



## TD Assurance Assurance médicale de voyage Certificat d'assurance

**Émis par :** La Compagnie d'assurance-vie (« TD Vie »), aux termes de la police collective T1002 (la « police collective »), émise à l'intention de La Banque Toronto Dominion (le « titulaire de la police » ou « TD Canada Trust »).

### REMARQUE IMPORTANTE – VEUILLEZ LA LIRE ATTENTIVEMENT

L'assurance décrite dans le présent *certificat* d'assurance (*certificat*) a été établie pour couvrir des sinistres qui surviennent uniquement dans des circonstances soudaines et imprévisibles. Il est primordial que *vous* lisiez et compreniez le présent *certificat* avant que *vous* ne partiez en voyage, du fait que *votre* couverture peut être assujettie à certaines restrictions et exclusions.

**ATTENTION :** Si une personne souffre d'une *maladie préexistante* ou présente des symptômes avant ou à la date de son départ, une exclusion des *maladies préexistantes* peut s'appliquer. L'assurance offerte aux termes du présent *certificat* ne couvre pas les réclamations liées à un *maladie préexistante* ou qui en découlent.

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

*Vous* devez aviser *notre administrateur* du service de soutien avant un traitement. Les indemnités peuvent être limitées si *vous* ne communiquez pas avec *notre administrateur* du service de soutien dans un délai spécifique.

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

#### Que faire en cas d'urgence médicale

Toutes les urgences doivent être reportées à *notre administrateur* immédiatement.

**Veillez *vous* reporter aux articles 14 et 15 afin d'obtenir de plus amples renseignements.**

#### Participants au Régime Annuel – Le droit d'examiner le présent *certificat*

Les participants au régime annuel bénéficient d'une période de dix (10) jours à compter de la date de réception du présent *certificat* pour annuler la présente assurance et obtenir le remboursement complet de toute prime déjà payée. Dans ce cas, la présente assurance sera nulle. *Vous* devez *nous* aviser à l'intérieur de ce délai si *vous* souhaitez annuler l'assurance décrite au présent *certificat*.

#### Article 1 : Sommaire des indemnités

##### Régime annuel :

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

##### Régime d'assurance occasionnelle :

Avantage	Indemnité maximale payable
Assurance soins médicaux d'urgence	2 000 000 \$ par personne assurée par voyage couvert. Aucun maximum global par année d'assurance.

## Article 2 : Définitions

Dans le présent *certificat*, 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 présent *certificat* ou 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 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 présent *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 présent *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*, selon le cas.

**motif d'annulation couvert** a le sens qui lui est attribué à l'article 10.

**motif d'interruption couvert** a le sens qui lui est attribué à l'article 11.

**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;
- qui est couvert jusqu'à concurrence de 212 jours consécutifs (ou d'un nombre moindre de jours, tel qu'il est autorisé aux termes de votre RAMG à l'égard de voyages effectués à l'extérieur du Canada).

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

**enfants à charge** s'entend de vos enfants :

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

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

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

**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*, selon le cas.

**frais admissibles aux termes de l'assurance soins médicaux d'urgence** a le sens qui lui est attribué à l'article 12.

**frais admissibles aux termes de l'assurance annulation de voyage** a le sens qui lui est attribué à l'article 10.

**frais admissibles aux termes de l'assurance interruption de voyage** a le sens qui lui est attribué à l'article 11.

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

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

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

**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 présent *certificat*;
- qui est nommée dans la *demande*;
- pour laquelle la prime requise a été payée; et
- pour laquelle une assurance a été émise en conformité avec le *certificat*.

**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 soins médicaux d'urgence en voyage ou une assurance soins médicaux d'urgence en 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*.

**période de couverture d'assurance soins médicaux d'urgence** a le sens qui lui est attribué à l'article 9.

**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 présent *certificat*.

**année d'assurance** s'entend, dans le cadre du régime annuel, 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*, ainsi qu'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 présent *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.

**REMARQUE** : 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.

**période de couverture de l'assurance annulation de voyage** a le sens qui lui est attribué à l'article 9.

**période de couverture de l'assurance interruption de voyage** a le sens qui lui est attribué à l'article 9.

**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 présent *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.

## Article 3 : Admissibilité

### Admissibilité au régime annuel ou au régime d'assurance occasionnelle

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

- vous êtes :
  - âgé de 18 à 84 ans à la *date d'entrée en vigueur* de votre régime annuel; ou
  - âgé d'au moins 18 ans à la *date d'entrée en vigueur* de votre régime d'assurance occasionnelle; et
- 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; et
- les renseignements que vous avez fournis relativement à votre demande sont véridiques et complets;
- vous avez souscrit l'assurance au plus 45 jours avant :
  - la *date d'entrée en vigueur* de votre régime annuel; ou
  - la date de départ indiquée dans votre demande ou dans votre plus récente *lettre de confirmation* dans le cas du régime d'assurance occasionnelle.

Vous pouvez faire une demande d'assurance *de couple* pour vous et votre conjoint ou tout compagnon de voyage désigné aux termes du régime annuel ou du régime d'assurance occasionnelle 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
  - que votre compagnon de voyage peut être âgé de moins de 18 ans s'il s'agit de votre enfant à charge

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

- vous nommez votre conjoint et/ou vos enfants à charge dans votre demande; et
- qu'ils satisfont aux critères susmentionnés sauf :
  - que votre compagnon de voyage peut être âgé de moins de 18 qu'ils ne doivent pas nécessairement être des clients de TD Canada Trust; et
  - que votre compagnon de voyage peut être âgé de moins de 18 qu'ils doivent voyager avec vous ou votre conjoint s'il s'agit de vos enfants à charge.

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

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

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

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

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

### Admissibilité à une couverture complémentaire au régime annuel

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

- vous n'avez pas à être présent physiquement au Canada au moment de souscrire cette couverture complémentaire; et
- vous pouvez souscrire l'assurance complémentaire avant ou après votre départ en voyage, sous réserve des conditions suivantes :
  - aucune *personne assurée* n'a eu besoin de *soins médicaux d'urgence* en date de la présentation de votre demande de couverture complémentaire, et
  - vous demandez l'assurance complémentaire avant la fin de la 17<sup>e</sup> journée de votre voyage (la journée du départ compte comme une journée complète), et
  - la durée totale du voyage couvert n'excède pas 212 jours (ou un nombre moindre de jours, tel qu'il est autorisé aux termes de votre RAMG à l'égard de voyages effectués à l'extérieur du Canada).

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

### 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 *vos*re voyage sera plus longue que la durée prévue au départ, *vous* pouvez demander une prolongation de la *période de couverture* si chaque *personne assurée* satisfait aux critères applicables énoncés ci-dessus, à l'article 3 « Admissibilité au régime annuel ou au régime d'assurance occasionnelle », sauf que :

- *vous* n'avez pas à être présent physiquement au Canada au moment de demander cette prolongation de couverture; et
- *vous* pouvez souscrire l'assurance avant ou après *vos*re départ en voyage, sous réserve des conditions suivantes :
  - aucune *personne assurée* n'a eu besoin de *soins médicaux d'urgence* en date de la présentation de *vos*re demande de prolongation;
  - la prolongation est demandée avant la date à laquelle la protection initiale se termine; et
  - la durée totale du voyage n'excède pas 212 jours (ou un nombre moindre de jours, tel qu'il est autorisé aux termes de *vos*re RAMG à l'égard de voyages effectués à l'extérieur du Canada).

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

## Article 4 : Preuve d'assurabilité

### Preuve médicale

Dans certains cas, une personne qui souhaite souscrire une assurance devra répondre à des questions sur son état de santé afin que *nous* puissions déterminer si *nous* lui accordons l'assurance. Dans de tels cas, la prime de 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.

**Si une personne à être assurée omet :**

- **soit 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;**
- **soit de répondre de façon complète et exacte aux questions sur son état de santé posées à l'occasion de l'entretien téléphonique avec *notre administrateur*, alors le présent *certificat* sera considéré comme nul et non avvenu, et aucune indemnité ne sera versée aux termes des présentes.**
- **le présent *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 présent *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.**

### Dans quels cas une preuve médicale doit elle être présentée?

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

- la personne à assurer est âgée de plus de 85 ans et souhaite souscrire le régime d'assurance occasionnelle ou demande une prolongation du régime d'assurance occasionnelle; 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.

### Obligation de fournir la plus récente preuve médicale

Si une *personne assurée* doit fournir une preuve médicale, elle est tenue de communiquer avec *notre administrateur* si son état médical change de quelque façon que ce soit entre la date d'adhésion et la date du départ. Le présent *certificat* sera nul et non avvenu, et aucune indemnité ne sera versée aux termes de ce dernier, si la *personne assurée* omet de communiquer avec *notre administrateur* entre la date de son adhésion et la date de son départ et de lui déclarer tout changement à son état de santé pendant cette période, y compris en ce qui a trait à :

- **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.**

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

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.

## Article 5 : Procédure de demande d'assurance

### Par téléphone

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

Vous pouvez également demander une prolongation de couverture d'assurance par téléphone en appelant la ligne d'assistance 24 h de *notre administrateur*, et en remplissant une demande par téléphone. Le numéro de téléphone est le **1-800-359-6704** si vous vous trouvez au Canada ou aux États-Unis, ou le **416-977-5040**, à frais virés, si vous êtes dans tout autre pays.

### En ligne

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

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

### Dans une succursale de TD Canada Trust

Vous pouvez également obtenir une *demande* d'assurance dans une succursale de TD Canada Trust si *votre* demande porte sur l'un des régimes suivants :

- un nouveau régime annuel assorti du montant de l'assurance annulation de voyage minimal (c.à.d., 1 000 \$ par *personne assurée*, par *voyage couvert*, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par *certificat*, par *année d'assurance* pour l'ensemble des *personnes assurées* et des *voyages couverts*); ou
- nouveau régime d'assurance occasionnelle pour lequel :
  - 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.

## Article 6 : Entrée en vigueur de votre certificat

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

- vous avez demandé de l'assurance d'une des façons décrites à l'article 5;
- toutes les personnes à assurer satisfont aux critères d'admissibilité énoncés à l'article 3;
- si l'une des personnes à assurer doit fournir une preuve d'assurabilité, conformément à l'article 4, cette preuve doit avoir été produite, et *notre administrateur* doit avoir confirmé que la personne pouvait être assurée;
- vous avez payé la prime requise;
- si vous vous êtes présenté à une succursale de TD Canada Trust pour soumettre *votre demande*, un représentant autorisé de la succursale doit avoir estampillé *votre certificat*; et
- si vous avez présenté *votre demande* par téléphone ou par Internet, vous avez reçu un *numéro de certificat* qui confirme que l'assurance a été émise, et une *lettre de confirmation* doit avoir été envoyée par *notre administrateur*.

## Article 7 : Renouvellement du régime annuel

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

- vous avez souscrit *votre* régime annuel par Internet ou en 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*;
- 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 *votre* régime annuel, vous devez communiquer avec *notre administrateur* avant la *date anniversaire* afin de prendre des dispositions en ce qui a trait au paiement. Vous pouvez appeler *notre administrateur* au numéro sans frais **1-800-293-4941** ou au **416-977-2039**, entre 8 h et 20 h (HE), du lundi au vendredi, ou entre 12 h et 18 h (HE), le samedi.

Si des changements se sont produits, nous vous ferons parvenir un nouveau *certificat* dans lequel seront énoncées les modalités de l'assurance pour la nouvelle *année d'assurance 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 8.

## Article 8 : Fin de la validité de votre certificat

### Régime annuel

Votre *certificat* de régime annuel prendra fin à la *date anniversaire*, sauf en cas de renouvellement de ce dernier.

### Régime d'assurance occasionnelle

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

- la date de retour prévue indiquée dans votre *demande* ou, 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 du *certificat*.

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

Indépendamment de ce qui précède, si une *personne assurée* nécessite des *soins médicaux d'urgence* 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 de votre assurance

Vous pouvez résilier votre régime d'assurance occasionnelle en communiquant par écrit (par la poste, par téléphone ou par télécopieur) avec le service à la clientèle de *notre administrateur* dont l'adresse est mentionnée à l'article 17. Dès que *notre administrateur* reçoit votre demande écrite, la résiliation sera rétroactive à la date d'oblitération.

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

- si votre demande de résiliation de votre régime d'assurance occasionnelle est oblitérée avant la date de départ précisée dans votre demande ou, le cas échéant, dans votre plus récente lettre de confirmation, vous obtiendrez un remboursement complet; ou
- si votre demande de résiliation de votre régime d'assurance occasionnelle est oblitérée après la date de départ, mais qu'aucune réclamation n'a été présentée, vous recevrez un remboursement au prorata, moins des frais d'administration de 15 \$.

Aucune indemnité ne sera versée aux termes du présent *certificat* en cas de pertes subies après la résiliation de l'assurance.

### Participants au régime annuel – Droit d'examen du présent certificat/droit de résiliation de l'assurance

Les participants au régime annuel peuvent résilier la présente assurance dans les dix (10) jours suivant la date de réception du présent *certificat* et recevoir un remboursement total de la prime qu'ils ont versée. Votre demande doit être oblitérée dans les dix (10) jours suivant la réception du présent *certificat* ou, en cas de renouvellements, dans les dix (10) jours suivant la réception de votre avis de renouvellement ou d'un *certificat* de remplacement. Si c'est le cas, la couverture offerte aux termes du régime annuel sera nulle.

## Article 9 : Période de couverture pour chaque protection

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- la date de retour prévue de la *personne assurée* après le *voyage couvert*; ou
- à 23 h 59 le 17<sup>e</sup> jour du *voyage couvert* si ce dernier dure plus de 17 jours et qu'aucune couverture complémentaire au régime annuel n'a été souscrite (la journée du départ compte comme une journée complète);
- 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 (la journée du départ compte comme une journée complète);
- la date de fin du présent *certificat*.

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

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

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

- la date de retour de la personne assurée après le voyage couvert; ou
- à 23 h 59 le 17<sup>e</sup> 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 journée du départ compte comme une journée complète, et la personne assurée devra fournir une preuve, que nous jugeons satisfaisante, de la date réelle de départ de sa province ou de son territoire de résidence; cette preuve de votre date de départ peut notamment comprendre l'itinéraire de vol, des reçus d'essence ou des reçus de péage);
- à 23 h 59 la dernière journée de la 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 présent certificat.

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

- la personne assurée qui doit recevoir les soins médicaux d'urgence; 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.

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

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

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

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

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

La période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence (régime d'assurance occasionnelle) ne prend pas fin si une personne assurée retourne temporairement dans sa province ou son territoire de résidence avant la date à laquelle prend fin votre certificat du régime d'assurance occasionnelle décrit à l'article 8, pourvu que les conditions suivantes soient respectées :

- cette personne assurée n'a présenté aucune réclamation aux termes du présent 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 doit être apte à poursuivre son voyage couvert.

## Article 10 : Ce que couvre l'assurance Assurance annulation de voyage (régime annuel seulement)

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 énumérés ci-dessous, à condition que ce motif soit survenu pendant la période de couverture de l'assurance annulation de voyage pour le voyage couvert. Aucune indemnité ne sera versée à la suite de l'annulation d'un voyage couvert pour un motif autre que ceux mentionnés ci-après.

L'indemnité versée aux termes de l'assurance annulation de voyage est assujettie à l'indemnité maximale payable, définie à l'article 1.

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.

**REMARQUE :** Aucune dépense engagée pour une assurance voyage supplémentaire ne sera remboursée;

- ou, à titre alternatif, 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 :
  - l'une des deux situations suivantes
    - il a recommandé à la *personne assurée* d'annuler le *voyage couvert*;
    - la maladie ou la blessure empêche la *personne assurée* de quitter pour le *voyage couvert*; et 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*;
- *Hospitalisation* ou décès soudain et imprévu de l'hôte de la *personne assurée* à sa destination.

#### EXCLUSIONS RELATIVES À L'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

- 1. Maladie préexistante** Aucune indemnité ne sera versée à l'égard d'une maladie de la *personne assurée* qui est liée ou qui découle d'une *maladie préexistante*.
- 2. Maladies raisonnablement prévisibles** Aucune indemnité ne sera versée relativement à une maladie, à une blessure accidentelle ou à la mise en quarantaine de la *personne assurée* si l'événement était raisonnablement prévisible au début de la *période de couverture de l'assurance annulation de voyage*.
- 3. Pénalités d'annulation lorsqu'un motif d'annulation couvert est invoqué**  
L'indemnité sera limitée aux pénalités d'annulation en vigueur à la date d'occurrence du *motif d'annulation couvert*; il est donc essentiel d'annuler promptement le voyage.
- 4. Programme de points pour grands voyageurs** En aucun cas une indemnité ne sera versée relativement à la valeur des points pour grands voyageurs qui ont été perdus. Toutefois, les Points TD accumulés dans le compte de *votre* carte *Visa Infinite\** TD Classe ultime Voyages<sup>MD</sup> sont admissibles à titre d'indemnité aux termes du présent *certificat*.

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

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 couvert énumérés ci-dessous qui survient pendant la *période de couverture de l'assurance interruption de voyage* pour le *voyage couvert*. Aucune indemnité ne sera versée à la suite de l'interruption d'un *voyage couvert* pour un motif autre que ceux mentionnés ci-après.

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

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
  - les frais exigés par le transporteur aérien pour changer la date de retour de la *personne assurée*.
- Si la *personne assurée* ne peut se rendre à la prochaine étape de son *voyage couvert* dans le délai prévu en raison d'un *motif d'interruption couvert*, le paiement des frais de déplacement raisonnables qui sont :
  - requis afin que la *personne assurée* puisse rejoindre un groupe de voyageurs le plus directement possible; 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*;

- de l’avis de *notre administrateur* :
  - o des soins médicaux immédiats sont requis; et
  - o 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*.

### EXCLUSIONS RELATIVES À L’ASSURANCE INTERRUPTION DE VOYAGE

1. **Maladies préexistantes**  
Aucune indemnité ne sera versée à l’égard d’une maladie de la *personne assurée* qui est liée ou qui découle d’une *maladie préexistante*.
2. **Maladies raisonnablement prévisibles**  
Aucune indemnité ne sera versée relativement à une maladie ou à une blessure accidentelle de la *personne assurée* si l’événement était raisonnablement prévisible :
  - lorsque la *personne assurée* a quitté pour le *voyage couvert*; 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<sup>e</sup> jour d’un *voyage couvert*, si aucune couverture complémentaire au régime annuel n’a été souscrite pour le voyage.

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

4. **Sommes non remboursables après l’occurrence d’un motif d’interruption couvert**  
Seules les sommes non remboursables à la date de l’occurrence du *motif d’interruption couvert* sont admissibles aux fins de la réclamation. Il est donc important d’appeler *notre administrateur* immédiatement afin de prendre d’autres dispositions.
5. **Motifs non couverts**  
Aucune indemnité ne sera versée à la suite de l’interruption d’un *voyage couvert* si le motif invoqué ne fait pas partie de la liste des motifs d’interruption couverts cidessus.
6. **Programme de points pour grands voyageurs**  
En aucun cas une indemnité ne sera versée relativement à la valeur des points pour grands voyageurs qui ont été perdus. Toutefois, les Points TD accumulés dans le compte de *votre carte Visa Infinite\* TD Classe ultime Voyages<sup>MD</sup>* peuvent être utilisés à titre d’indemnité aux termes du présent *certificat*.
7. **Voyage de retour inutilisé**  
En aucun cas un voyage de retour prépayé inutilisé ne sera remboursé aux termes de l’*assurance interruption de voyage*.

### Article 12 : Ce que couvre votre assurance Assurance soins médicaux d’urgence

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

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

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

- **Frais d’hospitalisation;**
- **Honoraires de médecin;**
- **Soins infirmiers privés :**
  - maximum de 5 000 \$ pour :
    - o les services d’une infirmière autorisée ou d’un infirmier autorisé. Cette garantie comprend :
    - o les fournitures médicalement nécessaires aux soins infirmiers.
- **Services de diagnostic :**
  - les frais pour les tests de diagnostic et de laboratoire et radiographies, qui sont :
    - o ordonnés par le *médecin* traitant; et
    - o autorisés au préalable par *notre administrateur*, si les tests comprennent :
      - o une imagerie par résonance magnétique (IRM);
      - o des examens tomographiques (examens TDM);
      - o des échogrammes;
      - o des ultrasons; ou
      - o des techniques diagnostiques effractives, y compris l’angiographie.

▸ **Ambulance :**

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

▸ **Avion-ambulance :**

- frais pour le service de transport aérien d'urgence seulement si *notre administrateur* :
  - conclut que l'état physique de la *personne assurée* exclut tout autre moyen de transport;
  - tire cette conclusion avant que le service ne soit fourni;
  - approuve ce service au préalable; et
  - se charge d'offrir ce service.

▸ **Ordonnances :**

- remboursement des frais de médicaments d'ordonnance lorsque ils sont requis pour des traitements d'urgence.

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

▸ **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*.

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

▸ **Appareils médicaux :**

- frais des plâtres, béquilles, éclisses, écharpes, attelles et/ou coût de location d'un fauteuil roulant ou d'un déambulateur lorsque requis par suite :
  - d'une prescription du *médecin*; et
  - d'une *urgence médicale*.

▸ **Billet de retour :**

- frais supplémentaires engagés pour acheter un billet simple en classe économique ainsi qu'un billet simple supplémentaire en classe économique, si nécessaire pour transporter une civière, si :
  - par suite d'une *urgence médicale*, *notre administrateur* juge qu'une *personne assurée* doit retourner au Canada pour des raisons d'ordre médical; et
  - *notre administrateur* approuve le transport au préalable.

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

▸ **Transport jusqu'au chevet du malade :**

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

▸ **Indemnité pour le compagnon de voyage :**

- le montant d'un billet d'avion simple en classe économique si :
  - une *urgence médicale* couverte touche la *personne assurée*;
  - de ce fait, le compagnon de voyage prolonge son séjour au-delà de la date de retour prévue; 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.

**Restriction :** 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 présent *certificat*.

▸ **Indemnité pour le compagnon de chevet :**

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

▸ **Retour de véhicule :**

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

▸ **Rapatriement de la dépouille :**

- un montant maximum de 5 000 \$ sera payable pour les frais engagés afin de préparer et de transporter au pays la dépouille de la *personne assurée*, si la *personne assurée* est morte par suite d'une *urgence médicale* couverte; 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.

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

**Restrictions relatives aux soins médicaux d'urgence**

1. **Omission de déclaration**

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

2. **Généralités**

Tel qu'il est mentionné précédemment, les indemnités payables aux termes de la *police collective* équivaldront aux frais couverts qui ont été réellement engagés, moins :

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

**EXCLUSIONS RELATIVES AUX SOINS MÉDICAUX D'URGENCE**

1. **Maladie préexistante**

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

2. **Maladies raisonnablement prévisibles**

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

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

3. **Urgence médicale en dehors de la période de couverture**

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

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

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

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

5. **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.

6. **Incapacité d'obtenir une approbation préalable**

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

7. **Services non urgents**

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

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

Les restrictions et exclusions qui s'appliquent à une indemnité donnée sont indiquées ci-dessus, dans la description de chaque indemnité.

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

1. **Fausse déclaration**

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

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

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

### EXCLUSIONS SUPPLÉMENTAIRES APPLICABLES À TOUTES LES INDEMNITÉS

Veillez *vous* reporter à l'article approprié pour de plus amples renseignements sur les exclusions particulières qui s'appliquent à une indemnité précise.

En outre, dans tous les cas, aucune indemnité ne sera versée pour des traitements, des services ou des frais liés aux facteurs ci-après ou qui en résultent :

#### a. Grossesse

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

#### b. Automutilation volontaire

- toute automutilation volontaire, tout suicide ou toute tentative de suicide, que la *personne assurée* soit saine d'esprit ou non;

#### c. Omission de prendre des médicaments

- toute omission de prendre des médicaments prescrits par le *médecin* de la *personne assurée*;

#### d. Abus d'alcool ou de drogues

- tout abus de médicaments ou d'alcool, ou toute utilisation de drogues illicites;

#### e. Crime

- a participation à une infraction criminelle;

#### f. Sports professionnels ou épreuve de course

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

#### g. Guerre ou terrorisme

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

#### h. Trajets quotidiens

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

#### i. Troubles mentaux

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

#### j. Activités dangereuses

- une activité de plongée en scaphandre autonome à titre récréatif (à moins que la *personne assurée* détienne un titre élémentaire de plongeur autonome, conféré par une école 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;

#### k. Avis aux voyageurs

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

## Article 14 : Que faire en cas d'urgence médicale

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

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

*Notre administrateur* déterminera si 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, la *personne assurée* peut être appelée à effectuer le paiement. Tel qu'il est décrit dans le présent *certificat*, la *personne assurée* recevra le remboursement des *frais admissibles* qu'elle aura payés, une fois qu'elle aura présenté une réclamation.

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

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

### Annulation de voyage

Il est important d'**appeler immédiatement le service d'aide en cas d'urgence 24 h de notre administrateur**, accessible en tout temps, au numéro indiqué à l'article 17 ci-dessous.

Le montant payable aux termes de l'assurance annulation de voyage se limite aux pénalités d'annulation de votre fournisseur de voyage en vigueur à la date où le *motif d'annulation couvert* est survenu. Il est donc important d'annuler rapidement votre 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 16, « Comment présenter une réclamation ».

### Interruption de voyage

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

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

## Article 16 : Comment présenter une réclamation

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

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

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 :

1. tous les documents originaux suivants : la facture, les billets (y compris les billets non utilisés), les reçus et l'itinéraire;
2. 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
3. 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.

### Réclamation pour des soins médicaux d'urgence

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

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

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

- au RAMG;
- à tout régime collectif ou individuel d'assurance-maladie 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 les formulaires de réclamation auprès des représentants du service à la clientèle de *notre administrateur*, en composant le numéro indiqué à l'article 17.

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

#### Si vous avez déclaré l'urgence médicale –

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

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

Si *notre administrateur* a payé un montant pour des *frais admissibles* qui sont couverts 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. Le cas échéant, une *personne assurée* doit également confirmer les dates de tout voyage de retour dans sa province ou son territoire de résidence, y compris dans le cas d'une interruption d'un *voyage couvert*.

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

## Article 17 : Comment joindre notre administrateur

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

Pour déclarer une *urgence médicale* ou pour prendre des dispositions pour interrompre ou annuler un voyage, vous pouvez 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 alors pour demander une couverture complémentaire au régime annuel.

### Service à la clientèle : numéro de téléphone

Pour obtenir un formulaire de réclamation, pour résilier votre assurance ou pour obtenir des renseignements généraux, vous pouvez appeler notre administrateur du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HE), ou le samedi, de 12 h à 18 h au **1-800-293-4941** ou au **416-977-2039**.

### Service à la clientèle : adresse postale

Veillez envoyer votre demande à l'adresse suivante :

Assurance médicale de voyage TD Canada Trust  
World Travel Protection Canada Inc.

400 University Avenue, 15<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5G 1S7

Télécopieur : **416-205-4673**

## Article 18 : Primes et remboursements de primes

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

Autrement, les primes seront fondées sur :

- l'âge de la plus vieille personne à assurer 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 des régimes d'assurance occasionnelle, la durée de votre *voyage couvert*; et
- nos tableaux de primes en vigueur pour le type d'assurance demandé

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

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

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

## Article 19 : Dispositions générales

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

### Livraison et réception du *certificat*

Si vous avez fait une demande d'adhésion pour souscrire la présente police d'assurance par téléphone ou en remettant votre demande par la poste, nous vous ferons parvenir votre *certificat* par la poste. Vous êtes réputé avoir reçu le présent *certificat* à la première des éventualités suivantes : le jour où vous recevez le présent *certificat* par la poste ou le cinquième jour suivant le cachet de la poste.

Si vous avez fait une demande d'adhésion pour souscrire la présente police d'assurance à l'adresse **www.tdassurance.com** ou **www.tdcanadatrust.com**, nous vous ferons parvenir votre *certificat* par courrier électronique. Vous êtes réputé avoir reçu le présent *certificat* le jour où nous vous l'avons envoyé par courrier électronique.

Si vous avez fait une demande d'adhésion pour souscrire la présente police d'assurance en vous rendant à une succursale de TD Canada Trust et en remettant votre demande par l'entremise de la succursale, vous recevrez votre *certificat* à ce moment-là, et cette date constituera la date de réception du présent *certificat*.

### Preuve de sinistre

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

### Examen

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

### Qui peut recevoir une indemnité

La *police collective* comprend une disposition qui permet de vous retirer le droit ou celui d'une *personne assurée* de désigner une personne à qui une indemnité est payée. Ni vous ni une *personne assurée* ne peuvent désigner un bénéficiaire qui recevra une indemnité aux termes du présent *certificat*. L'indemnité est payable à vous ou à votre prestataire de soins médicaux en votre nom.

### 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 présent *certificat*. Vous, ainsi que la

personne assurée, devez nous fournir la collaboration raisonnable que nous demandons pour faire valoir nos droits et recours, y compris la signature de tous les documents nous permettant d'intenter une poursuite en votre nom ou au nom de la personne assurée, selon le cas.

#### **Autre assurance**

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

#### **Poursuite judiciaire et délai de prescription qui peut s'appliquer**

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

#### **Fausse réclamation**

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

#### **Monnaie**

Tous les montants indiqués sont exprimés en dollars canadiens.

#### **Accès aux soins médicaux**

TD Vie, TD Canada Trust, *notre administrateur* et leurs sociétés affiliées ne sont pas responsables de la disponibilité, de la qualité, ni des résultats de tout traitement médical ou de tout transport, ou de l'impossibilité pour toute *personne assurée* d'obtenir un traitement médical.

#### **Police collective**

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

#### **Liens entre nous et le titulaire de la police collective**

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

**Votre certificat d'assurance se termine ici.**