



TD Assurance
Assurance médicale de voyage
Guide de distribution

Nom du produit d'assurance

Assurance médicale de voyage

Type de produit d'assurance

Assurance de voyage collective

Coordonnées de l'assureur

TD, Compagnie d'assurance-vie
C.P.1, Centre Toronto Dominion
Toronto (Ontario) M5K 1A2
Téléphone: 1-888-788-0839

Coordonnées de notre administrateur

World Travel Protection Canada Inc. (WTP)
400 University Avenue, 15^e étage
Toronto (Ontario) M5G 1S7
Téléphone: 1-800-293-4941
416-977-2039
Télécopieur : 416-205-4673

Coordonnées du distributeur

La Banque Toronto-Dominion
500, rue St-Jacques, 12^e étage
Montréal (Québec) H2Y 1S1

Téléphone : 1-888-983-7070
Télécopieur : 1-866-534-5534

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.

INTRODUCTION.....	3
DESCRIPTION DES PRODUITS OFFERTS.....	3
Nature de la couverture	3
Résumé des caractéristiques particulières	3
Admissibilité	4
Date d'entrée en vigueur de l'assurance médicale de voyage	5
Confirmation de l'assurance.....	5
Renouvellement et expiration de l'assurance	5
Description des risques couverts et des indemnités.....	6
EXCLUSIONS, RESTRICTIONS OU RÉDUCTIONS QUI S'APPLIQUENT À TOUS LES TYPES DE COUVERTURE	11
PRIMES.....	13
FIN DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE.....	13
RÉSILIATION ET DROIT D'EXAMINER OU DE RÉSILIER L'ASSURANCE	13
AUTRES RENSEIGNEMENTS	13
PREUVE DE SINISTRE OU RÉCLAMATION	14
Présentation d'une réclamation – Avis de présentation d'une réclamation.....	14
Comment présenter une réclamation.....	14
Échéance pour présenter une demande de règlement.....	15
Communiquer avec notre administrateur	15
Réponse de l'assureur	15
Appel de la décision de l'assureur et recours	15
PRODUITS SIMILAIRES	15
CONSULTATION AUPRÈS DE L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS.....	16
DEFINITIONS.....	16

INTRODUCTION

Le présent guide de distribution décrit l'assurance médicale de voyage souscrite par TD, Compagnie d'assurance-vie (« nous », « notre », « nos ») dans le cadre de la *police d'assurance collective* T1002 émise au nom de La Banque Toronto-Dominion (le « titulaire de la police » ou « TD Canada Trust »). Il vous aidera à prendre une décision éclairée à propos du type de protection qui répond le mieux à vos besoins, sans la présence d'un conseiller en assurance.

Toutes les protections visées par le *certificat* sont assujetties à tous les égards à la *police collective* qui constitue en elle-même le contrat aux termes duquel les protections seront fournies. Les principales dispositions de la *police collective* qui touchent les *personnes assurées* sont résumées dans le *certificat*. La *police collective* est conservée au bureau du *titulaire de la police* et si vous en faites la demande, vous avez le droit de l'examiner et d'en recevoir une copie.

Les termes indiqués en italique dans le présent guide de distribution sont définis dans l'article « Définitions ».

DESCRIPTION DES PRODUITS OFFERTS

NATURE DE LA COUVERTURE

Urgence médicale (régime annuel ou régime d'assurance occasionnelle)

Nous verserons une indemnité si une *personne assurée* fait l'objet d'une *urgence médicale* durant un *voyage couvert*.

Annulation de voyage (régime annuel seulement)

Nous verserons une indemnité à une *personne assurée* si elle doit annuler un *voyage couvert* en raison d'une cause d'annulation couverte indiquée dans l'article « Description des risques couverts et des indemnités » du présent guide de distribution.

Interruption de voyage (régime annuel seulement)

Nous verserons une indemnité à une *personne assurée* si elle n'est pas en mesure de poursuivre un *voyage couvert* en raison d'une cause d'interruption couverte indiquée dans l'article « Description des risques couverts et des indemnités » du présent guide de distribution.

RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES

Vous pouvez décider de demander

- le régime annuel; **ou**
 - le régime d'assurance occasionnelle,
- dans le cadre d'une
- assurance individuelle;
 - assurance de couple; **ou**
 - assurance familiale.

Les tableaux suivants illustrent les indemnités maximales payables aux termes de chaque type d'assurance.

Si vous avez souscrit le **régime annuel** :

Avantage	Indemnité maximale payable
Assurance soins médicaux d'urgence	2 000 000 \$ par <i>personne assurée</i> par <i>voyage couvert</i> .
Assurance annulation de voyage	Pour chaque <i>voyage couvert</i> : <ul style="list-style-type: none">• 1 000 \$ par <i>personne assurée</i>; ou• le montant plus élevé qui est indiqué sur <i>votre</i> plus récente <i>demande</i> ou <i>lettre de confirmation</i>. Ce montant ne peut excéder 3 000 \$.• Un montant maximal global s'applique par <i>année d'assurance</i> :• 5 000 \$ pour toutes les <i>personnes assurées</i> pour tous les <i>voyages couverts</i>; ou• le montant plus élevé qui est indiqué sur <i>votre</i> plus récente <i>demande</i> ou <i>lettre de confirmation</i>. Ce montant ne peut excéder 15 000 \$.
Assurance interruption de voyage	5 000 \$ par <i>personne assurée</i> par <i>voyage couvert</i> .

Si vous avez souscrit le **régime d'assurance occasionnelle** :

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

ADMISSIBILITÉ

Vous pouvez demander de l'assurance en appelant *notre administrateur* et en remplissant une *demande* par téléphone. Vous pouvez demander une prolongation de la couverture en appelant *notre administrateur* à la ligne d'aide d'urgence 24 heures et en remplissant une *demande* par téléphone. Si vous appelez du Canada ou des États-Unis, veuillez composer le **1-800-359-6704** et si vous appelez d'autres pays, vous pouvez appeler à frais virés au **416-977-5040**.

Vous pouvez également présenter une demande d'assurance en ligne à l'adresse **www.tdassurance.com**, ou en personne dans toutes les succursales de TD Canada Trust si vous souhaitez souscrire :

- un nouveau régime annuel; **ou**
- un nouveau régime d'assurance occasionnelle si :
 - toutes les personnes à assurer sont âgées de moins de 55 ans; **ou**
 - toutes les personnes à assurer sont âgées de moins de 85 ans et la durée du voyage est d'au plus 17 jours.

Admissibilité au régime annuel et au régime d'assurance occasionnelle

Pour être admissible à l'assurance médicale de voyage dans le cadre de l'assurance *individuelle*, vous devez remplir toutes les conditions suivantes :

- vous êtes :
 - âgé de 18 à 84 ans à la *date d'entrée en vigueur* de votre régime annuel; **ou**
 - âgé d'au moins 18 ans à la *date d'entrée en vigueur* de votre régime d'assurance occasionnelle;
- vous êtes un résident du Canada;
- vous êtes couvert par un 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 au Canada au moment où vous avez souscrit la couverture d'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*.

Vous pouvez faire une demande d'assurance médicale de voyage au nom de votre *conjoint* ou de tout compagnon de voyage désigné dans le cadre de l'assurance *de couple* si :

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

Vous pouvez faire une demande d'assurance médicale de voyage au nom de votre *conjoint* et de vos *enfants à charge* dans le cadre de l'assurance *familiale* si :

- vous souscrivez l'assurance *familiale*;
- vous nommez votre *conjoint* et/ou vos *enfants à charge* dans votre *demande*; **et**
- ils répondent aux critères de l'assurance *individuelle*, mis à part le fait :
 - qu'ils ne doivent pas nécessairement être des clients de TD Canada Trust; **et**
 - que vos *enfants à charge* peuvent être âgés de moins de 18 ans, mais doivent voyager avec vous ou votre *conjoint*.

Vous pouvez également faire une demande d'assurance médicale de voyage au nom d'un *enfant à charge* si :

- vous souscrivez l'assurance *individuelle*;
- vous précisez dans votre *demande* que le *certificat* couvrira l'*enfant à charge* plutôt que vous; **et**
- votre *enfant à charge* répond aux critères de l'assurance *individuelle*, sauf :
 - qu'il ne doit pas nécessairement être un client de TD Canada Trust; **et**
 - qu'il peut être âgé de moins de 18 ans.

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 aux termes de ce régime, vous pouvez en faire la demande si chaque *personne assurée* satisfait aux critères applicables énoncés au paragraphe « Admissibilité au régime annuel ou au régime d'assurance occasionnelle » de l'article « Admissibilité » du présent guide de distribution.

Preuve d'assurabilité – Preuves médicales

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 la couverture d'assurance ou de l'extension de couverture sera fondée sur les réponses aux questions médicales. Certains demandeurs, par exemple ceux qui présentent certains troubles médicaux non stabilisés, pourraient ne pas être admissibles à l'assurance ou à l'extension de couverture.

La preuve 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; **ou**
- 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; ou

- bénéficie du régime annuel et demande une couverture complémentaire au régime annuel pour un voyage de 18 jours ou plus.

Lorsqu'une *personne assurée* doit fournir une preuve d'assurabilité dans le cadre du *certificat*, elle doit alors communiquer avec *notre administrateur* si son état de santé change d'une quelconque manière après sa souscription et avant sa date de départ.

Admissibilité à la couverture en cas de prolongation d'un voyage dans le cadre du régime annuel

Si *vous* avez déjà souscrit le régime annuel dans le cadre de la *police collective* et que *vous* planifiez un voyage qui durera plus de 17 jours, *vous* pouvez demander la couverture en cas de prolongation d'un voyage dans le cadre du régime annuel auprès de *nous*, si chaque *personne assurée* satisfait aux critères applicables énoncés dans le paragraphe « Admissibilité au régime annuel et au régime d'assurance occasionnelle » de l'article « Admissibilité » du présent guide de distribution, mis à part le fait que :

- *vous* n'êtes pas tenu de *vous* trouver au Canada lorsque *vous* souscrivez cette prolongation de couverture; **et**
- *vous* pouvez faire une demande d'assurance avant ou après *notre* départ en voyage pourvu que :
 - aucune *personne assurée* n'ait fait l'objet d'une *urgence médicale* avant que *vous* demandiez cette prolongation de la couverture;
 - *vous* demandiez cette prolongation de couverture avant la fin du 17^e jour de *notre* voyage couvert; **et**
 - la durée totale du voyage couvert ne dépasse pas :
 - 212 jours ; **ou**
 - le nombre de jours moindre autorisé aux termes de *notre* RAMG pour les voyages à l'extérieur du Canada et de toute durée.

Admissibilité à la prolongation du régime d'assurance occasionnelle

Si *vous* bénéficiez déjà du régime d'assurance occasionnelle aux termes 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 dans le paragraphe « Admissibilité au régime annuel et au régime d'assurance occasionnelle » de l'article « Admissibilité » du présent guide de distribution, mis à part le fait que :

- *vous* n'avez pas à être présent physiquement au Canada au moment de demander cette prolongation de couverture; **et**
- *vous* pouvez souscrire l'assurance avant ou après *notre* départ en voyage, sous réserve des conditions suivantes :
 - aucune *personne assurée* n'ait fait l'objet d'une *urgence médicale* avant que *vous* demandiez cette prolongation de la couverture;
 - *vous* demandiez cette prolongation de couverture avant la date à laquelle prend fin la couverture initiale; **et**
 - la durée totale du voyage couvert ne dépasse pas :
 - 212 jours ; **ou**
 - le nombre de jours moindre autorisé aux termes de *notre* régime d'assurance maladie gouvernemental pour les voyages à l'extérieur du Canada et de toute durée.

REMARQUE :

- La prime minimale pour une prolongation de la couverture est de **15 \$**, et le montant sera porté à *notre* carte de crédit; **et**
- La date de départ compte comme une journée complète.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE MÉDICALE DE VOYAGE

Si les conditions suivantes sont remplies, *notre* *certificat* 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 de l'assurance;
- toutes les personnes à assurer satisfont aux critères d'admissibilité;
- si l'une des personnes à assurer doit fournir une preuve d'assurabilité, cette preuve doit avoir été produite, et *notre administrateur* doit avoir confirmé que la personne pouvait être assurée;
- *vous* avez payé la prime requise; **et**
- *vous* avez reçu la confirmation de l'émission de *notre* assurance, comme l'explique l'article « Confirmation de l'assurance » du présent guide de distribution.

CONFIRMATION DE L'ASSURANCE

Vous avez la confirmation de l'assurance une fois que :

- *vous* recevez un *titulaire du certificat*; **et que**
- *notre administrateur* envoie une *lettre de confirmation*.

RENOUVELLEMENT ET EXPIRATION DE L'ASSURANCE

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

- *vous* avez souscrit *notre* régime annuel par Internet ou en communiquant avec *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* aux termes du *certificat* ne sera âgée de 85 ans ou plus à la *date anniversaire*; **et**
- la prime de renouvellement est reçue et acceptée pour la prochaine *année d'assurance* aux termes du régime annuel.

Si l'une de ces conditions n'est pas satisfaite et que *vous* souhaitez renouveler *notre* 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* :

- entre 8 h et 20 h (HE), du lundi au vendredi, **ou**
- entre 12 h et 18 h (HE), le samedi, Numéro sans frais **1-800-293-4941** ou au **416-977-2039**.

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* aux termes du régime annuel. S'il n'y a eu aucun changement, votre plus récent *certificat* continuera de s'appliquer.

Si vous désirez résilier votre assurance, vous pouvez le faire en suivant la procédure décrite à l'article « Annulation ».

Votre régime d'assurance occasionnelle ne se renouvellera pas et expirera après votre voyage et votre couverture prendra fin.

DESCRIPTION DES RISQUES COUVERTS ET DES INDEMNITÉS

A. Assurance soins médicaux d'urgence

(i) Période de couverture

Dans le cas du régime annuel :

La *période de couverture* commence au moment où la *personne assurée* part en voyage couvert et 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 couverture complémentaire au régime annuel n'a été achetée pour le voyage couvert.

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 couverture complémentaire au régime annuel si une couverture complémentaire a été achetée, tel qu'il serait indiqué dans la plus récente *lettre de confirmation*;
- la date de fin du *certificat*.

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*; **et**
- 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, **et**
 - notre administrateur a approuvé le paiement à cette autre *personne assurée* d'une indemnité pour le compagnon de voyage.

Dans le cas du régime d'assurance occasionnelle :

Si vous avez souscrit le régime d'assurance occasionnelle, la *période de couverture* 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.

La *période de couverture* 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 *certificat*.

La *période de couverture* 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 régime d'assurance occasionnelle, pourvu que les conditions suivantes soient respectées :

- cette *personne assurée* n'a présenté aucune réclamation aux termes du *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; **et**
- outre le respect de toutes les conditions susmentionnées, la *personne assurée* était apte à poursuivre son voyage couvert.

(ii) Risque couvert

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.

Nous assumerons les frais raisonnables et d'usage engagés pour les frais admissibles aux termes de l'assurance soins médicaux d'urgence, jusqu'à concurrence de l'indemnité maximale payable décrite à l'article « Résumé des caractéristiques particulières », moins toute somme payable ou remboursable aux termes

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

Les **frais admissibles aux termes de l'assurance soins médicaux d'urgence** comprennent les éléments suivants :

1. **Frais d'hospitalisation;**
2. **Honoraires de médecin;**
3. **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.

4. Services de diagnostic :

- les frais pour les tests de diagnostic et de laboratoire et 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.

5. Ambulance :

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

6. 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 ce service.

7. Ordonnances :

- remboursement des frais de médicaments d’ordonnance lorsque ils sont requis pour des traitements d’urgence, sauf pour les médicaments brevetés, exclusifs ou expérimentaux et les vitamines sont exclus.

8. Soins pour blessures dentaires accidentelles :

- jusqu’à concurrence de 2 000 \$ pour un traitement des dents qui est :
 - requis pendant la *période de couverture* de l’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, pendant la *période de couverture* de l’assurance *soins médicaux d’urgence*.

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

9. Appareils médicaux :

- Les frais liés aux appareils médicaux suivants lorsque ces derniers sont requis en raison d’une *urgence médicale* et prescrits par un *médecin* :
 - plâtres;
 - béquilles;
 - bandages herniaires;
 - appareils orthopédiques;
 - écharpes;
 - attelles;
 - location d’un fauteuil roulant;
 - location d’un déambulateur.

10. Billet de retour :

- Les 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; et
 - *notre administrateur* approuve le transport au préalable.

Cette indemnité sera réduite de tout montant versé aux termes d’une indemnité de l’assurance interruption de voyage afin de retourner la *personne assurée* à son lieu de départ.

11. 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*; et
 - *notre administrateur* a approuvé au préalable une telle initiative.

12. 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; et

- *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.

Cette indemnité sera réduite de tout montant versé aux termes 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* aux termes du *certificat*.

13. 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 aux termes de l'indemnité de transport jusqu'au chevet du malade ou de l'indemnité pour le compagnon de voyage; et
 - *notre administrateur* a approuvé au préalable l'indemnité pour le compagnon de chevet.

14. 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; **et**
 - *notre administrateur* se charge du retour du véhicule.

15. 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; **et**
- 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; **et**
 - *notre administrateur* approuve ce transport au préalable.

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

(iii) Exclusions, restrictions ou réductions propres à l'assurance *soins médicaux d'urgence*

ATTENTION

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* aux termes de l'assurance *soins médicaux d'urgence*, sous réserve d'un maximum de 30 000 \$.

2. Maladie préexistante

- Si une *personne assurée* n'était pas tenue 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*.

3. 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*; **ou**
 - lorsque vous avez acheté une prolongation de couverture, si vous l'avez achetée après la date de départ.

4. 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*.
Par exemple, 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 couverture complémentaire au régime annuel n'a été achetée pour le voyage.
Veillez prendre note que 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

- 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.

6. Récurrence

- 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 raison d'une maladie qui a entraîné une *urgence médicale* si les frais correspondants sont engagés après ce moment.

7. 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.

8. 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.

9. L'ensemble des paiements et chacune des garanties de paiement sont assujettis aux conditions du *certificat*, y compris les limites et les exclusions.
10. Si un paiement anticipé est versé pour des dépenses et que *nous* découvrons ultérieurement qu'elles n'étaient pas couvertes aux termes du *certificat*, la *personne assurée* doit alors *nous* rembourser.

B. Couverture de l'assurance annulation de voyage fournie dans le cadre du régime annuel

(i) Période de couverture

La *période de couverture* prend effet à la plus tardive des dates suivantes :

- la *date d'entrée en vigueur* de votre régime annuel; **ou**
- la date à laquelle le *voyage couvert* est prévu.

La *période de couverture* prend fin à la première des éventualités suivantes :

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

(ii) Risque couvert

Si *vous* avez souscrit le régime annuel, *nous* verserons à la *personne assurée* une indemnité aux termes de l'assurance annulation de voyage si cette personne doit annuler un *voyage couvert* pour l'un des motifs d'annulation couverts.

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

- le remboursement :
 - d'une partie des réservations de voyage inutilisées de la *personne assurée* qui
 - ont été payées à l'avance;
 - ont été perdues à la suite de l'annulation pour un motif couvert; **et**
 - n'étaient pas remboursables à la date d'occurrence du motif d'annulation couvert; **et**
 - des frais d'administration pour les points de voyage appliqués en date d'occurrence du motif d'annulation couvert, le cas échéant.
- Aucune dépense engagée pour une assurance voyage supplémentaire ne sera remboursée;

OU

- 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; **et**
 - approuvés à l'avance par *notre administrateur*.

Le motif d'annulation couvert comprend les éléments suivants :

- le décès d'une *personne assurée*;
- la 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 :
 - il a recommandé à la *personne assurée* d'annuler le *voyage couvert*; **ou**
 - la maladie ou la blessure empêche la *personne assurée* de quitter pour le *voyage couvert*;
 - les raisons médicales qui ont motivé son choix; **et**
 - 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*;
ou
- *hospitalisation* ou décès soudain et imprévu de l'hôte de la *personne assurée* à sa destination.

(iii) Exclusions, restrictions ou réductions propres à l'assurance annulation de voyage

ATTENTION

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^{MD} sont admissibles à titre d'indemnité aux termes du *certificat*.

C. Couverture de l'assurance interruption de voyage fournie dans le cadre du régime annuel

(i) Période de couverture

La *période de couverture* prend effet à la plus tardive des dates suivantes :

- la *date d'entrée en vigueur* de votre régime;
- 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* 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 qu'aucune couverture complémentaire au régime annuel n'a été souscrite;
- à 23 h 59 le dernier jour de votre couverture complémentaire au régime annuel si le *voyage couvert* dure plus de 17 jours et que vous avez souscrit une couverture complémentaire au régime annuel; **et**
- la date de fin du *certificat*.

(ii) Risque couvert

Si vous avez souscrit le régime annuel, nous verserons à la *personne assurée* une indemnité aux termes de l'assurance interruption de voyage si cette personne doit mettre fin prématurément à un *voyage couvert* pour l'un des motifs d'interruption couverts :

Les **frais admissibles aux termes 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*; **ou**
 - es 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; **et**
 - approuvés à l'avance par *notre administrateur*; **et**
- Les tranches 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*; **et**
 - n'étaient pas remboursables à la date à laquelle le motif d'interruption couvert est survenu.

Les motifs d'interruption couverts comprennent les éléments suivants :

- 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*; **et**
 - de l'avis de *notre administrateur* :
 - des soins médicaux immédiats sont requis; **et**
 - l'événement entraîne l'une des conséquences suivantes :
 - la *personne assurée* ne pourra continuer son *voyage couvert*; **ou**
 - 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*.

(iii) Exclusions, restrictions ou réductions propres à l'assurance interruption de voyage

ATTENTION

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*; **ou**
 - à la date d'achat de la couverture complémentaire au régime annuel, si la couverture a été souscrite 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^e jour d'un *voyage couvert*, si aucune couverture complémentaire au régime annuel n'a été souscrite pour le voyage.

Veillez prendre note que 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. 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 VoyagesSM sont admissibles à titre d'indemnité aux termes du *certificat*.

6. Voyage de retour inutilisé

- En aucun cas un voyage de retour prépayé inutilisé ne sera remboursé aux termes de l'assurance interruption de voyage.

EXCLUSIONS, RESTRICTIONS OU RÉDUCTIONS QUI S'APPLIQUENT À TOUS LES TYPES DE COUVERTURE ATTENTION

Veillez *vous* reporter à l'article approprié pour de plus amples renseignements sur les exclusions, restrictions ou réductions particulières qui s'appliquent à une couverture précise. En outre, dans tous les cas :

1. Aucune indemnité ne sera versée pour des traitements, des services ou des frais liés aux facteurs ci-après ou qui en résultent :

- **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 cause;
- **Automutilation volontaire**
 - toute automutilation volontaire, tout suicide ou toute tentative de suicide, que la *personne assurée* soit saine d'esprit ou non;
- **Omission de prendre des médicaments**
 - toute omission de prendre des médicaments prescrits par le *médecin* de la *personne assurée*;
- **Abus d'alcool ou de drogues**
 - tout abus de médicaments ou d'alcool, ou toute utilisation de drogues illicites;
- **Crime**
 - la participation à une infraction criminelle;
- **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;
- **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 ou tout détournement ou acte de terrorisme;
- **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;
- **Troubles mentaux**
 - tout trouble mental, nerveux ou affectif, y compris toute *urgence médicale* découlant de ces troubles;
- **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 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;
- **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*.

2. Votre *certificat* sera nul et non avenu, et aucune indemnité ne sera versée aux termes de ce dernier, dans les cas suivants :

- **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.
- **Incapacité de fournir une preuve d'assurabilité complète et exacte**
 - Si une *personne assurée* doit fournir une preuve d'assurabilité et qu'elle commet une des omissions suivantes :
 - a. elle omet de mentionner tous les troubles médicaux; **ou**
 - 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.

3. Preuve médicale

Si une personne à être assurée doit fournir une preuve d'assurabilité et qu'elle omet ce qui suit :

- de déclarer toutes les maladies, tous les médicaments qu'elle prend actuellement ainsi que toutes les périodes d'*hospitalisation* en réponse aux questions sur son état de santé;
- 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*; **ou**
- 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, y compris :
 - l'apparition d'un trouble médical;
 - la présence de symptômes;
 - la réapparition d'un trouble médical qui avait fait l'objet d'un examen, d'un diagnostic ou d'un traitement;
 - tout examen approfondi qui était recommandé ou prescrit; **ou**
 - tout changement apporté au traitement qui avait été recommandé, y compris tout nouveau médicament ou tout changement à la médication ou au dosage.
au cours de cette période.

Alors le *certificat* sera considéré comme nul et non avvenu, et aucune indemnité ne sera versée aux termes des présentes.

Le *certificat* et toute couverture d'assurance aux termes des présentes seront considérés comme nuls et non avvenus même si l'information non déclarée ou les fausses déclarations fournies ont trait uniquement au montant de la prime qui aurait dû être payée et le *certificat* sera nul et non avvenu 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.

Lorsqu'une preuve médicale doit être présentée, *notre* décision d'assurer 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*; ou
- 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 aux termes du présent article, *nous* rembourserons toute prime qui a été payée au regard de la couverture annulée.

4. Conditions générales :

- **Examen**
 - Au cours du traitement d'une réclamation, *nous* aurons le droit et la possibilité, à *nos* frais,
 - o de passer en revue tous les dossiers médicaux liés à la réclamation; et
 - o de faire passer un examen médical à la *personne assurée* au moment et aussi souvent qu'il sera raisonnablement nécessaire de le faire.
- **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 aux termes du *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 *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.
- **Poursuites judiciaires**
 - 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 réclamation présentée aux termes 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 *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 aux termes de la présente protection, ni à aucun paiement d'une demande de règlement aux termes 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.

PRIMES

Si une personne à assurer doit fournir une preuve d'assurabilité comme le décrit le paragraphe « Preuve d'assurabilité » de l'article « Admissibilité » du présent guide de distribution, les primes du *certificat* seront établies en fonction :

- des renseignements médicaux fournis lorsque *vous* appellerez *notre administrateur* pour présenter *votre* demande; **et**
- dans le cas d'un régime 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 aux termes du *certificat*, à l'une des dates suivantes :
 - la *date d'entrée en vigueur* de *votre certificat*; **ou**
 - la *date anniversaire* à laquelle *votre certificat* est renouvelé, le cas échéant;
 - dans le cas d'un régime d'assurance occasionnelle, la durée de *votre voyage couvert*; **et**
- *nos* tableaux de primes alors en vigueur pour le type d'assurance demandé.

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

FIN DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

- Dans le cadre d'un régime annuel, *votre certificat* prendra fin à :
 - la *date anniversaire*, sauf en cas de renouvellement de ce dernier.
- Dans le cadre d'un régime d'assurance occasionnelle, *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 *lettre de confirmation*;
 - la date à laquelle la dernière *personne assurée* aux termes du *certificat* retourne à sa province ou son territoire de résidence après le *voyage couvert*;
 - la date à laquelle la dernière *personne assurée* aux termes du *certificat* cesse d'être admissible à la couverture;
 - la date à laquelle l'assurance de la dernière *personne assurée* aux termes du *certificat* est résiliée en raison d'un changement à son état de santé avant son départ pour le *voyage couvert*; **et**
 - la date d'entrée en vigueur de *votre* demande de résiliation de *votre certificat*.

REMARQUE : Si une *personne assurée* subit une *urgence médicale* à la date de fin de *votre 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 ET DROIT D'EXAMINER OU DE RÉSILIER L'ASSURANCE

Vous pouvez résilier *votre* assurance en communiquant par écrit avec *notre administrateur* à l'adresse du service à la clientèle figurant à l'article « Communiquer avec *notre administrateur* » du présent guide de distribution. Dès que *notre administrateur* reçoit *votre* demande écrite, la résiliation sera rétroactive à la date d'oblitération.

Vous pourrez obtenir un remboursement selon les modalités suivantes :

- *vous* obtiendrez un remboursement complet 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* recevrez un remboursement au prorata, moins des frais d'administration de 15 \$:
 - si *votre* demande de résiliation de *votre* régime d'assurance occasionnelle est oblitérée après la date de départ précisée dans *votre* demande ou, le cas échéant, dans *votre* plus récente *lettre de confirmation*; **et**
 - et qu'aucune réclamation n'a été présentée;
- *vous* recevrez le remboursement intégral de *votre* prime pour l'*année d'assurance* dans le cadre du régime annuel si *vous* présentez la demande d'annulation de *votre* régime annuel dans un délai de 10 jours suivant
 - la date à laquelle *vous* recevez *votre certificat*; **ou**
 - dans le cas d'un renouvellement, la date à laquelle *vous* recevez *votre* avis de renouvellement ou le *certificat* de remplacement;

et pourvu qu'aucune *personne assurée* n'ait voyagé à l'extérieur de son pays, de sa province ou de son territoire de résidence principale, après la *date d'entrée en vigueur* ou la *date anniversaire* du contrat, selon le cas.

Si *vous* annulez *votre* assurance, la couverture dans le cadre de *votre* régime annuel sera nulle. Autrement, *vous* n'avez droit à aucun remboursement.

REMARQUE : Aucune indemnité ne sera versée aux termes du *certificat* en cas de pertes subies après la résiliation de l'assurance ou aux termes de tout *certificat* à l'égard duquel *vous* avez demandé sa résiliation.

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Afin d'obtenir d'autres renseignements à propos de l'assurance médicale de voyage, *vous* pouvez :

- communiquer avec le service à la clientèle de *notre administrateur* – veuillez consulter l'article « Communiquer avec *notre administrateur* » du présent guide de distribution pour en savoir davantage; **ou**
- consulter le *certificat* d'assurance médicale de voyage en ligne à l'adresse www.tdassurance.com/voyage

PREUVE DE SINISTRE OU RÉCLAMATION

Présentation d'une réclamation – Avis de présentation d'une réclamation

Mesures à prendre en cas d'urgence

Toutes les urgences doivent être signalées à *notre administrateur* immédiatement. Elles comprennent :

- les urgences médicales; **et**
- si vous avez souscrit le régime annuel, toutes les urgences couvertes qui pourraient nécessiter
 - l'annulation d'un voyage; **ou**
 - l'interruption d'un voyage.

Si vous ne communiquez pas avec *notre administrateur* rapidement, il est possible que les indemnités soit réduites ou refusées.

En cas d'urgence médicale

Vous devez appeler *notre administrateur* immédiatement, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Si ce n'est pas le cas, les indemnités seront limitées, tel qu'il a été décrit au paragraphe « Restrictions relatives aux *soins médicaux d'urgence* » à l'article « Exclusions, restrictions ou réductions propres à l'assurance *soins médicaux d'urgence* » du présent guide de distribution.

Certains frais seront couverts seulement si *notre administrateur* les approuve préalablement.

Notre administrateur déterminera si une assurance s'applique et, si tel est le cas, il orientera la *personne assurée* vers l'établissement médical approprié le plus proche. Dans la mesure du possible, *notre administrateur* 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'effectuer un tel paiement direct, la *personne assurée* peut être appelée à effectuer le paiement. La *personne assurée* recevra le remboursement des *frais admissibles* qu'elle aura payés tel qu'il a été décrit dans le présent guide de distribution, une fois qu'elle aura présenté une réclamation et moyennant son approbation.

En cas d'annulation de voyage

Il est important d'appeler immédiatement le service d'aide en cas d'urgence 24 h de *notre administrateur*, accessible en tout temps, au numéro indiqué à l'article « Communiquer avec *notre administrateur* ».

Le montant payable aux termes de l'assurance annulation de voyage se limite aux pénalités d'annulation de *notre* fournisseur de voyage en vigueur à la date où le motif d'annulation couvert est survenu. Il est donc important d'annuler rapidement *notre* voyage, soit dans un délai d'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 « Comment présenter une réclamation » du présent guide de distribution.

En cas d'interruption de voyage

Vous devez appeler immédiatement le service d'aide en cas d'urgence 24 h de *notre administrateur*, accessible en tout temps, au numéro indiqué à l'article « Communiquer avec *notre administrateur* ».

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 de voyage.

COMMENT PRÉSENTER UNE RÉCLAMATION

En cas d'urgence médicale

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

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

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

Les *frais admissibles* aux termes de l'assurance *soins médicaux d'urgence* qui ne sont pas couverts par le RAMG, ou par 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 des formulaires de réclamation auprès des représentants du service à la clientèle de *notre administrateur*, en composant le numéro indiqué à l'article « Communiquer avec *notre administrateur* ».

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 *notre* 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 tel qu'il est exigé :

Si des *frais d'hospitalisation* ou autres frais médicaux ont été payés par *notre administrateur* ou qu'il a pris des arrangements à cet effet au nom de la *personne assurée*, vous, ainsi que la *personne assurée*, le cas échéant, devrez alors signer un formulaire d'autorisation permettant à *notre administrateur* de recouvrer ces frais :

- 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 aux termes d'un autre régime ou d'une autre assurance, *vous*, ainsi que la *personne assurée*, le cas échéant, 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;
- de confirmer les dates de tout voyage de retour (y compris toute interruption d'un *voyage couvert*) dans sa province ou son territoire de résidence.

En cas d'annulation ou d'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 « Communiquer avec *notre administrateur* », afin d'obtenir un formulaire de réclamation.

Vous devez soumettre un formulaire de réclamation dûment rempli, tout comme les documents justificatifs afin de prouver le bien-fondé de la réclamation, y compris les documents suivants :

- 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; **et**
- une « autorisation de divulgation des renseignements médicaux » signée 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.

ÉCHÉANCE POUR PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

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 aux termes du *certificat*.

COMMUNIQUER AVEC NOTRE ADMINISTRATEUR

Service d'aide en cas d'urgence 24 h accessible en tout temps

Pour déclarer une *urgence médicale* ou pour prendre des dispositions pour interrompre ou annuler un voyage, *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 du régime d'assurance occasionnelle pour un *voyage couvert*, ou pour demander une couverture complémentaire au régime annuel.

Service à la clientèle

Pour souscrire une assurance ou majorer les indemnités offertes par l'assurance interruption de voyage aux termes de *votre* régime annuel, *vous* pouvez appeler *notre administrateur* :

- du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HE), **ou**
- lesamedis, de 12h à 18h sans frais au **1-800-293-4941** ou au **416-977-2039**.

Dans une situation qui n'est pas urgente, *vous* pouvez également appeler à ces numéros afin d'obtenir des formulaires de demande de règlement. Afin d'obtenir un formulaire de demande de règlement ou pour annuler *votre* assurance, veuillez envoyer *votre* demande à :

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

RÉPONSE DE L'ASSUREUR

Nous *vous* informerons de la décision relative à l'approbation de *votre* demande de règlement environ 60 jours ouvrables après réception de tous les documents et renseignements nécessaires à la prise de cette décision.

Nous *vous* informerons du refus de la demande de règlement ainsi que des motifs de ce refus dans les 60 jours ouvrables environ, à compter de la réception de tous les documents et renseignements nécessaires à la prise de cette décision.

APPEL DE LA DÉCISION DE L'ASSUREUR ET RECOURS

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

PRODUITS SIMILAIRES

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

CONSULTATION AUPRÈS DE L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

Pour en savoir davantage à propos de l'obligation de l'assureur et du distributeur envers vous, le client, vous pouvez communiquer avec l'Autorité des marchés financiers aux coordonnées suivantes :

Autorité des marchés financiers

Place de la Cité, tour Cominar
2640, boulevard Laurier,

4^e étage Québec (Québec) G1V 5C1

Numéros de téléphone

Numéro sans frais : **1-877-525-0337**

Québec : **418-525-0337**

Montréal : **514-395-0337**

Télécopieur : **418-647-9963**

Courriel : information@lautorite.qc.ca

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

DÉFINITIONS

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

date anniversaire s'entend, dans le cadre du régime annuel,

- de la date qui correspond à une (1) année à compter de *votre date d'entrée en vigueur*; **et**
- si *votre certificat* est renouvelé, des dates anniversaires subséquentes à compter de *votre date d'entrée en vigueur*.

demande s'entend

- du formulaire de *demande* joint à la brochure comportant le *certificat*;
- de la page d'adhésion que vous avez remplie en ligne; **ou**
- de la série de questions faisant partie de *votre demande*, dans le cas d'une souscription téléphonique, de même que des réponses que vous avez fournies aux questions d'ordre médical.

Le terme *demande* s'entend également de toute question posée, et de toute réponse y afférente, en ce qui a trait à une demande de prolongation ou d'augmentation de l'assurance que vous avez déjà souscrite.

La *demande* est partie intégrante de *votre* contrat d'assurance et est utilisée aux fins de traitement de *votre* demande.

certificat s'entend du certificat d'assurance.

titulaire du certificat s'entend du 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 s'entend du numéro d'identification unique que vous avez reçu lorsque l'assurance est souscrite par téléphone ou par Internet. *Votre* numéro de certificat peut être comparé à celui inscrit dans les dossiers de *notre administrateur*, et il permet de confirmer le type d'assurance que vous avez souscrit.

assurance de couple s'entend de l'assurance aux termes du *certificat* pour vous et un compagnon de voyage désigné.

période de couverture s'entend de la période de couverture de l'assurance annulation de voyage, de la période de couverture de l'assurance interruption de voyage ou de la période de couverture de l'assurance *soins médicaux d'urgence*, tel qu'il est décrit ailleurs dans les autres articles du présent guide de distribution.

voyage couvert s'entend de 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 cadre du régime annuel, commence et prend fin alors que le régime est en vigueur;
- qui, dans le cadre 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 est couvert jusqu'à concurrence :
 - (i) de 212 jours consécutifs; **ou**
 - (ii) d'un nombre moindre de jours, tel qu'il est autorisé aux termes de *votre RAMG* à l'égard d'un voyage effectué à l'extérieur du Canada, de toute durée.

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 s'entend de vos enfants :

- qui ne sont pas mariés;
- dont vous assurez entièrement l'entretien; **et**
- qui sont :
 - âgés de moins de 22 ans; **ou**
 - âgés de moins de 26 ans et qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement supérieur au Canada.

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.

date d'entrée en vigueur s'entend de la date à laquelle *votre certificat* prend effet.

Dans le cadre du régime annuel, la *date d'entrée en vigueur* correspond à la date inscrite dans *votre demande* ou, le cas échéant, dans *votre plus récente lettre de confirmation*.

Dans le cadre du régime d'assurance occasionnelle, la *date d'entrée en vigueur* correspond à la date de départ précisée dans *votre demande* ou, le cas échéant, dans *votre plus récente lettre de confirmation*.

frais admissibles s'entend des frais admissibles aux termes de l'assurance annulation de voyage, des frais admissibles aux termes de l'assurance interruption de voyage ou des frais admissibles aux termes de l'assurance *soins médicaux d'urgence*, tel qu'il est décrit ailleurs dans les autres articles du présent guide de distribution.

assurance familiale s'entend de la couverture d'assurance offerte aux termes du *certificat* pour :

- vous;
- votre conjoint; **et**
- vos enfants à charge, le cas échéant.

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

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

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 approprié le plus près qui a été autorisé au préalable par *notre administrateur*.

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

hospitalisé ou **hospitalisation** s'entend de la personne admise dans un *hôpital* en tant que malade hospitalisé.

membre de la famille immédiate s'entend du *conjoint*, parents, grands-parents, enfants, petits-enfants, frères, beaux-frères, sœurs et belles-sœurs de la *personne assurée*, et des parents, grands-parents, frères, beaux-frères, sœurs, belles-sœurs et enfants du *conjoint* de la *personne assurée*.

personne assurée s'entend de toute personne :

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

lettre de confirmation s'entend du document qui *vous* a été envoyé par *notre administrateur* lorsque *vous* avez souscrit, par téléphone ou par Internet, une nouvelle assurance médicale de voyage ou une assurance médicale de voyage supplémentaire conformément à la *police collective*. *Votre numéro de certificat* et la couverture d'assurance choisie y sont mentionnés.

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 des soins médicaux d'urgence de la part d'un *médecin*.

notre administrateur s'entend de la société que *nous* avons choisie de temps à autre pour fournir :

- des services de soutien en matière de soins médicaux et de demandes de règlement;
- assurer le paiement des réclamations; **et**
- fournir des services administratifs

aux termes de la *police collective*.

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

année d'assurance s'entend :

- de l'année d'assurance qui correspond à la période qui débute à *votre date d'entrée en vigueur* de l'assurance et qui se termine douze mois après, soit à la *date anniversaire*; **et**
- à toute période subséquente de douze mois lorsque *votre* assurance annuelle est renouvelée.

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, 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 son dosage) pendant la *période de maladie préexistante*.

période de maladie préexistante s'entend, dans le cadre de l'assurance offerte aux termes du *certificat*, de la période qui prend fin immédiatement avant le début de la *période de couverture* pertinente 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.

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

assurance individuelle s'entend de l'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 s'entend :

- de la personne qui est légalement mariée à la *personne assurée*; **ou**
- en l'absence d'une telle personne, de la personne qui vit avec la *personne assurée* depuis au moins un an et qui est reconnue publiquement comme son partenaire domestique.

frais raisonnables et d'usage s'entendent des frais qui ne dépassent pas le niveau général des frais exigés par d'autres fournisseurs de statut similaire 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** s'entendent de la personne qui souscrit le *certificat*. Ces termes ne font pas référence au *conjoint* ni aux *enfants à charge* de cette personne.

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

Votre guide de distribution se termine ici.