la *demande* ou dans la dernière *déclaration de couverture*;
- la date de retour réelle de la *personne assurée* dans sa province ou son territoire de résidence;
- la date de fin du présent *certificat*.

La *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence* ne prend pas fin si une *personne assurée* retourne temporairement dans sa province ou son territoire de résidence avant la date à laquelle prend fin *notre certificat*, tel qu'il est décrit à l'article 12, « Fin de *notre certificat* », pourvu que les conditions énoncées ci-après soient respectées :

- la *personne assurée* n'a présenté aucune réclamation aux termes du présent *certificat* ni ne s'est trouvée dans une situation d'*urgence médicale* au cours du *voyage couvert* ou pendant son retour temporaire dans sa province ou son territoire de résidence; et
- il n'y a eu aucun changement quant à une *maladie préexistante* au cours du *voyage couvert* ou pendant le retour temporaire de la *personne assurée* dans sa province ou son territoire de résidence; et
- le *trouble médical* de la *personne assurée* est resté *stable* pendant son retour temporaire dans sa province ou son territoire de résidence; et
- la *personne assurée* était apte à poursuivre son *voyage couvert*.

Article 6 : Restrictions et exclusions s'appliquant à toutes les indemnités

Les restrictions et les exclusions qui s'appliquent à une indemnité donnée sont indiquées dans la description de l'indemnité en question. De plus, pour toutes les indemnités, le présent *certificat* ne couvre aucun des *traitements*, services ou frais qui découlent directement ou indirectement de ce qui suit :

1. Omission de prendre des médicaments

– conformément à l'ordonnance du *médecin* de la *personne assurée*.

2. Abus d'alcool, de médicaments ou de drogues

– tout abus de médicaments d'ordonnance ou en vente libre ou d'alcool, ou toute utilisation de drogues illicites.

3. Automutilation volontaire

– 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*.

4. Grossesse

– toute grossesse ou tout accouchement survenant dans les neuf (9) semaines précédant la date d'accouchement prévue;
– toute complication liée à une grossesse qui survient dans les neuf (9) semaines précédant la date d'accouchement prévue ou qui survient après cette date;
– tout enfant né pendant un *voyage couvert*.

5. Activités dangereuses

– la plongée récréative en scaphandre autonome (à moins que la *personne assurée* ne détienne un certificat de plongée en scaphandre autonome de niveau élémentaire, conféré par une école agréée ou un organisme d'attribution de permis), l'alpinisme, le saut à l'élastique, le parachutisme, la paravoile, la spéléologie, le deltaplane, la chute libre ou toute activité aérienne dans un aéronef autre qu'un aéronef de passagers pour lequel un certificat de navigabilité valide a été délivré.

6. Sports professionnels ou épreuves de course

– la pratique d'un sport à un niveau professionnel, ou la participation à une course ou à une épreuve de vitesse organisée.

7. Traitement non urgent

– tout *traitement* facultatif, expérimental ou non urgent, y compris la chirurgie esthétique, des soins pour maladie chronique ou la réadaptation, si *vous* avez précisément souscrit l'assurance en vue d'obtenir ce *traitement*, qu'il ait ou non été autorisé par un *médecin*;
– tout *traitement*, toute chirurgie ou tout médicament pour lequel, selon le dossier médical, la *personne assurée* aurait pu attendre son retour dans sa province ou son territoire de résidence.

8. Avis aux voyageurs

– tout *trouble médical* spécifique ou connexe que *vous* ou une *personne assurée* avez contracté dans un pays étranger ou dans une région ou une ville étrangères si, avant que *vous* ou une *personne assurée* quittiez la province ou le territoire de résidence, le ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement du Canada avait émis un avis écrit officiel informant les Canadiens de ne pas se rendre dans le pays, la région ou la ville en question pendant la durée du *voyage couvert*.

9. Guerre ou terrorisme

– tout acte de guerre, qu'elle soit déclarée ou non, tout acte d'hostilité ou de guerre en temps de paix ou de guerre, toute insurrection, révolte, révolution, guerre civile ou tout détournement ou acte de terrorisme.

10. Paiement d'une indemnité interdit par la législation canadienne

– *nous* ne verserons pas d'indemnité si le paiement de l'indemnité est interdit par la législation canadienne ou si le Canada a signé une convention ou consenti à une sanction interdisant un tel paiement.

11. Troubles mentaux

– tout trouble mental, nerveux ou affectif, y compris toute *urgence médicale* découlant de tels troubles.

12. Crime

– la participation à une infraction criminelle, y compris la conduite d'un véhicule avec facultés affaiblies ou au-dessus de la limite légale.

13. Fausse déclaration

– tout *trouble médical* pour lequel *nous* ou *notre administrateur* avons reçu de *votre* part ou de la part d'une *personne assurée* des renseignements faux ou inexacts en ce qui a trait au diagnostic, aux *hospitalisations*, aux *traitements*, aux prescriptions ou aux médicaments.

14. Preuve d'assurabilité inexacte

– tout défaut de fournir une preuve d'assurabilité complète et exacte, tel qu'il est décrit à l'article 4, « Cas exigeant un questionnaire médical et obligations importantes ».

Article 7 : Ce que couvre votre assurance – Assurance soins médicaux d'urgence, restrictions et exclusions

Nous verserons une indemnité pour *urgence médicale* pour des frais admissibles aux termes de l'assurance soins médicaux d'urgence si une *personne assurée* se trouve dans une situation d'*urgence médicale* pendant la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence* dans le cadre d'un *voyage couvert*.

ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

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

Couverture des *soins médicaux d'urgence* pouvant atteindre 2 000 000 \$ par *voyage couvert*.

■ Prestation d'hospitalisation

– admission dans un *hôpital* ou dans un établissement médical approprié aux fins de *traitement*, en tant que malade *hospitalisé* ou bénéficiaire de services ambulatoires ou de services de soins d'urgence, ayant été approuvée au préalable par *notre administrateur*.

EXCLUSION : Établissements pour malades chroniques, maisons de convalescence, maisons de soins infirmiers et centres de réadaptation.

■ Honoraires de *médecin*

■ Soins infirmiers privés

– jusqu'à 5 000 \$ pour les services fournis et le matériel réputé nécessaire par une infirmière autorisée, y compris les fournitures médicales nécessaires aux soins infirmiers.

■ Services de diagnostic

– frais pour les tests diagnostiques, les tests de laboratoire et les radiographies qui sont prescrits par le *médecin* traitant, et autorisés au préalable par *notre administrateur* si les tests comprennent :

- des examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM);
- des examens tomodensitométriques (examens TDM);
- des échogrammes;
- des échographies; ou
- des techniques diagnostiques effractives, y compris l'angiographie.

■ Ambulance

– frais pour le transport d'urgence dans une ambulance à destination de l'*hôpital* autorisé le plus proche.

■ Ambulance aérienne

– frais pour le transport d'urgence par ambulance aérienne seulement si *notre administrateur* conclut que l'état physique de la *personne assurée* exclut tout autre moyen de transport et :

- tire cette conclusion avant que le service ne soit fourni;
- approuve ce service au préalable; et
- prend les dispositions nécessaires pour ce service.

■ Ordonnances

– remboursement des frais de médicaments sur ordonnance requis pour un *traitement* d'urgence pendant l'*hospitalisation*.

EXCLUSION : Les médicaments brevetés, exclusifs ou expérimentaux et les vitamines sont exclus.

■ Soins dentaires à la suite d'un accident

– jusqu'à 2 000 \$ pour un *traitement* dentaire qui est :

- requis pendant la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence*; et
- requis pour un coup porté à des dents naturelles ou des dents artificielles permanentes à la suite d'un accident causant une *urgence médicale*.

RESTRICTION : Les *traitements* d'urgence requis pour soulager la douleur dentaire sont couverts séparément jusqu'à concurrence de 200 \$.

■ Appareils médicaux

– 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 lorsqu'ils sont :

- prescrits par un *médecin*; et
- requis en raison d'une *urgence médicale*.

■ Retour d'urgence au domicile

– frais supplémentaires engagés pour acheter un deuxième billet d'avion aller simple en classe économique, s'il le faut pour transporter une civière, selon les conditions suivantes :

- par suite d'une *urgence médicale*, *notre administrateur* juge qu'une *personne assurée* doit retourner au Canada; et
- *notre administrateur* approuve le transport au préalable.

REMARQUE : Nous verserons également les frais relatifs à un accompagnateur médical qualifié pour vous accompagner jusqu'à votre province ou territoire de résidence si le *médecin* traitant pendant votre *urgence médicale* le recommande et *notre administrateur* l'approuve au préalable.

■ Indemnité pour le compagnon de chevet

– 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 \$; et
- si vous êtes *hospitalisé* en raison d'une *urgence médicale* couverte et devrez vraisemblablement rester à l'hôpital pendant au moins trois jours consécutifs; et
- *notre administrateur* approuve l'indemnité au préalable.

■ Indemnité pour le *compagnon de voyage*

– frais pour un billet d'avion aller simple en classe économique pour un *compagnon de voyage* afin qu'il retourne à son lieu de départ, selon les conditions suivantes :

- une *urgence médicale* couverte touche une *personne assurée* et exige la présence d'un *compagnon de voyage*, qui doit prolonger son séjour après la date de retour prévue; et
- *notre administrateur* approuve le transport au préalable.

■ Retour du véhicule

– jusqu'à 1 000 \$ pour les frais engagés pour le retour du véhicule de la *personne assurée* à sa résidence ou, le cas échéant, à l'agence de location de véhicules la plus proche, si :

- la *personne assurée* ne peut retourner le véhicule elle-même en raison d'une *urgence médicale*; et
- *notre administrateur* prend les dispositions nécessaires pour le retour du véhicule.

■ Rapatriement de la dépouille

– jusqu'à 5 000 \$ pour les frais engagés afin de préparer et de rapatrier la dépouille de la *personne assurée* si elle est décédée à la suite d'une *urgence médicale* couverte; ou

– l'enterrement ou l'incinération des restes de la *personne assurée* à l'endroit où le décès est survenu; et

– un billet d'avion aller-retour en classe économique si :

- un *membre de la famille immédiate* doit aller identifier la personne défunte ou recueillir les autorisations nécessaires pour rapatrier sa dépouille; et
- *notre administrateur* approuve le transport au préalable.

EXCLUSION : Les frais engagés pour l'achat d'un cercueil ou d'une urne funéraire ne sont pas couverts aux termes de cette indemnité.

RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Restrictions relatives aux *urgences médicales*

1. Omission de déclaration

Toute *urgence médicale* doit être déclarée à *notre administrateur* dans les 48 heures qui suivent une *hospitalisation*, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Sinon, **l'indemnité maximale payable sera limitée à 80 % des frais admissibles aux termes de l'assurance soins médicaux d'urgence, sous réserve d'un maximum de 30 000 \$.**

2. Généralités

Les indemnités payables aux termes du *certificat* équivaldront aux frais couverts réellement engagés, déduction faite de toute somme remboursable en vertu de *votre RAMG* et/ou aux termes d'une autre assurance ou d'un autre régime d'assurance maladie que *vous* avez.

Exclusions relatives aux *urgences médicales*

1. *Maladie préexistante*

Votre exclusion relative aux *maladies préexistantes* est déterminée selon la catégorie de tarif qui *vous* a été remise lorsque *vous* avez rempli *votre demande* d'assurance et *votre questionnaire* médical (si *vous* êtes âgé de 55 ans ou plus). Veuillez *vous* reporter au tableau suivant pour bien comprendre la période pendant laquelle une *maladie préexistante* doit être *stable* pour que *vous* soyez admissible à une couverture advenant une réclamation.

Catégorie de tarif	Exclusion relative aux <i>maladies préexistantes</i> qui s'applique à <i>vous</i> :
Clients âgés de moins de 55 ans	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 <i>votre 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 <i>votre départ</i> pour le <i>voyage couvert</i> , <i>votre trouble médical</i> ou un trouble connexe n'était pas <i>stable</i> .

Clients âgés de 55 ans et plus avec la catégorie de tarif A & B	<i>Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à une urgence médicale qui sont engagés directement ou indirectement par suite de votre trouble médical 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 voyage couvert, votre trouble médical ou un trouble connexe n'était pas stable.</i>
Clients âgés de 55 ans et plus avec la catégorie de tarif C & D	<i>Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à une urgence médicale qui sont engagés directement ou indirectement par suite de votre trouble médical 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 voyage couvert, votre trouble médical ou un trouble connexe n'était pas stable.</i>
REMARQUE	
<i>stable</i>	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"> ■ de nouveaux symptômes ni de symptômes plus fréquents ou plus sévères; ■ de nouveaux tests montrant une détérioration; ■ d'hospitalisations; ■ de nouveau <i>traitement</i> ni de nouvelle prise en charge médicale ni de prescription de nouveaux médicaments; ■ 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; ■ de chirurgie en attente, de renvoi à un spécialiste ni aucun autre <i>traitement</i>. ■ Les exceptions suivantes sont considérées comme <i>stables</i> : <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 votre <i>trouble médical</i>; ■ tout changement d'un médicament de marque pour un médicament générique dont les doses sont les mêmes.
<i>affection bénigne</i>	signifie une blessure ou une maladie qui ne requiert pas : <ul style="list-style-type: none"> ■ la prise de médicaments pendant plus de 15 jours; ■ plus d'une 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 30 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> .

2. Troubles raisonnablement prévisibles

Aucune indemnité ne sera versée aux termes du présent *certificat* relativement à un *trouble médical* :

- pour lequel *vous* saviez ou auriez dû savoir, avant de quitter *votre* province ou territoire de résidence, ou avant la *date d'entrée en vigueur* de la *période de couverture*, que *vous* devriez recevoir un *traitement*; et/ou
- pour lequel des examens ou des *traitements* étaient prévus avant que *vous* ne quittiez *votre* province ou territoire de résidence; et/ou
- qui occasionnait des symptômes pour lesquels une personne normalement prudente aurait demandé un *traitement*, au cours des trois (3) mois précédant le départ de sa province ou de son territoire de résidence; et/ou
- pour lequel *votre médecin* *vous* a recommandé de ne pas partir en voyage.

3. Urgence médicale en dehors de la période de couverture

Nous ne verserons aucune indemnité à l'égard d'une *urgence médicale* qui survient avant ou après la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence*.

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

Après consultation du *médecin* traitant de la *personne assurée*, *nous* nous réservons le droit de faire transférer la *personne assurée* à un établissement de santé approprié ou vers sa province ou son territoire de résidence afin d'obtenir des *traitements* supplémentaires. 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. Récurrence

Une *urgence médicale* est réputée terminée dès que le dossier médical indique que la *personne assurée* est en mesure de regagner sa province ou son territoire de résidence. Aucune *urgence médicale* subséquente causée par le même trouble ne sera couverte après que l'*urgence médicale* initiale est terminée.

6. Défaut d'obtenir une approbation préalable

En ce qui concerne les frais admissibles qui doivent être préalablement approuvés par *notre administrateur*, nous ne verserons aucune indemnité si l'approbation préalable n'a pas été obtenue.

Nous ne verserons aucune indemnité pour toute chirurgie ou toute intervention effractive qui n'a pas été approuvée à l'avance par *notre administrateur*, sauf dans les situations extrêmes mettant la vie en danger où une demande d'approbation préalable retarderait une chirurgie nécessaire.

7. Services non urgents

Nous ne verserons aucune indemnité pour tout *traitement* médical facultatif, expérimental ou non urgent, par exemple la chirurgie esthétique, des soins pour maladie chronique, la réadaptation ou toute complication qui y serait reliée directement ou indirectement.

Nous ne verserons aucune indemnité pour tout *traitement*, toute chirurgie ou tout médicament pour lesquels, selon le dossier médical, la *personne assurée* aurait pu attendre son retour dans sa province ou son territoire de résidence.

Article 8 : Que faire en cas d'urgence médicale?

Si une *urgence médicale* survient, vous devez appeler *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 7, à la rubrique « Restrictions relatives aux *urgences médicales* : 1. Omission de déclaration ». 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 sans frais; ou
- de n'importe où ailleurs, le 416-977-5040, à frais virés.

Notre administrateur déterminera si une assurance est en vigueur et, si tel est le cas, il orientera la *personne assurée* 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 l'*urgence médicale* de la *personne assurée*, à partir de la déclaration initiale jusqu'à la fin de l'*urgence médicale*. Si un tel paiement direct est impossible, la *personne assurée* peut être appelée 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*.

Article 9 : 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 l'article 8, « Que faire en cas d'*urgence médicale*? », sans quoi les indemnités seront limitées.

Si vous souhaitez présenter une réclamation relativement à une *urgence médicale*, conformément aux exigences énumérées à l'article 14, « 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*; et
- votre dossier médical historique (si nous le jugeons pertinent).

Si vous avez présenté la réclamation immédiatement

Si *notre administrateur* garantit ou paie des frais admissibles au nom d'une *personne assurée*, alors vous et, le cas échéant, la *personne assurée* devrez signer un formulaire d'autorisation permettant à *notre administrateur* de recouvrer ces sommes :

- auprès du *RAMG* de la *personne assurée*;
- auprès de tout autre régime d'assurance maladie ou de toute autre police d'assurance;

■ au moyen de droits que *vous* pouvez avoir contre tout autre assureur ou toute tierce partie responsable (veuillez vous reporter à l'article 14, « 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* et la *personne assurée* (le cas échéant) devrez aider *notre administrateur* à obtenir le remboursement de ce montant, au besoin.

En outre, la *personne assurée* doit fournir une preuve indiquant la date réelle de son départ de sa province ou de son territoire de résidence. Sur demande, la *personne assurée* doit également confirmer les dates de tout voyage de retour dans sa province ou son territoire de résidence, y compris dans le cas de l'interruption d'un *voyage couvert*.

REMARQUE : Si *notre administrateur* paie des frais par anticipation et qu'il est établi par la suite que ces frais ne sont pas couverts aux termes du présent *certificat*, la *personne assurée* doit *nous* les rembourser.

Si vous n'avez pas présenté la réclamation immédiatement

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

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

Les frais admissibles aux termes de l'*assurance soins médicaux d'urgence* qui ne sont pas couverts par le RAMG ou par les autres régimes ou assureurs doivent être soumis à *notre administrateur* avec les preuves de réclamation, les reçus et les relevés de paiement. Pour savoir comment obtenir un formulaire de réclamation, veuillez vous reporter à l'article 10, « Comment joindre *notre administrateur*? », à la rubrique « Service à la clientèle ».

En outre, la *personne assurée* doit fournir une preuve indiquant la date réelle de son départ de sa province ou de son territoire de résidence. Il peut s'agir, notamment, d'un itinéraire de vol, de reçus d'essence ou de reçus de péage.

Article 10 : Comment joindre *notre administrateur*?

Ligne d'assistance d'urgence 24 h

Pour déclarer une *urgence médicale* ou pour demander une prolongation du régime d'assurance occasionnelle pour un *voyage couvert*, appelez *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.

Service à la clientèle

Pour obtenir 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 poster *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

Article 11 : Preuve d'assurance

Il est important de savoir si *vous* disposez d'une assurance. *Vous* aurez une couverture une fois que *vous* aurez exécuté les étapes suivantes :

- vérifier si les demandeurs remplissent les critères d'admissibilité pour l'assurance indiqués à l'article 3, « Admissibilité – Qui peut faire une demande d'assurance? »;
- faire une demande d'assurance;
- au besoin, *nous* fournir une preuve d'assurance exacte et complète. Veuillez vous reporter à l'article 4, « Cas exigeant un questionnaire médical et obligations importantes »; et
- payer la prime exigée.

Une fois toutes ces étapes exécutées, *vous* recevrez une preuve d'assurance.

Qu'est-ce qu'une 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*.

Article 12 : Fin de votre certificat

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

- la date de retour prévue indiquée dans *votre demande* ou dans *votre dernière déclaration de couverture*;
- la date à laquelle la dernière *personne assurée* retourne à sa province ou à son territoire de résidence après le *voyage couvert*;
- la date à laquelle la dernière *personne assurée* cesse d'être admissible à la couverture;
- la date à laquelle l'assurance de la dernière *personne assurée* est résiliée en raison d'un changement dans son *trouble médical* avant son départ pour le *voyage couvert*; et
- la *date d'entrée en vigueur* de *votre* demande de résiliation de *votre certificat*.

REMARQUE : Pour obtenir plus de précisions sur la prolongation automatique du *certificat* en situation d'*urgence médicale*, veuillez vous reporter à l'article 5, « *Période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence* ».

Résiliation de votre régime d'assurance occasionnelle

Toutes les demandes de résiliation du régime d'assurance occasionnelle doivent être présentées à *notre administrateur*, que ce soit par écrit ou par téléphone (veuillez vous reporter à l'article 10, « Comment joindre *notre administrateur*? »). Dans le tableau qui suit, il est expliqué comment et quand le régime d'assurance occasionnelle peut être résilié.

Comment résilier le régime?	Quand résilier le régime?	Remboursement de la prime/Frais
<ul style="list-style-type: none">• par téléphone – la résiliation prend effet à la date de <i> votre</i> appel, ou• au moyen d'une demande écrite, envoyée par la poste – la résiliation prend effet à la date d'oblitération postale de <i> votre</i> demande.	Avant la date de départ figurant dans <i> votre demande</i> ou <i> votre déclaration de couverture</i> .	Remboursement intégral
	Après la date de départ figurant dans <i> votre demande</i> ou <i> votre déclaration de couverture</i> et <u>aucune réclamation</u> n'a été présentée.	Remboursement au prorata, déduction faite de frais d'administration de 15 \$.

Article 13 : Primes et remboursements de primes

Veuillez noter que le barème de primes peut être modifié sans préavis.

Si *vous* êtes tenu de remplir le questionnaire médical dans le cadre de *votre demande*, vos primes seront fondées sur vos réponses aux questions posées et sur la durée de *votre voyage couvert*.

Autrement, les primes seront fondées sur :

- l'âge de la personne la plus âgée à assurer aux termes de *votre certificat* à la *date d'entrée en vigueur* de *votre certificat*;
- le barème de primes en vigueur au moment de *votre demande*;
- la durée de *votre voyage couvert*; et
- le type de *votre* assurance (assurance individuelle, assurance pour deux personnes, assurance familiale).

Si *vous* demandez une prolongation du régime d'assurance occasionnelle, la prime minimale sera de 15 \$.

Si *vous* résiliez *votre* assurance, vos primes peuvent être remboursées intégralement ou partiellement, tel qu'il est précisé à l'article 12, « Fin de *votre certificat* ».

Article 14 : Conditions générales

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

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 9, « 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 est déposée.

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 faire subir à la *personne assurée* un examen médical au moment et à la fréquence raisonnablement nécessaires.

Versement des indemnités

La présente police 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, ni *vous* ni aucune *personne assurée* 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.

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*;
- 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.

Autre assurance

Si *vous* bénéficiez d'une autre assurance en plus du présent *certificat*, qu'elle soit offerte par *nous* ou par un autre assureur, l'ensemble des indemnités payables aux termes de toute *votre* assurance, y compris le présent *certificat*, à l'égard d'une réclamation, ne peut dépasser les frais réels engagés en lien avec la 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.

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.

Fausse réclamation

Si *vous* ou une *personne assurée* faites une réclamation en la sachant fausse ou frauduleuse à quelque égard que ce soit, ni *vous* ni la *personne assurée* n'aurez droit à une indemnité aux termes de la présente protection ni à un paiement relatif à une réclamation en vertu de la police collective.

Devise

Tous les montants indiqués sont en dollars canadiens.

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 l'impossibilité pour toute *personne assurée* d'obtenir un *traitement* médical.

Police collective

Toutes les indemnités prévues par le présent *certificat* sont régies en tous points par les dispositions de la police collective, et 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 aux *personnes assurées* 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.

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 »).

Votre certificat d'assurance se termine ici.

Assurance médicale de voyage Convention sur la confidentialité

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 services de dépôt, de placement, de prêt, de valeurs mobilières, de fiducie, d'assurance et d'autres produits et services. 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 autorités chargées de l'application de la loi et des 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;
- 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;
- évaluer et gérer nos risques, nos opérations 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;
- 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 et 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 à tout professionnel de la santé, établissement de santé, compagnie d'assurance, organisation qui gère des banques de données d'information publique ou bureau 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/privée 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 – 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) N2P 2E9

Canada

N° de tél. : 1-800-293-4941

Courriel : 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

P.O. Box 1

TD Centre

Toronto (Ontario) M5K 1A2

N° de tél. : 1-877-734-1288

Courriel : 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

Toronto-Dominion Centre

Toronto (Ontario) M5K 1A2

N° de tél. : 416-982-4884 ou 1-888-361-0319 (sans frais)

N° de téléc. : 416-983-3460 ou 1-866-891-2410 (sans frais)

Courriel : 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

N° de tél. : 416-299-6931 ou 1-877-225-0446 (sans frais)

N° de téléc. : 416-299-4261

Site Web : 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

N° de tél. : 416-777-9002 ou 1-888-295-8112 (sans frais)

N° de téléc. : 416-777-9750

Site Web : 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^e 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. 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.

