



IMPORTANT : VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LE PRÉSENT CERTIFICAT D'ASSURANCE.

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

L'assurance décrite aux présentes couvre uniquement les sinistres survenus dans des circonstances soudaines et imprévisibles.

ATTENTION : Si la personne souffre d'une maladie ou présente des symptômes avant ou à la date de son départ, une exclusion des *maladies préexistantes* peut s'appliquer.

L'assurance offerte en vertu des présentes ne couvre pas les réclamations liées à une *maladie préexistante* ou qui en découlent.

Lorsque vous faites une réclamation à la suite d'un accident, d'une blessure ou d'une maladie, nous pouvons examiner votre dossier médical antérieur.

L'assurance est fournie par TD, Compagnie d'assurance-vie (« TD Vie ») en vertu de la police collective TI002 (la « police collective ») émise par TD Vie à l'intention de La Banque Toronto-Dominion (le « titulaire de la police » ou « TD Canada Trust »).

REMARQUES IMPORTANTES :

Que faire en cas d'urgence

Toutes les urgences doivent être immédiatement signalées à *notre administrateur*. Par urgences, on entend les urgences médicales et, si vous avez contracté le régime annuel, toutes les urgences couvertes qui entraîneraient l'annulation ou l'interruption du voyage. Si vous ne communiquez pas promptement avec *notre administrateur*, les indemnités peuvent être limitées ou exclues. **Veillez vous reporter aux articles 14 et 15 afin d'obtenir de plus amples renseignements.**

Mise à jour de la situation médicale avant le départ

Si vous avez 55 ans ou plus et que vous voyagez plus de 17 jours ou si vous avez 85 ans ou plus, vous devez répondre à des questions sur votre état de santé afin de souscrire l'assurance pour un *voyage couvert* en vertu du présent *certificat*. Vous devez nous tenir informés de tout changement à votre situation médicale qui se produit avant votre départ pour ledit *voyage couvert*. Si ce n'est pas fait, l'assurance sera nulle. **Veillez vous reporter à l'article 4 pour de plus amples renseignements.**

Maladies préexistantes

Si vous avez opté pour le régime annuel, une exclusion des maladies préexistantes s'applique au regard de l'assurance annulation de voyage et de l'assurance interruption de voyage. **Veillez vous reporter aux articles 10 à 13 afin d'obtenir de plus amples renseignements sur les restrictions et exclusions.**

Une telle exclusion s'applique également à l'assurance soins médicaux pour toute personne qui n'a pas eu à répondre à des questions sur son état de santé afin de souscrire l'assurance pour un *voyage couvert*. Toutefois, si vous êtes tenus de répondre à des questions d'ordre médical dans le cadre de votre *demande*, aucune exclusion ne s'applique. **Veillez vous reporter à l'article 4 afin d'obtenir de plus amples renseignements.**

Article 1 – Sommaire des indemnités

Régime annuel

Avantage	Indemnité maximale payable
Assurance annulation de voyage	1 000 \$ par <i>personne assurée</i> , par <i>voyage couvert</i> ou, le cas échéant, tout montant plus élevé indiqué dans la plus récente <i>demande</i> ou <i>lettre de confirmation</i> , jusqu'à concurrence de 3 000 \$. Maximum global de 5 000 \$ pour toutes les <i>personnes assurées</i> et tous les <i>voyages couverts</i> par <i>année d'assurance</i> ou, le cas échéant, tout montant plus élevé indiqué dans la plus récente <i>demande</i> ou <i>lettre de confirmation</i> , jusqu'à concurrence de 15 000 \$.
Assurance interruption de voyage	5 000 \$ par <i>personne assurée</i> , par <i>voyage couvert</i> . Aucun maximum global par <i>année d'assurance</i> .
Assurance soins médicaux d'urgence	2 000 000 \$ par <i>personne assurée</i> , par <i>voyage couvert</i> . Aucun maximum global par <i>année d'assurance</i> .

Régime d'assurance occasionnelle

Avantage	Indemnité maximale payable
Assurance soins médicaux d'urgence	2 000 000 \$ par personne assurée, par voyage couvert.

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

Article 2 – Définitions

Dans le présent *certificat*, les termes et expressions en italiques ont le sens qui leur est donné ci-après :

« *date anniversaire* » Dans le cas du régime annuel, date qui correspond à une (1) année à compter de la *date d'entrée en vigueur* et, si le *certificat* est renouvelé, aux dates anniversaires subséquentes à compter de la *date d'entrée en vigueur*.

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

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

« *titulaire du certificat* » Client de TD Canada Trust dont la demande de souscription à une *assurance individuelle*, à une *assurance de couple* ou à une *assurance familiale* a été acceptée.

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

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

« *période de couverture* » Période de *couverture de l'assurance annulation de voyage*, *période de couverture de l'assurance interruption de voyage* ou *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence*, selon le cas.

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

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

« *voyage couvert* » **Tout voyage :**

- effectué par une *personne assurée*;
- à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de la *personne assurée*;
- qui, dans le cas du régime annuel, commence et prend fin alors que le régime est en vigueur;
- qui, dans le cas du régime d'assurance occasionnelle, commence et prend fin aux dates de départ et de retour indiquées dans la *demande* ou, le cas échéant, dans la plus récente *lettre de confirmation* pour le voyage en question; et
- qui n'est couvert que pendant les 182 premiers jours consécutifs lorsque le voyage a une durée de plus de 182 jours.

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

« *enfants à charge* » **Vos enfants :**

- qui ne sont pas mariés;
- dont vous assurez entièrement le soutien; et
- qui sont :
 - 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.

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

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

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

« **frais admissibles** » *Frais admissibles en vertu de l'assurance annulation de voyage, frais admissibles en vertu de l'assurance interruption de voyage ou frais admissibles en vertu de l'assurance soins médicaux d'urgence, selon le cas.*

« **frais admissibles en vertu de l'assurance soins médicaux d'urgence** » Frais définis à l'article 12.

« **frais admissibles en vertu de l'assurance annulation de voyage** » Frais définis à l'article 10.

« **frais admissibles en vertu de l'assurance interruption de voyage** » Frais définis à l'article 11.

« **assurance familiale** » Assurance en vertu du présent *certificat* pour *vous, votre conjoint* et, le cas échéant, *vos enfants à charge*.

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

« **police collective** » La *police collective* T1002 émise par TD, Compagnie d'assurance-vie à l'intention de La Banque Toronto-Dominion.

« **hôpital** »

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

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

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

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

« **personne assurée** » **Toute personne :**

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

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

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

« **période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence** » Période définie à l'article 9.

« **notre administrateur** » La société que *nous* avons choisie pour fournir les services de soutien en matière de soins médicaux et de demandes de règlement, assurer le paiement des réclamations et fournir les services administratifs en vertu de la *police collective*.

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

« **année d'assurance** » Dans le cas du régime annuel, l'année d'assurance correspond à la période qui débute à la *date d'entrée en vigueur* de l'assurance et qui se termine douze mois après, soit à la *date anniversaire*, ainsi qu'à toute période subséquente de douze mois lorsque l'assurance annuelle est renouvelée.

« **maladie préexistante** » Problème médical :

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

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

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

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

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

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

« **conjoint** »

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

« **période de couverture de l'assurance annulation de voyage** » Période définie à l'article 9.

« **période de couverture de l'assurance interruption de voyage** » Période définie à l'article 9.

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

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

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

Article 3 – Admissibilité

Admissibilité au régime annuel ou au régime d'assurance occasionnelle

Vous pouvez faire une demande d'*assurance individuelle* en vertu du régime annuel ou du régime d'assurance occasionnelle si :

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

Vous pouvez faire une demande d'*assurance de couple* pour vous et *votre conjoint* ou tout compagnon de voyage désigné en vertu du régime annuel ou du régime d'assurance occasionnelle si :

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

Vous pouvez faire une demande d'*assurance familiale* pour vous, *votre conjoint* et vos *enfants à charge* en vertu du régime annuel ou du régime d'assurance occasionnelle si :

- vous avez nommé *votre conjoint* ou vos *enfants à charge* dans *votre demande*; et
- ils satisfont aux critères susmentionnés sauf :
 - qu'ils ne doivent pas nécessairement être des clients de TD Canada Trust; et
 - qu'ils doivent voyager avec vous ou *votre conjoint* s'il s'agit d'un *enfant à charge*.

REMARQUE : Un *enfant à charge* ne doit pas nécessairement être âgé de 18 ans pour être admissible à titre de *personne assurée*.

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

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

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

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

Admissibilité à une garantie complémentaire au régime annuel

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

- *vous* n'avez pas à être présent physiquement dans *notre* province ou territoire de résidence au moment d'acheter cette garantie complémentaire;
- *vous* pouvez souscrire l'assurance avant ou après *notre* départ en voyage, sous réserve des conditions suivantes :
 - aucune *personne assurée* n'a eu besoin de *soins médicaux d'urgence* en date de la présentation de *notre* demande de garantie complémentaire,
 - l'assurance est demandée avant la fin de la 17^e journée du voyage (la journée du départ compte comme une journée complète),
 - la durée totale du *voyage couvert* n'excède pas 182 jours consécutifs.

REMARQUE : La prime minimale pour la garantie complémentaire au régime annuel est de 15 \$, et le montant sera porté à *notre* carte de crédit.

Admissibilité à la prolongation du régime d'assurance occasionnelle

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

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

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

Article 4 – Preuve d'assurabilité

Preuve médicale

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

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

- **soit de mentionner toutes les maladies, les médicaments actuellement pris ainsi que les périodes d'hospitalisation dans ses réponses aux questions sur son état de santé;**
- **soit de répondre de façon complète et exacte aux questions sur son état de santé posées à l'occasion de l'entretien téléphonique avec *notre* administrateur.**
- **Le présent *certificat* et toute assurance aux termes des présentes seront considérés comme nuls et non avenus même si l'information non déclarée ou les fausses déclarations fournies ont trait uniquement au montant de la prime que *vous* étiez tenu de payer et le présent *certificat* sera nul et non avenu même si l'information non déclarée ou les fausses déclarations fournies ne concernent pas la cause de la réclamation. C'est pour cette raison que *nous* vérifions les réponses fournies aux questions d'ordre médical dans la demande. *Nous* pouvons vérifier ces réponses en tout temps et *nous* les vérifions au moment de la réclamation.**

Dans quels cas une preuve médicale doit elle être présentée?

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

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

Obligation de fournir la plus récente preuve médicale

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

Le présent *certificat* sera nul et non avenu, et aucune indemnité ne sera versée en vertu de ce dernier, si la *personne assurée* :

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

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

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

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

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

Article 5 – Procédure de demande d'assurance

Par téléphone

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

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

En ligne

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

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

Dans une succursale de TD Canada Trust

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

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

Article 6 – Entrée en vigueur du *certificat*

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

- *Vous* avez demandé l'assurance d'une des façons décrites à l'article 5.
- Toutes les personnes à assurer satisfont aux critères d'admissibilité énoncés à l'article 3.
- Si l'une des personnes à assurer doit fournir une preuve d'assurabilité, conformément à l'article 4, cette preuve doit avoir été produite, et *notre administrateur* doit avoir confirmé que la personne pouvait être assurée.

- Vous avez payé la prime requise.
- Si vous vous êtes présenté à une succursale de TD Canada Trust pour soumettre votre demande, un représentant autorisé de la succursale doit avoir estampillé votre *certificat* d'assurance afin d'indiquer que votre assurance a été émise.
- Si vous avez présenté votre demande par téléphone ou par Internet, vous devez avoir reçu un *numéro de certificat* qui confirme que l'assurance a été émise, et une *lettre de confirmation* doit avoir été envoyée par notre administrateur.

Article 7 – Renouvellement du régime annuel

Votre régime annuel est automatiquement renouvelé à la *date anniversaire* si les conditions suivantes sont remplies :

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

Si l'une de ces conditions n'est pas satisfaite et que vous souhaitez renouveler votre régime annuel, vous devez communiquer avec notre administrateur avant la *date anniversaire* afin de prendre des dispositions en ce qui a trait au paiement. Vous pouvez appeler notre administrateur au numéro sans frais 1-800-293-4941 ou au 416-977-2039, entre 8 h et 20 h (HNE), du lundi au vendredi, ou entre 12 h et 18 h (HNE), le samedi.

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

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

Article 8 – Fin de la validité du *certificat*

Régime annuel

Le *certificat* du régime annuel prendra fin à l'une des dates suivantes, selon la première éventualité :

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

Régime d'assurance occasionnelle

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

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

Prolongation automatique du *certificat* dans le cas d'urgences médicales

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

Résiliation de l'assurance

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

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

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

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

Article 9 – Période de couverture pour chaque protection

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

Si vous avez souscrit le régime annuel, la période de couverture de l'assurance annulation de voyage prend effet à la plus tardive des dates suivantes :

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

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

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

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

Si vous avez souscrit le régime annuel, la période de couverture de l'assurance interruption de voyage prend effet à la plus tardive des dates suivantes :

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

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

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

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

Si vous avez souscrit le régime annuel, la période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence prend effet à la date de départ de la personne assurée pour le voyage couvert.

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

- la date de retour de la personne assurée après le voyage couvert;
- à 23 h 59 le 17^e jour du voyage couvert si ce dernier dure plus de 17 jours et qu'aucune garantie complémentaire au régime annuel n'a été achetée pour le voyage couvert (la journée du départ compte comme une journée complète, et la personne assurée devra fournir une preuve, que nous jugeons satisfaisante, de la date réelle de départ de sa province ou de son territoire de résidence; cette preuve de votre date de départ peut notamment comprendre l'itinéraire de vol, des reçus d'essence ou des reçus de péage);
- à 23 h 59 la dernière journée de la garantie complémentaire au régime annuel si une garantie complémentaire a été achetée, tel qu'il serait indiqué dans la plus récente lettre de confirmation;
- la date de fin du présent certificat.

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

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

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

Si vous avez souscrit le régime d'assurance occasionnelle, la période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence prend effet à la plus tardive des dates suivantes :

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

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

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

La *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence* (régime d'assurance occasionnelle) 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 *votre certificat* du régime d'assurance occasionnelle décrit à l'article 8, pourvu que les conditions suivantes soient respectées :

- cette *personne assurée* n'a présenté aucune réclamation en vertu de ce *certificat* et n'a pas eu besoin de *soins médicaux d'urgence* au cours du *voyage couvert* ou durant son retour temporaire dans sa province ou son territoire de résidence;
- il n'y a eu aucun changement quant aux *maladies préexistantes* de la *personne assurée* au cours du *voyage couvert* ou durant son retour temporaire dans sa province ou son territoire de résidence;
- l'état de santé de cette *personne assurée* n'a pas changé durant son retour temporaire dans sa province ou son territoire de résidence;
- en plus de respecter toutes les conditions susmentionnées, la *personne assurée* doit être apte à poursuivre son *voyage couvert*.

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

Si vous avez souscrit le régime annuel, nous verserons à la *personne assurée* une indemnité en vertu de l'assurance annulation de voyage si cette personne doit annuler un *voyage couvert* pour l'un des *motifs d'annulation couverts* énumérés ci-dessous, à condition que ce motif soit invoqué pendant la *période de couverture de l'assurance annulation de voyage* pour le *voyage couvert*. Aucune indemnité ne sera versée à la suite de l'annulation d'un *voyage couvert* pour un motif autre que ceux mentionnés ci-après.

L'**indemnité versée en vertu de l'assurance annulation de voyage** est assujettie à l'indemnité maximale payable, définie à l'article 1.

Les **frais admissibles en vertu de l'assurance annulation de voyage** correspondent à l'une des deux options suivantes :

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

« motif d'annulation couvert »

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

EXCLUSIONS RELATIVES À L'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

1. Maladie préexistante

Aucune indemnité ne sera versée à l'égard d'une maladie de la *personne assurée* qui est liée ou qui découle d'une *maladie préexistante*.

2. Maladies raisonnablement prévisibles

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

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

L'indemnité sera limitée aux pénalités d'annulation en vigueur à la date d'occurrence du *motif d'annulation couvert*; il est donc essentiel d'annuler promptement le voyage.

4. Programme de points pour grands voyageurs

En aucun cas une indemnité ne sera versée relativement à la valeur des points pour grands voyageurs qui ont été perdus. Toutefois, les Points TD accumulés dans le compte de *votre carte Visa Infinite** TD Classe ultime Voyages peuvent être utilisés à titre d'indemnité en vertu du présent *certificat*.

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

Si vous avez choisi le régime annuel, nous verserons à la *personne assurée* une indemnité en vertu de l'assurance interruption de voyage si cette personne doit mettre fin prématurément à un *voyage couvert* pour l'un des motifs d'annulation couverts énumérés ci-dessous, à condition que le motif soit invoqué pendant la *période de couverture de l'assurance interruption de voyage* pour le *voyage couvert*. Aucune indemnité ne sera versée à la suite de l'interruption d'un *voyage couvert* pour un motif autre que ceux mentionnés ci-après.

L'**indemnité versée en vertu de l'assurance interruption de voyage** est assujettie à l'indemnité maximale payable, définie à l'article 1.

Les **frais admissibles en vertu de l'assurance interruption de voyage** comprennent les éléments suivants :

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

« motif d'interruption couvert »

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

EXCLUSIONS RELATIVES À L'ASSURANCE INTERRUPTION DE VOYAGE

1. Maladies préexistantes

Aucune indemnité ne sera versée à l'égard d'une maladie de la *personne assurée* qui est liée ou qui découle d'une *maladie préexistante*.

2. Maladies raisonnablement prévisibles

Aucune indemnité ne sera versée relativement à une maladie ou à une blessure accidentelle de la *personne assurée* si l'événement était raisonnablement prévisible :

- lorsque la *personne assurée* a quitté pour le *voyage couvert*;
- à la date d'achat de la garantie complémentaire au régime annuel, si la garantie a été achetée après la date de départ.

3. Interruption en dehors de la période de couverture

Aucune indemnité ne sera versée à l'égard d'une interruption qui survient avant ou après la *période de couverture de l'assurance interruption de voyage*.

Ainsi, aucune indemnité ne sera versée à l'égard d'une interruption qui survient après 23 h 59 le 17 jour d'un *voyage couvert*, si aucune garantie complémentaire au régime annuel n'a été achetée pour le voyage.

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

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

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

5. Motifs non couverts

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

6. Programme de points pour grands voyageurs

En aucun cas une indemnité ne sera versée relativement à la valeur des points pour grands voyageurs qui ont été perdus. Toutefois, les Points TD accumulés dans le compte de votre carte *Visa Infinite** TD Classe ultime Voyages peuvent être utilisés à titre d'indemnité en vertu du présent *certificat*.

7. Voyage de retour inutilisé

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

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

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

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

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

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

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

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

- lorsque la *personne assurée* est *hospitalisée* et devra vraisemblablement demeurer à l'*hôpital* pendant au moins trois jours consécutifs, un billet aller-retour en classe économique à partir du Canada est accordé, selon les conditions suivantes :
 - le billet ne sera accordé qu'au *conjoint*, au père, à la mère, à un enfant, à un frère ou à une sœur de la *personne assurée*;
 - *notre administrateur* a approuvé au préalable une telle initiative;

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

- le montant d'un billet d'avion simple en classe économique si :
 - une *urgence médicale* couverte touche la *personne assurée*;
 - de ce fait, le compagnon de voyage prolonge son séjour au-delà de la date de retour prévue;
 - *notre administrateur* approuve, au préalable, le coût d'un billet d'avion simple en classe économique qui permettra au compagnon de voyage de retourner à son lieu de départ;

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

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

- jusqu'à 150 \$ par jour en frais de repas et de logement, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ pour une personne, si :
 - *notre administrateur* a approuvé le transport de la personne en vertu de l'indemnité de transport jusqu'au chevet du malade ou de l'indemnité pour le compagnon de voyage;
 - *notre administrateur* a approuvé au préalable l'indemnité pour le compagnon de chevet;

• **retour de véhicule :**

- maximum de 1 000 \$ pour les frais engagés pour le retour du véhicule de la *personne assurée* à sa résidence ou, le cas échéant, à l'agence de location appropriée la plus proche, si :
 - la *personne assurée* ne peut retourner le véhicule elle-même en raison d'une *urgence médicale* couverte;
 - *notre administrateur* se charge du retour du véhicule;

• **rapatriement de la dépouille :**

- un montant maximum de 5 000 \$ sera payable pour les frais engagés afin de préparer et de transporter au pays la dépouille de la *personne assurée*, si la *personne assurée* est morte par suite d'une *urgence médicale* couverte;
- un billet aller-retour en classe économique si :
 - un *membre de la famille immédiate* doit aller identifier la personne défunte ou recueillir les autorisations nécessaires pour rapatrier sa dépouille;
 - *notre administrateur* approuve ce transport au préalable.

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

Restrictions relatives aux soins médicaux d'urgence

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.
- Si l'*urgence médicale* n'est pas déclarée comme prévu, l'indemnité maximale payable sera réduite à 80 % des *frais admissibles en vertu de l'assurance soins médicaux d'urgence*, sous réserve d'un maximum de 30 000 \$.

2. Généralités

Tel qu'il a été mentionné précédemment, les indemnités payables en vertu de la présente *police collective* équivaudront aux frais couverts qui ont été réellement engagés, moins :

- la somme remboursable en vertu du *RAMG*;
- la somme remboursable en vertu d'une autre assurance ou d'un autre régime d'assurance-maladie.

EXCLUSIONS RELATIVES AUX SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

1. Maladie préexistante

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

2. Maladies raisonnablement prévisibles

Aucune indemnité ne sera versée relativement à une maladie, à une blessure accidentelle ou à une *urgence médicale* qui était raisonnablement prévisible :

- lorsque la *personne assurée* a quitté pour le *voyage couvert*;
- lorsque *vous* avez acheté une prolongation d'assurance, si *vous* l'avez achetée après la date de départ.

3. Urgence médicale en dehors de la période de couverture

- Aucune indemnité ne sera versée à l'égard d'une *urgence médicale* qui survient avant ou après la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence*.
- Par exemple, dans le cas d'un régime annuel, aucune indemnité ne sera versée à l'égard d'une *urgence médicale* qui survient après 23 h 59 le 17^e jour d'un *voyage couvert*, si aucune garantie complémentaire au régime annuel n'a été achetée pour le voyage.

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

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

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

5. Récidives

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

6. Incapacité d'obtenir une approbation préalable

- En ce qui concerne les *frais admissibles* qui doivent être préalablement approuvés par *notre administrateur*, aucune indemnité ne sera versée si l'approbation préalable n'a pas été obtenue.
- Aucune indemnité ne sera versée pour toute chirurgie ou tout procédé effractif qui n'a pas été approuvé à l'avance par *notre administrateur*, sauf pour les cas extrêmes où une demande d'approbation préalable retarderait une chirurgie nécessaire dans une situation constituant un danger de mort.

7. Services non urgents

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

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

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

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

Le présent certificat sera nul et non avenu, et aucune indemnité ne sera versée en vertu de ce dernier, dans les cas suivants :

1. Fausse déclaration

- Toute maladie au sujet de laquelle nous avons ou *notre administrateur* a reçu de votre part ou de celle d'une *personne assurée* des renseignements faux ou inexacts en ce qui a trait à l'*hospitalisation*, aux traitements ou aux médicaments.

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

- Si une *personne assurée* doit fournir une preuve d'assurabilité, conformément à l'article 4, et qu'elle commet une des omissions suivantes :
 - a. elle omet de mentionner toutes les maladies, conformément à l'article 4;
 - b. elle omet de communiquer avec *notre administrateur* entre la date d'adhésion et la date de départ afin de déclarer tout changement survenu au cours de cette période relativement à son état de santé, conformément à l'article 4.

EXCLUSIONS SUPPLÉMENTAIRES APPLICABLES À TOUTES LES INDEMNITÉS

Veillez vous reporter à l'article approprié pour de plus amples renseignements sur les exclusions particulières qui s'appliquent à une indemnité précise. En outre, dans tous les cas, aucune indemnité ne sera versée pour des traitements, des services ou des frais liés aux facteurs ci-après ou qui en résultent :

a. Grossesse

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

b. Automutilation volontaire

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

c. Omission de prendre des médicaments

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

d. Abus d'alcool ou de drogues

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

e. Crime

- La participation à une infraction criminelle.

f. Sports professionnels ou épreuve de course

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

g. Guerre ou terrorisme

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

h. Trajets quotidiens

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

i. Troubles mentaux

- Tout trouble mental, nerveux ou affectif, y compris toute *urgence médicale* découlant de ces troubles.

j. Activités dangereuses

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

k. Avis aux voyageurs

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

Article 14 – Que faire en cas d'urgence médicale

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

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

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

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

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

Article 15 – Clients du régime annuel : que faire si vous devez annuler ou interrompre un voyage

Annulation de voyage

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

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

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

Interruption de voyage

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

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

Article 16 – Comment présenter une réclamation

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

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

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

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

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

Réclamation pour des soins médicaux d'urgence

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

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

Si, sans avoir communiqué avec *notre administrateur* pour obtenir son aide et ses services de gestion des réclamations, une *personne assurée* engage des *frais admissibles en vertu 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 ou à tout assureur.

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

En outre, la *personne assurée* sera tenue de fournir une preuve indiquant la date réelle à laquelle elle a quitté sa province ou son territoire de résidence. Cette preuve de *votre* date de départ peut notamment comprendre l'itinéraire de vol, des reçus d'essence ou des reçus de péage.

Si vous avez déclaré l'urgence médicale

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

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

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

En outre, la *personne assurée* sera tenue de fournir une preuve indiquant la date réelle à laquelle elle a quitté sa province ou son territoire de résidence. Le cas échéant, une *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 d'une interruption d'un *voyage couvert*.

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

Article 17 – Comment joindre notre administrateur

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

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

Du Canada ou des États-Unis, composez le **1-800-359-6704**.

Ailleurs, appelez à frais virés au **416-977-5040**.

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

Service à la clientèle : numéro de téléphone

Pour souscrire une assurance ou pour augmenter le montant d'indemnité de l'assurance annulation de voyage en vertu de *votre* régime annuel, *vous* pouvez joindre *notre administrateur* du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HNE), ou le samedi, de 12 h à 18 h au **1-800-293-4941** ou au **416-977-2039**.

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

Service à la clientèle : adresse postale

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

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

Pour toute question, *vous* pouvez communiquer directement avec TD Vie, en composant le **1-888-788-0839** (choisissez l'option « 1 », puis l'option « 1 » de nouveau), en *nous* écrivant à l'adresse suivante :

TD, Compagnie d'assurance-vie
À l'attention du directeur de produits, Assurance médicale de voyage
120 Adelaide Street West, 2nd Floor
Toronto (Ontario) M5H 1T1

ou en *nous* envoyant un courriel à l'adresse : **TD.InsuranceLifeAndHealth@td.com**.

Article 18 – Primes et remboursements de primes

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

Autrement, les primes seront fondées sur :

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

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

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

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

Article 19 – Dispositions générales

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

Preuve de sinistre

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

Examen

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

Subrogation

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

Autre assurance

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

Poursuite judiciaire

Aucune action ni procédure ne peut être intentée contre nous plus de deux (2) ans après la date à laquelle le sinistre est survenu. Toute action ou procédure intentée contre l'assureur en paiement d'une demande d'indemnité présentée en vertu du contrat est irrecevable si elle n'est pas intentée dans le délai prescrit par la Loi sur les assurances ou par toute autre loi qui s'applique dans votre province ou territoire de résidence. Toutes les actions ou procédures contre nous doivent être intentées dans la province ou le territoire de résidence du titulaire du *certificat* à la date d'entrée en vigueur du présent *certificat* et seront régies d'après les lois de cette province ou de ce territoire, sans que ses règles de conflits de lois ne soient prises en compte.

Fausse réclamation

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

Monnaie

Tous les montants indiqués sont exprimés en dollars canadiens.

Accès aux soins médicaux

TD Vie, TD Canada Trust, 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 cette dernière constitue, à elle seule, la convention en vertu de laquelle les indemnités sont payables. Les principales dispositions de la *police collective* se rapportant aux *personnes assurées* sont résumées dans le présent *certificat*. La *police collective* est conservée en dossier dans les bureaux du « titulaire de la police » et vous avez le droit, sur demande, de l'examiner ou d'en recevoir une copie.

Votre *certificat* d'assurance se termine ici.

Autorisation

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

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

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

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

Vous convenez que TD Vie peut communiquer des renseignements à votre sujet (à l'exception des renseignements sur votre état de santé) à ses sociétés affiliées afin d'établir votre profil et de vous servir à titre de client, afin de déterminer quels autres produits ou services vous conviennent et de vous les offrir, ou encore afin d'établir, de maintenir ou de favoriser une relation d'affaires avec vous. Vous pouvez choisir de ne pas recevoir d'offres de marketing direct en communiquant avec nous, comme il est expliqué à l'article sur la protection des renseignements personnels de la présente brochure.

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

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

CONVENTION SUR LA CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

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

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

Vous reconnaissez les dispositions suivantes, en convenez et autorisez leur application.

COLLECTE ET UTILISATION DE RENSEIGNEMENTS

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

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

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

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

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

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

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

DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS

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

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

PARTAGE DE RENSEIGNEMENTS AU SEIN DU GROUPE FINANCIER BANQUE TD

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

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

AUTRES CAS DE COLLECTE, D'UTILISATION ET DE DIVULGATION

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

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

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

Nous pouvons utiliser vos renseignements pour :

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

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

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

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

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

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

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

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

AUTRES RENSEIGNEMENTS

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

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

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

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

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

Communiquez avec un représentant du Service à la clientèle de TD Assurance :

120 Adelaide Street West, 2nd Floor

Toronto (Ontario) M5H 1T1

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

Courriel : **TD.InsuranceLifeAndHealth@td.com**

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

120 Adelaide Street West, 3rd Floor

Toronto (Ontario) M5H 1T1

Télécopieur : **416-944-5827**

Si votre problème n'est toujours pas réglé, vous pouvez joindre l'Ombudsman des assurances de personnes (OAP) :

1001, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 640

Montréal (Québec) H3A 3C8

Téléphone : **1-866-582-2088** ou **514-282-2088**

Télécopieur : **514 845-6182**

Courriel : **http://www.olhi.ca/fr/question_form.html**