



TD Assurance

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

Guide de distribution

Nom du produit d'assurance

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

Type de produit d'assurance

Assurance de voyage collective

Nom et adresse de l'assureur :

TD, Compagnie d'assurance-vie
P.O. Box 1
TD Centre
Toronto (Ontario) M5K 1A2

Téléphone : 1-888-788-0839

Nom et adresse de l'administrateur :

Allianz Global Assistance
P.O. Box 277
Waterloo (Ontario) N2J 4A4

Téléphone : 1-800-293-4941
416-977-2039

Télécopieur : 519-742-9471

Nom et adresse du distributeur :

La Banque Toronto-Dominion
P.O. Box 1
TD Centre
Toronto (Ontario) M5K 1A2

Responsabilité de l'Autorité des marchés financiers

L'Autorité des marchés financiers ne s'est pas prononcée sur la qualité du produit offert dans le présent guide. L'assureur est le seul responsable de toute différence entre le contenu du guide et celui de la police.

Table des matières

INTRODUCTION.....	3
DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT	3
NATURE DE LA GARANTIE	3
RÉSUMÉ DES CONDITIONS PARTICULIÈRES	3
PERSONNES À QUI S'ADRESSE LA PROTECTION	3
MONTANT DE LA PROTECTION	4
RISQUES COUVERTS PAR L'ASSURANCE.....	5
MONTANT DE LA COUVERTURE.....	5
PERSONNE À QUI L'INDEMNITÉ SERA VERSÉE.....	8
MONTANT DES PRIMES ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT	8
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR OU D'EXPIRATION DU CONTRAT D'ASSURANCE ET CONDITIONS QUI Y SONT RATTACHÉES	8
EXCLUSIONS, LIMITATIONS OU RÉDUCTIONS DE GARANTIE	9
RÉSILIATION.....	13
DEMANDE D'INDEMNITÉ OU DE RÉCLAMATION.....	14
COMMENT JOINDRE <i>NOTRE</i> ADMINISTRATEUR	15
RÉPONSE DE L'ASSUREUR.....	15
APPEL DE LA DÉCISION DE L'ASSUREUR ET RECOURS	15
PRODUITS SIMILAIRES	15
RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS.....	15
DÉFINITIONS.....	16
AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE.....	19

INTRODUCTION

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

Toutes les indemnités prévues par le *certificat* sont régies en tous points par les dispositions de la *police collective* et cette dernière constitue, à elle seule, la convention en vertu de laquelle les indemnités sont payables. Les principales dispositions de la *police collective* se rapportant aux *personnes assurées* sont résumées dans le *certificat*. La *police collective* est conservée en dossier dans les bureaux du titulaire de la police et *vous* avez le droit d'en recevoir et d'en consulter un exemplaire sur demande.

Les termes en caractères italiques utilisés dans le présent guide de distribution sont définis à la rubrique « DÉFINITIONS ».

DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT

NATURE DE LA GARANTIE

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

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

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

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

RÉSUMÉ DES CONDITIONS PARTICULIÈRES

L'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus procure une *assurance soins médicaux d'urgence* pour un montant pouvant aller jusqu'à 5 000 000 \$ par *voyage couvert*. Veuillez *vous* reporter au tableau qui figure à l'article « MONTANT DE LA PROTECTION » du présent guide de distribution.

PERSONNES À QUI S'ADRESSE LA PROTECTION

Vous pouvez soumettre une *demande* d'assurance en appelant *notre administrateur* et en remplissant une *demande* par téléphone. *Vous* pouvez également demander une prolongation de la couverture en appelant *notre administrateur* au numéro d'aide accessible en tout temps et en remplissant une *demande* par téléphone. Le numéro de téléphone est le 1-800-359-6704 à partir du Canada ou des États-Unis ou le 416-977-5040 (à frais virés) à partir de tout autre pays.

Vous pouvez faire une *demande* de couverture si :

- *vous* êtes âgé d'au moins 55 ans à la *date d'entrée en vigueur* de votre régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus;
- *vous* êtes un *résident du Canada*;
- *vous* êtes couvert par un *RAMG*;
- *vous* êtes un client du Groupe Banque TD;
- *vous* *vous* trouvez au Canada au moment de votre inscription à la couverture;
- *vous* avez répondu aux questions d'ordre médical visant à établir si *vous* êtes admissible à cette couverture;
- les renseignements que *vous* avez fournis dans votre *demande* sont véridiques et complets; et
- *vous* *vous* êtes inscrit à l'assurance au plus tôt 120 jours avant la *date d'entrée en vigueur* de votre assurance séjour prolongé des 55 ans et plus.

Vous **n'êtes pas** admissible à une couverture si :

- au cours des 5 dernières années, vous avez reçu un diagnostic ou un traitement, ou vous vous êtes fait prescrire ou avez pris des médicaments relativement à de la démence ou à la maladie d'Alzheimer;
- vous avez reçu un diagnostic de maladie en phase terminale ayant amené un *médecin* à estimer qu'il vous restait moins de 6 mois à vivre;
- un *médecin* vous a déconseillé d'effectuer tout voyage pour l'instant;
- au cours des 12 derniers mois, vous vous êtes fait prescrire ou avez suivi à domicile un programme d'oxygénothérapie en raison d'une condition pulmonaire;
- au cours des 12 mois précédant la date de la présente *demande*, vous avez été admis dans un *hôpital* en tant que malade *hospitalisé* ou aux services de soins d'urgence en raison d'une maladie cardiaque;
- au cours des 12 mois précédant la date de la présente *demande*, vous avez subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un accident ischémique transitoire (AIT) ou mini AVC;
- vous avez besoin de séances de dialyse rénale.

Admissibilité à la couverture de voyage pour une période complémentaire

Si vous avez déjà souscrit l'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus, vous pouvez demander une prolongation de la période de couverture si vous remplissez les critères d'admissibilité applicables figurant dans la présente rubrique, sauf que :

- vous n'avez pas à être présent physiquement au Canada au moment de souscrire cette couverture complémentaire; et
- vous pouvez faire votre *demande* avant ou après avoir quitté pour votre voyage couvert, sous réserve des conditions suivantes :
 - vous n'avez pas eu besoin de *soins médicaux d'urgence* avant la présentation de votre *demande* de couverture complémentaire;
 - vous demandez l'assurance complémentaire avant 23 h 59 (HNE) le jour où prend fin la couverture initiale; et
 - la durée du voyage couvert s'établit à au moins 30 jours, mais n'excède pas le nombre de jours maximal autorisé aux termes de votre RAMG à l'égard des voyages effectués à l'extérieur du Canada.

REMARQUES :

- Une prime additionnelle sera facturée pour la couverture complémentaire.
- La journée du départ compte comme une journée complète lorsque vous calculez la durée de votre voyage.

MONTANT DE LA PROTECTION

Le tableau qui suit montre les indemnités maximales payables.

Vous avez acheté l'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus :

Avantage	Indemnité maximale payable
Assurance soins médicaux d'urgence	Jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$
Soins infirmiers privés	Jusqu'à concurrence de 5 000 \$
Honoraires (physiothérapie, chiropratique, etc.)	Jusqu'à concurrence de 300 \$ par profession
Soins dentaires en cas d'accident	Jusqu'à concurrence de 2 000 \$
Rapatriement d'urgence au domicile	Aller simple par avion en classe économique
Compagne ou compagnon de chevet	Aller-retour par avion en classe économique et jusqu'à concurrence de 1 500 \$ pour les repas et l'hébergement de la compagne ou du compagnon de chevet
Compagne ou compagnon de voyage	Aller simple par avion en classe économique
Repas et hébergement	Jusqu'à concurrence de 3 500 \$
Frais d'hôpitaux accessoires	Jusqu'à concurrence de 500 \$
Rapatriement et accompagnement d'enfants	Aller simple par avion en classe économique et accompagnateur, si la compagnie aérienne l'exige
Rapatriement d'animaux de compagnie	Jusqu'à concurrence de 500 \$
Rapatriement d'un véhicule	Jusqu'à concurrence de 2 000 \$
Rapatriement d'une dépouille	Jusqu'à concurrence de 10 000 \$

RISQUES COUVERTS PAR L'ASSURANCE

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

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

- votre date d'entrée en vigueur indiquée dans la demande ou la plus récente déclaration de couverture;
- votre date de départ réelle pour le voyage couvert; et prend fin à l'une des dates suivantes, selon la première éventualité :
- votre date d'expiration prévue indiquée dans la demande ou la plus récente déclaration de couverture;
- votre date de retour réelle;
- la date de fin du présent certificat.

La période de couverture d'assurance soins médicaux d'urgence, dans le cadre du régime d'assurance séjour prolongé de 55 ans et plus, ne prend pas fin si vous retournez temporairement dans votre province ou votre territoire de résidence avant la date à laquelle ce régime prend fin, pourvu que les conditions suivantes soient respectées :

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

Prolongation automatique du certificat en cas d'urgence médicale

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

MONTANT DE LA COUVERTURE

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

1) Couverture d'assurance soins médicaux d'urgence

Les soins médicaux d'urgence sont couverts jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ par voyage couvert. Aucune limite globale par année d'application de la police.

2) Indemnité pour hospitalisation

L'indemnité pour hospitalisation fait partie de l'indemnité globale. Elle vise tout séjour dans un hôpital ou un établissement médical approprié pour un traitement en tant que malade hospitalisé, dans le cadre de services ambulatoires et de services de soins d'urgence qui a été approuvé au préalable par notre administrateur.

EXCLUSIONS : Établissements pour malades chroniques, maisons de convalescence, maisons de soins infirmiers ou centres de réadaptation

3) Honoraires de médecin

4) Soins infirmiers privés

- Maximum de 5 000 \$ pour les services d'une infirmière autorisée et les fournitures que celle-ci juge nécessaires.

5) Services de diagnostic

- Les frais pour les tests de diagnostic et de laboratoire et les radiographies, qui sont :
 - ordonnés par le médecin traitant; **ET**
 - 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; **OU**
 - des techniques diagnostiques effractives, y compris l'angiographie.

6) Ambulance

- Frais pour le transport d'urgence dans une ambulance à destination de l'hôpital autorisé le plus proche.

7) 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 ne soit fourni;
 - approuve ce service au préalable; **ET**
 - se charge d'offrir le service.

8) Ordonnances

- Remboursement des frais de médicaments d'ordonnance requis pour le *traitement* d'une *urgence médicale* pendant un séjour à l'hôpital, à l'exclusion des vitamines et des médicaments brevetés, exclusifs ou expérimentaux.

9) Honoraires

- Jusqu'à concurrence de 300 \$ par profession pour les frais engagés à l'égard d'une *urgence médicale* couverte nécessitant un *traitement* de la part d'un physiothérapeute, d'un chiropraticien, d'un podologue, d'un podiatre ou d'un ostéopathe agréé;
 - Le *traitement* doit être nécessaire pour soulager immédiatement un symptôme aigu ou un *médecin* doit juger qu'il ne peut attendre *votre* retour dans *votre* province ou *votre* territoire de résidence.
 - Le *traitement* doit être ordonné par un *médecin* au cours de la durée du *voyage couvert* et fourni par un professionnel agréé qui est désigné aux termes de la présente indemnité.

10) Soins dentaires en cas d'accident

- Jusqu'à concurrence de 2 000 \$ pour un traitement des dents qui est requis pendant la *période de couverture d'assurance soins médicaux d'urgence*; **ET**
- requis pour des dents naturelles ou des dents artificielles permanentes qui sont endommagées par suite d'un coup à la bouche dans le cadre d'une *urgence médicale*.

Les *traitements* requis afin de soigner d'urgence un mal de dent sont couverts séparément jusqu'à concurrence de 200 \$.

11) Appareils médicaux

- Frais pour les appareils médicaux indiqués ci-après, lorsqu'ils sont requis par suite d'une *urgence médicale* et prescrits par un *médecin* :
 - plâtres;
 - béquilles;
 - bandages herniaires;
 - éclisses;
 - écharpes;
 - attelles;
 - bottes de marche médicales;
 - coût de location d'un déambulateur; et/ou
 - coût de location d'un fauteuil roulant.

12) Retour d'urgence au domicile

- Frais engagés pour acheter un aller simple en classe économique ainsi qu'un aller simple supplémentaire en classe économique, si nécessaire pour transporter une civière, si :
 - par suite d'une *urgence médicale*, *notre administrateur* juge que *vous* devriez retourner dans *votre* province ou territoire de résidence; **ET**
 - *notre administrateur* approuve le transport au préalable.

13) Compagne ou compagnon de chevet

- Aller-retour par avion en classe économique en provenance de la province ou du territoire de résidence de cette personne, et jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour, pour un montant maximal de 1 500 \$, à l'égard des repas et de l'hébergement; **ET**
 - si *vous* êtes *hospitalisé* pour une *urgence médicale* couverte et que *vous* devrez vraisemblablement demeurer hospitalisé pendant au moins trois jours consécutifs; **ET**
 - que *notre administrateur* a approuvé cette indemnité au préalable.

14) Compagne ou compagnon de voyage

- Aller simple par avion en classe économique permettant à la *compagne* ou au *compagnon de voyage* de retourner dans sa ville d'origine si :
 - *vous* subissez une *urgence médicale* de sorte que la *compagne* ou le *compagnon de voyage* doit reporter sa date de retour prévue; **ET**
 - *notre administrateur* a approuvé ce déplacement au préalable.

15) Repas et hébergement

- Jusqu'à concurrence de 350 \$ par jour, pour un montant maximal de 3 500 \$, à l'égard de ce qui suit :
 - l'hébergement et les repas que *vous* avez obtenus dans des établissements commerciaux;
 - les frais liés aux appels téléphoniques et à l'utilisation d'Internet de première nécessité;
 - les factures de taxi (ou les frais de location d'une voiture en remplacement du taxi).
 - si, à l'appréciation d'un *médecin*, *vous* ou *votre compagne* ou *compagnon de voyage* êtes transférés afin de recevoir des soins médicaux pour une *urgence médicale* couverte aux termes de la présente assurance; **OU**
 - si *vous* devez reporter *votre* date de retour afin de recevoir un *traitement* médical d'urgence; **OU**
 - que *votre compagne* ou *compagnon de voyage* nécessite un *traitement* médical d'urgence pour tout *trouble médical* couvert aux termes de la présente assurance.

REMARQUE : Sous réserve de la satisfaction des conditions suivantes : la recommandation d'un *médecin* et l'autorisation préalable de *notre administrateur*.

16) Frais d'hôpitaux accessoires

- Jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour, pour un montant maximal de 500 \$, à l'égard des frais d'hôpitaux accessoires (appels téléphoniques, location de téléviseur, stationnement) que *vous* engagez pendant que *vous* êtes *hospitalisé* pour au moins 48 heures.

17) Rapatriement et accompagnement d'enfants

- Si des *enfants* ou des *petits-enfants* voyagent avec *vous* ou *vous* rejoignent au cours de *votre voyage couvert* et que *vous* êtes *hospitalisé* pour plus de 24 heures ou devez retourner dans *votre* province ou territoire de résidence en raison de *votre urgence médicale* couverte par la présente assurance, la présente assurance couvre ce qui suit :
 - le moindre des montants suivants : le coût d'un aller simple sur un vol commercial en classe économique suivant l'itinéraire le plus efficace pour que ces *enfants* puissent retourner dans leur province ou territoire de résidence; ou le coût engagé pour changer la date de retour aux termes d'un billet existant sur un vol commercial; **ET**
 - le coût d'un aller-retour par avion en classe économique suivant l'itinéraire le plus efficace pour un accompagnateur, si la compagnie aérienne exige que les *enfants* soient accompagnés

18) Rapatriement d'animaux de compagnie

- Maximum de 500 \$ pour un aller simple par avion en classe économique pour rapatrier *votre* ou *vos* chien(s) ou chat(s) domestiques dans *votre* province ou territoire de résidence, si :
 - *votre* ou *vos* chien(s) ou chat(s) domestiques voyagent avec *vous* pendant *votre voyage couvert* et que *vous* devez retourner dans *votre* province ou territoire de résidence en raison de *votre urgence médicale* couverte par la présente assurance; **ET**
 - *notre administrateur* a approuvé cette indemnité au préalable.

19) Rapatriement d'un véhicule

- Maximum de 2 000 \$ pour les frais engagés à l'égard du rapatriement de *votre* véhicule dans *votre* province ou territoire de résidence ou de son retour à l'agence de location la plus proche, si :
 - *vous* ne pouvez pas rapporter le véhicule *vous-même* en raison d'une *urgence médicale*; **ET**
 - *notre administrateur* se charge du rapatriement ou du retour du véhicule.

20) Rapatriement d'une dépouille

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

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

PERSONNE À QUI L'INDEMNITÉ SERA VERSÉE

Les indemnités offertes aux termes du *certificat* sont payables à *vous* ou, en *votre* nom, à *votre* prestataire de soins médicaux. *Vous* n'avez pas le droit de choisir le bénéficiaire des indemnités payables aux termes du *certificat*.

MONTANT DES PRIMES ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT

Vos primes aux termes du *certificat* seront établies d'après :

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

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR OU D'EXPIRATION DU CONTRAT D'ASSURANCE ET CONDITIONS QUI Y SONT RATTACHÉES

Si les conditions suivantes sont réunies, *votre certificat* prend effet à la *date d'entrée en vigueur* qui est indiquée dans *votre demande* ou, s'il y a lieu, dans *votre dernière déclaration de couverture* :

- *vous* remplissez les critères d'admissibilité pour pouvoir obtenir une assurance;
- *vous* avez soumis une *demande* d'assurance;
- *vous nous* avez fourni une preuve d'assurabilité complète et exacte;
- *vous* avez payé la prime requise au moment de *votre* inscription; ET
- *vous* avez une confirmation de l'émission de *votre* assurance, tel qu'il est expliqué à l'article « CONFIRMATION DE L'ASSUREUR » du présent guide de distribution

Expiration de l'assurance

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

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

Si *vous* souhaitez résilier *votre* assurance, *vous* pouvez le faire de la manière décrite à la rubrique « RÉSILIATION ».

CONFIRMATION DE L'ASSUREUR

Vous aurez une confirmation de l'assurance dès que :

- *vous* aurez reçu un *numéro de certificat*; **ET**
- *notre administrateur* envoie une *déclaration de couverture*.

EXCLUSIONS, LIMITATIONS OU RÉDUCTIONS DE GARANTIE

Vous êtes tenu de communiquer avec *notre administrateur* si un changement de *votre* état de santé survient pendant la période qui commence après *votre* inscription et qui prend fin immédiatement avant *votre* départ pour le *voyage couvert*. Si *vous* ne fournissez pas de renseignements sur un tel changement, *nous nous* réservons le droit d'annuler le *certificat*, auquel cas aucune indemnité ne sera versée.

Applicable à la couverture médicale

MISE EN GARDE

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 il se doit, l'indemnité maximale payable à l'égard de l'*urgence médicale* sera ramenée 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 admissibles* qui ont été réellement engagés, moins la somme recouvrable en vertu de *votre RAMG* et/ou d'une autre assurance ou d'un autre régime d'assurance maladie dont *vous* pourriez disposer.

3) Maladies raisonnablement prévisibles

- *Nous* ne rembourserons aucuns frais et ne verserons aucune indemnité aux termes du présent *certificat* relativement à un *trouble médical* :
 - si *vous* saviez, ou s'il était raisonnable de prévoir avant que *vous* ne quittiez *votre* province ou *votre* territoire de résidence ou avant la *date d'entrée en vigueur* de la période de couverture, que *vous* auriez besoin ou *vous* seriez obligé d'obtenir un traitement; et/ou
 - à l'égard duquel un examen ou *traitement* futur était prévu avant que *vous* ne quittiez *votre* province ou *votre* territoire de résidence; et/ou
 - qui a produit des symptômes qui auraient fait en sorte qu'une personne généralement prudente obtienne un *traitement* dans les trois (3) mois précédant son départ de sa province ou de son territoire de résidence; et/ou
 - qui a amené *votre médecin* à *vous* déconseiller d'effectuer tout voyage.

4) Urgence médicale en dehors de la période de couverture

- Aucune indemnité ne sera payable à l'égard d'une *urgence médicale* qui survient en dehors de la période de couverture. Par exemple, aucune indemnité ne sera versée à l'égard d'une *urgence médicale* qui survient après 23 h 59 (HNE) le dernier jour de la période de couverture, si aucune couverture de voyage pour une *prolongation de voyage* n'a été achetée.

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

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

- *Nous nous* réservons le droit de *vous* faire transférer à un établissement de santé approprié ou vers *votre* province ou *votre* territoire de résidence afin d'obtenir des *traitements* supplémentaires, compte tenu de l'avis de *votre médecin* traitant.
- Le refus de se conformer à un transfert prévu *nous* déchargera de toute responsabilité pour ce qui est du remboursement des frais engagés après la date de transfert fixée.

6) Récurrence

- Une *urgence médicale* est réputée ne plus exister dès que le dossier médical indique que *vous* êtes en mesure de regagner *votre* province ou *votre* territoire de résidence. Aucune *urgence médicale* subséquente causée par le même *trouble médical* ne sera couverte après la fin de l'*urgence médicale* initiale si *vous* choisissez de ne pas revenir à *votre* domicile.

7) Incapacité d'obtenir une approbation préalable

- Dans les cas où *nous* exigeons que les *frais admissibles* soient approuvés au préalable par *notre administrateur*, *nous* ne verserons aucune indemnité à l'égard de ces frais si l'approbation préalable n'a pas été obtenue.
- *Nous* ne verserons aucune indemnité pour toute chirurgie ou tout procédé effractif qui n'a pas été approuvé à l'avance par *notre administrateur*, sauf dans les cas extrêmes où une *demande* d'approbation préalable retarderait une chirurgie nécessaire dans le cadre d'une *urgence médicale* présentant un danger de mort.

8) Services non urgents

- *Nous* ne verserons aucune indemnité pour tout *traitement* facultatif, expérimental ou non urgent, tel qu'une chirurgie cosmétique, des soins liés à une maladie chronique, une thérapie de réadaptation, ou toute complication en découlant directement ou indirectement, y compris tout *traitement*, toute chirurgie ou tout médicament pour lesquels, selon le dossier médical, *vous* auriez pu attendre *votre* retour dans *votre* province ou *votre* territoire de résidence.

Applicable à toute la couverture

MISE EN GARDE

Pour connaître les restrictions et les exclusions propres à une indemnité donnée, veuillez consulter la description de chaque indemnité. En outre, dans tous les cas, la présente assurance ne couvre aucun *traitement* ou service ni aucuns frais de quelque nature que ce soit causés directement ou indirectement par ce qui suit :

1. Omission de prendre des médicaments

- selon les ordonnances de *votre médecin*

2. Abus d'alcool ou de drogues

- tout abus ou utilisation impropre de médicaments sur 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 *vous* avez effectué sain d'esprit ou non

4. 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 un *voyage couvert*

5. Activités dangereuses

- une activité de plongée en scaphandre autonome à titre récréatif (à moins que *vous* ne déteniez un titre élémentaire de plongeur autonome, conféré par une école agréée 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

6. 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

7. Traitement facultatif

- dans le cas où *vous* auriez souscrit la présente assurance dans le but exprès d'obtenir un traitement, qu'il ait été autorisé ou non par un *médecin*

8. Trajets quotidiens

- tout voyage dont le but principal est de se rendre à *votre* lieu habituel de travail ou d'en revenir

9. Avis aux voyageurs

- acquisition d'un *trouble médical* spécifique ou connexe dans un pays, une région ou une ville à l'étranger si, avant que *vous* ne quittiez *votre* province ou territoire de résidence, un avis écrit officiel avait été publié par Affaires étrangères et Commerce international Canada déconseillant aux Canadiens de séjourner dans ce pays, cette région ou cette ville au cours de *votre voyage couvert*

10. Guerre ou terrorisme

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

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

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

2. Troubles mentaux

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

13. Crime

- la participation à une infraction criminelle, y compris la conduite avec facultés affaiblies ou les excès de vitesse

14. Fausse déclaration

- dans le cas d'un *trouble médical* au sujet duquel *vous nous* avez fourni, ou avez fourni à *notre administrateur*, des renseignements faux ou inexacts concernant tout diagnostic, toute *hospitalisation*, tout *traitement*, toute ordonnance ou tout médicament

15. Preuve d'assurabilité insatisfaisante

- incapacité de fournir une preuve d'assurabilité complète et exacte, tel qu'il est décrit à l'article « PERSONNES À QUI S'ADRESSE LA PROTECTION »

Dispositions générales

- Preuve de sinistre et déclaration en temps voulu

Si *vous* faites une réclamation, *vous* devez envoyer à *notre administrateur* les formulaires de réclamation pertinents ainsi qu'une preuve de sinistre écrite (p. ex., les originaux des factures et des billets, les certificats médicaux et/ou le certificat de décès) dans les meilleurs délais. En toute éventualité, *vous* devez déclarer *votre* réclamation dans un délai de un (1) an après la date de l'accident ou la date à laquelle le sinistre s'est produit.

Révision et examen médical

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

Subrogation

Il pourrait y avoir des circonstances où une autre personne ou entité aurait dû *vous* verser un montant à l'égard d'un sinistre mais où *nous* *vous* avons plutôt versé ce montant. Si une telle situation devait se produire, *vous* convenez de coopérer avec *nous* pour que *nous* puissions exiger ce paiement auprès de la personne ou de l'entité qui aurait dû *vous* verser ce montant à l'égard du sinistre. Cette coopération pourrait notamment *vous* amener à :

- *nous* céder la dette ou l'obligation que l'autre personne ou entité a envers *vous*;
- *nous* permettre d'intenter une poursuite en *votre* nom;
- si *vous* recevez des fonds de l'autre personne ou de l'autre entité, les détenir en fiducie pour *notre* compte;
- éviter de porter atteinte à *nos* droits à l'égard du recouvrement du paiement auprès de l'autre personne ou de l'autre entité.

Nous paierons le coût des actions que *nous* entreprendrons.

Autre assurance

Si *vous* possédez une autre assurance en plus du *certificat*, que ce soit auprès de *nous* ou d'un autre assureur, l'ensemble des indemnités payables aux termes de toutes vos assurances, y compris le *certificat*, ne peut dépasser les dépenses réelles liées à une réclamation donnée. Si *vous* êtes également couvert par un autre *certificat* d'assurance ou par une autre police, *nous* coordonnerons le versement des indemnités avec l'autre assureur.

Délai de prescription à l'égard des 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 sur les assurances*, ou toute autre loi applicable. Toute action ou procédure intentée contre *nous* doit l'être dans la province ou le territoire où résidait le *titulaire du certificat* à la *date d'entrée en vigueur* du *certificat* et sera régie par les lois de cette province ou de ce territoire, sans égard à ses règles relatives aux conflits de lois.

Fausse réclamation

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

Monnaie

Tous les montants indiqués sont exprimés en *dollars* canadiens.

Accès aux soins médicaux

TD Vie, le Groupe Banque TD, *notre administrateur* et leurs sociétés affiliées ne sont pas responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats de tout *traitement* médical ou de tout transport, ou de l'impossibilité pour *vous* d'obtenir un *traitement* médical.

Police collective

Toutes les indemnités prévues par le *certificat* sont régies en tous points par les dispositions de la *police collective* et cette dernière constitue, à elle seule, la convention en vertu de laquelle les indemnités sont payables. Les principales dispositions de la *police collective* se rapportant à *vous* sont résumées dans le *certificat*. La *police collective* est conservée en dossier dans les bureaux du titulaire de la police et *vous* avez le droit d'en recevoir et d'en consulter un exemplaire sur demande.

Liens entre nous et le titulaire de la police collective

TD, Compagnie d'assurance-vie est un membre du groupe de La Banque Toronto-Dominion (« TD »).

RÉSILIATION

Toute demande de résiliation d'un régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus doit être faite auprès de *notre administrateur*, par écrit ou par téléphone. Veuillez *vous* reporter à la rubrique « COMMENT REJOINDRE NOTRE ADMINISTRATEUR » du présent guide de distribution.

Les résiliations peuvent être faites :

par téléphone – la résiliation entrera en vigueur le jour de *votre* appel; **OU**

par demande écrite par la poste – la résiliation entrera en vigueur le jour où le cachet postal sera apposé sur *votre* demande.

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

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

Fin de la protection d'assurance

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

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

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

Autres renseignements

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus, *vous* pouvez :

- communiquer avec le service à la clientèle de *notre administrateur*. Veuillez *vous* reporter à la rubrique « COMMENT JOINDRE NOTRE ADMINISTRATEUR » du présent guide de distribution pour de plus amples renseignements; **OU**
- *vous* reporter au *certificat* d'assurance de l'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus que *vous* pouvez consulter en ligne à l'adresse <http://www.tdassurance.com/produits-et-services/assurance-medicale-de-voyage/index.jsp>.

DEMANDE D'INDEMNITÉ OU DE RÉCLAMATION

PRÉSENTATION D'UNE RÉCLAMATION – FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Vous devez déclarer *votre* sinistre et soumettre les documents justificatifs à *notre administrateur* dans les plus brefs délais et au plus tard un (1) an après la date à laquelle il est survenu.

Réclamation pour des soins médicaux d'urgence

En tout temps, une *urgence médicale* doit être immédiatement déclarée, sans quoi les indemnités seront réduites.

Si *vous* déclarez l'urgence médicale immédiatement

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

- auprès de *votre* RAMG;
- auprès de tout autre régime d'assurance maladie ou police d'assurance;
- au moyen de droits que *vous* pourriez avoir à l'encontre d'autres assureurs ou d'autres parties (veuillez *vous* reporter à la rubrique « Dispositions générales », sous « Subrogation »).

Si *notre administrateur* paie un montant pour des *frais admissibles* qui sont couverts aux termes d'un autre régime ou d'une autre assurance, *vous* devrez aider *notre administrateur* à obtenir le remboursement de ce montant, le cas échéant.

En outre, *vous* devez fournir une preuve indiquant la date réelle à laquelle *vous* avez quitté *votre* province ou *votre* territoire de résidence. Le cas échéant, *vous* devez également confirmer toute date de retour dans *votre* province ou *votre* territoire de résidence.

REMARQUE : Si *notre administrateur* avance un montant pour des frais qui sont inadmissibles aux termes du *certificat*, *vous* devez *nous* rembourser ce montant.

Si *vous* ne déclarez pas l'urgence médicale immédiatement

Si *vous* engagez des *frais admissibles* aux termes de l'*assurance soins médicaux d'urgence* sans avoir communiqué au préalable avec *notre administrateur* pour obtenir son aide et ses services de gestion des réclamations, *vous* devez d'abord présenter les reçus et les autres preuves :

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

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

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

Veuillez *vous* reporter à la rubrique « COMMENT JOINDRE NOTRE ADMINISTRATEUR », sous « Service à la clientèle » pour savoir comment obtenir un formulaire de réclamation.

COMMENT JOINDRE *NOTRE* ADMINISTRATEUR

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

Pour déclarer une *urgence médicale*, vous pouvez appeler *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 de la couverture dans le cadre d'un voyage couvert.

Service à la clientèle

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

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

RÉPONSE DE L'ASSUREUR

Nous vous aviserons de *notre* décision d'accepter *notre* réclamation environ 60 jours ouvrables après la réception de tous les documents et renseignements requis pour prendre une décision.

Une fois les preuves reçues et la demande de réclamation approuvée, l'assureur versera le paiement dans les 30 jours.

Nous vous informerons du refus d'une réclamation et des motifs qui ont justifié cette décision dans les 60 jours ouvrables suivant la réception de tous les documents et renseignements requis pour prendre une décision.

APPEL DE LA DÉCISION DE L'ASSUREUR ET RECOURS

Si *notre* réclamation est refusée, vous pouvez faire appel de la décision et soumettant de nouveaux renseignements à l'assureur. Vous pouvez également consulter l'Autorité des marchés financiers ou *notre* propre conseiller juridique.

PRODUITS SIMILAIRES

D'autres sociétés d'assurance peuvent proposer d'autres produits d'assurance voyage.

RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

Pour toute information supplémentaire sur les obligations de l'assureur et du distributeur envers vous, le client, vous pouvez communiquer avec l'Autorité des marchés financiers :

Autorité des marchés financiers

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

Numéros de téléphone

Sans frais : 1-877-525-0337

Québec : 418-525-0337

Montréal : 514-395-0337

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

DÉFINITIONS

Les termes définis sont présentés en caractères italiques dans le présent guide de distribution.

administrateur s'entend de la société que *nous* choisissons pour fournir des services d'assistance médicale et d'aide à la soumission des réclamations, de règlement de réclamations et d'administration et d'évaluation des demandes dans le cadre de la *police collective*.

certificat s'entend du *certificat* d'assurance que *nous* émettons, lequel renferme l'ensemble des renseignements sur la couverture.

compagne de voyage ou **compagnon de voyage** s'entend de toute personne qui *vous* accompagne pendant le *voyage couvert* et avec qui *vous* partagez *votre* mode de transport et/ou d'hébergement.

conjoint s'entend :

- de la personne à qui *vous* êtes légalement marié; ou
- de la personne avec qui *vous* vivez depuis au moins un (1) an et que *vous* désignez comme *votre* partenaire domestique.

date d'entrée en vigueur s'entend de la date à laquelle *votre* *certificat* prend effet. Il s'agit de la date indiquée sur *votre* plus récente *déclaration de couverture*.

déclaration de couverture s'entend du document que *notre administrateur* *vous* envoie lorsque *vous* souscrivez une couverture dans le cadre de la *police collective*. *Votre numéro de certificat* et la couverture d'assurance choisie y sont mentionnés.

demande s'entend des renseignements que *vous* fournissez, y compris les questions d'ordre médical et vos réponses à ces questions, lesquels :

- font partie de *votre demande*;
- comprennent toute question posée et toute réponse y afférente en ce qui a trait aux demandes de prolongation d'une *période de couverture*;
- font partie intégrante de *votre* contrat d'assurance et sont utilisés aux fins de traitement de *votre demande*.

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

enfant(s) s'entend de *vos* enfants ou de *vos* petits-enfants :

- qui ne sont pas mariés;
- dont *vous* assurez entièrement l'entretien et le soutien financier; et
 - qui sont âgés de moins de 22 ans; ou
 - qui sont âgés de moins de 26 ans et fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement supérieur au Canada; ou
- ou qui possèdent un handicap mental ou physique et sont *vos* enfants ou petits-enfants naturels ou adoptés ou ceux de *votre conjoint*, et dont *vous* assurez le soutien.

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

frais admissibles s'entend des *frais admissibles* aux termes de *l'assurance soins médicaux d'urgence*.

frais admissibles aux termes de l'assurance soins médicaux d'urgence a le sens qui lui est attribué à la rubrique « MONTANT DE LA COUVERTURE ».

frais raisonnables s'entend des frais que *vous* avez engagés lors d'une *urgence médicale* qui sont comparables à ceux que d'autres fournisseurs facturent pour un traitement, des services ou des fournitures comparables dans la même région géographique.

hôpital s'entend :

- d'un 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
- de l'établissement médical le plus près qui a été autorisé au préalable par *notre administrateur*.

EXCLUSION : Cette définition ne comprend pas les établissements pour malades chroniques, les maisons de convalescence, les centres de réadaptation ni les maisons de soins infirmiers.

hospitalisé ou hospitalisation s'entend du fait d'être une personne admise dans un *hôpital* en tant que malade *hospitalisé*.

indemnité pour soins médicaux d'urgence signifie assujéti à l'indemnité maximale payable décrite à la rubrique « MONTANT DE LA PROTECTION », déduction faite de tout montant payable dans le cadre d'un *RAMG*, de régimes d'assurance maladie collective ou individuelle ou de polices d'assurance.

maladie préexistante s'entend d'un *trouble 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*, notamment 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 médicament ou de dosage) pendant la *période de maladie préexistante*.

médecin s'entend d'un médecin ou d'un chirurgien qui détient les autorisations et permis nécessaires pour pratiquer la médecine dans le territoire où il fournit des conseils médicaux ou un *traitement* médical, et qui n'est pas *votre* parent de naissance ou par mariage.

membre de la famille immédiate s'entend :

- de *votre conjoint*, de *vos parents*, du nouveau *conjoint* de *vos parents*, de *vos grands-parents*, de *vos enfants naturels* ou adoptés ou de ceux de *votre conjoint*, de *vos pupilles légaux*, de *vos petits-enfants*, de *vos frères et sœurs par alliance*, de *vos frères et sœurs par alliance*, de *vos tantes* et de *vos oncles*, et de *vos nièces* et de *vos neveux*; et
- de *votre belle-mère* et de *votre beau-père*, de *vos beaux-frères* et de *vos belles-sœurs*, et de *vos gendres* et de *vos brus*; et
- des *grands-parents* et des *beaux-frères* et des *belles-sœurs* de *votre conjoint*.

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

numéro de certificat s'entend du numéro d'identification unique que *vous* avez reçu lorsque *vous* avez acheté cette assurance.

période de couverture s'entend de la *période de couverture d'assurance soins médicaux d'urgence*, selon la définition figurant à la rubrique « RISQUES COUVERTS PAR L'ASSURANCE ».

période de couverture d'assurance soins médicaux d'urgence a le sens qui lui est attribué à la rubrique « RISQUES COUVERTS PAR L'ASSUREUR ».

période de maladie préexistante s'entend de la période qui prend fin immédiatement avant la période de couverture.

personne assurée s'entend de toute personne :

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

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

prolongation de voyage a le sens qui lui est attribué à la rubrique « PERSONNES À QUI S'ADRESSE LA PROTECTION ».

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

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

- a vécu au Canada pendant un total de 183 jours (consécutifs ou non) au cours de la dernière année; ou
- est membre des Forces canadiennes.

Pour de plus amples renseignements, prière de consulter le site Web de l'Agence du revenu du Canada.

stable signifie qu'aucune aggravation des *troubles médicaux* n'a été constatée et qu'aucune modification n'a été apportée aux médicaments s'y rapportant ou à leur utilisation ou à leur dosage, ni à tout *traitement* prescrit ou recommandé par un *médecin* ou reçu dans le délai indiqué dans le *certificat*.

titulaire du certificat s'entend du client du Groupe Banque TD dont la demande de souscription au régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus a été acceptée.

traité(e) ou traitement s'entend de tout acte médical, de toute intervention thérapeutique ou de tout examen diagnostique prescrits, effectués ou recommandés par un *médecin*, notamment les médicaments, les chirurgies et les tests d'investigation prescrits. Le terme *traitement* exclut l'utilisation non modifiée de médicaments prescrits dans le cadre de *troubles médicaux* qui sont *stables*.

trouble médical s'entend d'une irrégularité dans *votre* état de santé qui a nécessité, ou nécessite, des conseils, des consultations, des enquêtes, un *traitement*, des soins, des services ou un diagnostic médicaux de la part d'un *médecin*.

urgence médicale ou **soins médicaux d'urgence** 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 **personne assurée**.

voyage couvert s'entend de tout voyage :

- que *vous* effectuez à l'extérieur de *votre* province ou territoire de résidence;
- dont la durée est d'au moins 30 jours;

et qui débute à la dernière des dates suivantes :

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

et prend fin à la première des dates suivantes :

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

REMARQUE : Consultez les règlements concernant *votre régime d'assurance maladie gouvernemental (RAMG)* en ce qui a trait à la prolongation de *votre* couverture en cas de séjour à l'extérieur de *votre* province ou de territoire pour une période précise. Chaque *RAMG* prévoit des limites de couverture maximale différentes s'appliquant au nombre de jours autorisés à l'extérieur de la province ou du territoire avant que la couverture ne soit interrompue.

REMARQUE : Tout voyage dont le but est de se rendre de *votre* domicile à *votre* lieu de travail habituel ou d'en revenir ne constitue pas un *voyage couvert*.

REMARQUE : La journée du départ compte comme une journée complète.

Le guide de distribution prend fin ici.

Annexe 1
(Article 2)
AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

AVIS DONNÉ PAR UN DISTRIBUTEUR
Article 440 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*

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

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

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

AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

Destinataire : TD, Compagnie d'assurance-vie

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

Date: _____ N° de certificat _____
(date d'envoi de l'avis)

En vertu de l'article 441 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, j'annule le certificat d'assurance émis en vertu de la police collective cadre n° : TI002.

conclu le : _____ à : _____
(date de la signature du contrat) (lieu de la signature du contrat)

_____ (nom du client) _____ (signature du client)

Le distributeur doit remplir cette section au préalable.

Cet avis doit être transmis par courrier recommandé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

