



## RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT TD

Documents du certificat d'assurance

---

Le présent livret comprend le certificat n° 555 000 596 de votre régime d'assurance invalidité en cas d'accident TD.



## Nous vous remercions de faire confiance à TD Assurance

Votre régime d'assurance invalidité en cas d'accident TD constitue un excellent moyen d'accroître votre protection d'assurance qui vous aidera ainsi que votre famille lorsque vous en avez le plus besoin.

### Vos indemnités

- **Prestation en espèces libre d'impôt**

Vous recevrez des prestations en espèces mensuelles libres d'impôt, qui vous seront versées directement et seront déposées dans votre compte bancaire, jusqu'à concurrence de 24 mois, si vous devenez invalide en raison d'un accident.

- **Indemnité au titre de la réadaptation**

Couverture au titre des frais de réadaptation correspondant à une prestation mensuelle unique

- **Couverture offerte jusqu'à votre 70<sup>e</sup> anniversaire**

- **Processus de présentation des réclamations facile**

### Limites et exclusions

À l'image de la plupart des polices d'assurance, votre couverture comporte certaines limites et exclusions qui peuvent avoir une incidence sur la façon dont nous évaluons votre réclamation et payons vos prestations. Par exemple, nous ne verserons aucune prestation mensuelle si vous devenez invalide dans les six mois suivant votre adhésion ou la date d'entrée en vigueur du rétablissement de la couverture si votre invalidité est attribuable à une maladie préexistante.

**Veillez prendre le temps de prendre connaissance de la couverture offerte par votre assurance aux pages 8 et 10, aux rubriques « Les indemnités offertes » et « Les exclusions ».**

### Si vous avez besoin de présenter une réclamation

**Il suffit de communiquer avec nous en composant le 1-888-788-0839** pour que nous puissions commencer à traiter votre réclamation immédiatement. Veuillez vous reporter à la page 13 « Marche à suivre pour présenter une réclamation » pour obtenir des renseignements sur la façon de soumettre votre réclamation rapidement et facilement.



## Veillez nous tenir au courant si vos renseignements personnels font l'objet de modifications.

Il est important de maintenir vos renseignements personnels à jour. Veuillez communiquer avec nous immédiatement si :

- des changements sont apportés à vos renseignements bancaires ou de votre carte de crédit pour que vos paiements soient reçus en temps opportun et que votre couverture demeure en vigueur.
- vos coordonnées changent, y compris votre numéro de téléphone, votre adresse ou votre adresse électronique.

### Nous sommes là pour vous

Vous êtes important pour nous. Si vous avez des questions sur le fonctionnement de votre assurance ou si vous avez besoin de conseils à propos de vos besoins globaux en matière d'assurance, veuillez communiquer avec nous en composant le 1-888-788-0839, du lundi au vendredi entre 8 h et 22 h et le samedi entre 10 h et 18 h, heure de l'Est, et nous nous ferons un plaisir de vous aider.

ÉCHANTILLON

# BIENVENUE À TD ASSURANCE

Nous vous remercions d'avoir adhéré au régime d'assurance invalidité en cas d'accident TD

## Certificat d'assurance

Sommaire des couvertures	7
Admissibilité	8
Les indemnités offertes	8
Quelle part des frais dois-je payer?	9
Vos paiements de prestations	9
Les exclusions	10
Plafonds et planchers de couverture	11
Début et fin de votre couverture	12
Rétablissement de votre couverture	12
Que se passe-t-il si j'adhère au régime et que je change d'avis par la suite?	13
Marche à suivre pour présenter une réclamation	13
Renseignements additionnels sur votre couverture	15
Définitions des termes que nous utilisons	16
Coordonnées	20

## Autres renseignements importants

Déclaration et autorisation	20
Convention sur la confidentialité	22
Confirmation de vos réponses aux questions sur votre admissibilité	29



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

TD Assurance  
Régime d'assurance invalidité en cas d'accident TD

Août 30, 2016

Warren Boffet  
123 Greystone Walk Drive  
Toronto (Ontario) M1K 5J5

Renseignements importants sur la couverture offerte par votre régime d'assurance invalidité en cas d'accident TD aux termes de la police collective : TDL024

N° de certificat d'assurance : 555 000 596

Assuré par : TD, Compagnie d'assurance-vie\*

Bonjour Warren Boffet,

Nous vous remercions d'avoir choisi le régime d'assurance invalidité en cas d'accident TD. Vous avez fait un geste important qui permet à vous et à votre famille d'obtenir une protection financière.

Vous trouverez joint au présent livret votre certificat d'assurance ainsi que d'importants renseignements sur votre couverture.

### Ce que vous devez savoir

- Votre certificat d'assurance (à la page 7) est un document important relativement à votre régime d'assurance invalidité en cas d'accident TD que vous avez souscrit au Juillet 25, 2016. Veuillez le lire attentivement.
- Veuillez conserver votre certificat d'assurance en lieu sûr. S'il est perdu, détruit ou égaré, il suffit de communiquer avec nous afin de demander un double exemplaire.
- Votre premier paiement est prévu pour le Août 25, 2016 et par la suite le 22 de chaque mois.
- Vous disposez d'une **période d'évaluation de 30 jours** à compter de la date d'entrée en vigueur de votre couverture afin de passer en revue votre certificat d'assurance et de décider si la couverture répond à vos besoins. Si vous décidez de résilier votre couverture pendant cette période, veuillez communiquer avec nous en composant le **1-888-788-0839**.

\*TD, Compagnie d'assurance-vie est l'administrateur autorisé de la présente assurance. Pour obtenir plus de renseignements sur l'assureur et/ou l'administrateur, veuillez vous reporter au certificat d'assurance. Toutes les marques de commerce appartiennent à leurs propriétaires respectifs. <sup>MD</sup> Le logo TD et les autres marques de commerce TD sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion.



### Nous sommes là pour vous

Nous vous remercions de nous confier vos besoins en matière d'assurance. Si vous avez des questions sur votre couverture ou si vous avez besoin d'aide, nous nous ferons un plaisir de vous aider. Veuillez communiquer avec nous en composant le **1-888-788-0839**, du lundi au vendredi entre 8 h et 22 h et le samedi entre 10 h et 18 h, heure de l'Est.

Veuillez agréer nos sentiments les meilleurs,

**Mark Hardy**  
Vice-président, Vie et Santé  
TD, Compagnie d'assurance-vie

ÉCHANTILLON



## Voici votre certificat de votre régime d'assurance invalidité en cas d'accident TD

Le présent certificat d'assurance décrit *vo*tre couverture aux termes du contrat collectif de base.

Dans le présent certificat d'assurance, *vous*, *vo*tre et *vos* désignent la *personne assurée* qui est assurée aux termes du présent régime. Les termes *nous*, *notre* et *nos* désignent la TD, Compagnie d'assurance-vie (« TD Vie »), qui est l'assureur du présent régime. *Nous* acceptons de *vous* assurer sous réserve des modalités et des conditions figurant dans le présent certificat d'assurance.

**Warren Boffet**  
123 Greystone Walk Drive  
Toronto (Ontario) M1K 5J5

### Sommaire des couvertures

Montant de la prime	16,69 \$
Fréquence de paiement de la prime	Mensuelles
Date d'exigibilité de la prime	25 de chaque mois
Type de compte pour le paiement des primes	Compte bancaire
Date d'exigibilité de la première prime	Juillet 25, 2016
Date d'entrée en vigueur	Juillet 25, 2016

Renseignements sur la couverture	Personne assurée <b>Warren Boffet</b>
Prénom du titulaire du certificat	Warren
Nom du titulaire du certificat	Boffet
Âge au moment de l'établissement	34
Date de naissance	Août 1, 1976
Prestation d'invalidité mensuelle	1 500 \$
Indemnité au titre des frais de réadaptation	3 000 \$
Date d'entrée en vigueur du rétablissement	Juillet 25, 2016
Fin de couverture	Juillet 25, 2016

Tous les montants ainsi que toutes les prestations sont libellés en dollars canadiens et les taxes sont comprises, s'il y a lieu.

## Admissibilité

Pour être admissible à la présente assurance, *vous* :

- devez être âgé entre 18 ans et 60 ans à *votre date d'entrée en vigueur*;
- devez être résident canadien;
- devez *vous* trouver au Canada au moment de l'adhésion;
- devez avoir répondu aux questions relatives à l'adhésion de façon exacte et exhaustive.

Un résident canadien est une personne :

- qui est légalement autorisée à rester au Canada pour au moins les 365 prochains jours; et
- qui a vécu au Canada au moins 183 jours des 365 derniers jours (il n'est pas nécessaire que ces jours soient consécutifs).

## Les indemnités offertes

Toutes les indemnités sont assujetties aux modalités, y compris les exclusions applicables présentées dans le présent certificat d'assurance. Pour obtenir plus de renseignements sur les indemnités, veuillez vous reporter à la rubrique « Sommaire des couvertures ». *Votre* régime d'assurance invalidité en cas d'accident TD offre les indemnités suivantes :

- **Les prestations d'invalidité** : des prestations en espèces libres d'impôt mensuelles qui *vous* seront versées directement si *vous* devenez *invalide* dans les 90 jours suivant un *accident*.
  - *accident* désigne une *blesseure* corporelle qui découle directement d'un événement violent, soudain et inattendu de source externe que *vous* subissez lorsque *vous* êtes assuré aux termes du présent certificat d'assurance. Le terme *accident* ne comprend pas ce qui suit :
    - une maladie, un problème de santé ou une déficience de naissance; ou
    - des *blesseures* qui découlent directement ou indirectement d'une maladie, d'un problème de santé ou d'une déficience de naissance.
- **L'indemnité au titre des frais de réadaptation** : une couverture au titre des *frais de réadaptation* jusqu'à une valeur maximale égale à une seule *prestation mensuelle* pour chaque *période d'invalidité*.
  - *frais de réadaptation* désigne les frais engagés pour payer les services prodigués par un médecin après la *période d'attente* dont le but est de permettre à la *personne assurée* de retourner au travail.

## Quelle part des frais dois-je payer?

*Votre* paiement de *prime* est déterminé en fonction du montant de *votre* couverture et figure dans le « Sommaire des couvertures ».

- Les *primes* sont payables à l'avance à la *date d'exigibilité de la prime* et seront portées au débit d'un compte bancaire ou d'une carte de crédit mensuellement.
- La première *prime* est exigible à la première *date d'exigibilité de la prime* comme il est indiqué dans le « Sommaire des couvertures ». Si *nous* ne recevons pas un paiement à la date d'exigibilité, *nous* allouons un **délaï de grâce de 60 jours à partir de la date d'exigibilité de la prime**, au cours duquel le présent certificat d'assurance demeurera en vigueur. Cependant, si *nous* ne recevons pas le paiement au plus tard à la fin du *délaï de grâce*, *votre* couverture prendra fin.
- Le *titulaire du certificat* est tenu de *nous* informer de toute modification visant le mode de paiement des *primes*.
- *Nous* pouvons apporter des modifications aux *primes* à l'occasion. Si c'est le cas, la même modification s'appliquera à toutes les *personnes assurées* aux termes du contrat collectif de base. Si *nous* jugeons nécessaire de modifier les *primes*, *nous* *vous* donnerons un préavis écrit de 30 jours à l'adresse la plus récente figurant dans *nos* dossiers. L'avis comprendra des renseignements sur les nouvelles *primes* et la *date d'entrée en vigueur* de la modification. Si les taux de taxe varient, *vos* *primes* seront rajustées en conséquence sans préavis.

## Vos paiements de prestations

Comment et à quel moment *nous* payons *vos prestations mensuelles*

- Les *prestations mensuelles* *vous* seront payées directement et seront déposées directement dans *votre* compte bancaire le premier jour ouvrable du mois suivant la date de début de *votre invalidité*; et
- Si *vous* êtes *invalide* pendant moins d'un mois, *votre* prestation sera alors calculée au prorata.

Paiements relatifs à une *rechute dans le cadre d'une invalidité*

- Si *vous* devenez *invalide* en raison d'une *rechute*, *nous* recommencerons les paiements de *prestations mensuelles*. Il s'agira de la prolongation de la *période d'invalidité* et elle ne sera pas supérieure à la *période de prestations maximale*.

- Une *rechute dans le cadre d'une invalidité* désigne une *invalidité* qui :
  - survient dans les 12 mois suivant la fin de *vos prestations mensuelles*, et
  - est liée à la même cause ou à une cause connexe et survient avant la fin de la *période de prestations maximale*.

## Les exclusions

**Nous ne payerons aucune *prestation mensuelle*, et les *primes* ne seront pas remboursées en raison d'une *invalidité* qui est attribuable, directement ou indirectement, à un ou à plusieurs des critères indiqués ci-après :**

- une *maladie préexistante* qui fait en sorte que *vous* devenez *invalide* dans les 6 mois suivant la *date d'entrée en vigueur*;
- l'utilisation de drogues ou de substances illégales ou illicites, ou *vous* faites un mauvais usage de médicaments obtenus avec ou sans ordonnance;
- *votre* participation à une guerre (qu'elle ait été déclarée ou non) ou à un acte d'hostilité des forces armées de tout pays, ou toute insurrection ou tout mouvement populaire;
- *vous* conduisez un véhicule terrestre, maritime ou aérien qui se déplace autrement qu'à l'aide de la force musculaire si *votre* taux d'alcoolémie est supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang ou si *vous* êtes sous l'effet d'une drogue, d'une substance intoxicante, d'un stupéfiant ou d'une substance toxique, à moins qu'un *médecin* *vous* le prescrive ou à moins de suivre le mode d'emploi fourni par le fabricant dans le cas d'un médicament sans ordonnance;
- une chirurgie esthétique facultative;
- la perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel, ou pendant que *vous* êtes incarcéré;
- des *blessures* que *vous* vous êtes infligées intentionnellement.

### Exclusion en raison d'un séjour à l'étranger

Nous ne payerons aucune *prestation mensuelle* à l'égard d'une *invalidité* qui survient à l'extérieur du Canada si l'*invalidité* a lieu dans les 12 premiers mois suivant immédiatement la *date d'entrée en vigueur*.

Si *vous* devenez *invalide* et que la couverture est en vigueur depuis plus de 12 mois et que la *date de début de l'invalidité* survient lorsque *vous* êtes à l'extérieur du Canada, *vous* devez retourner au Canada dans les 90 jours suivant la *date de début de l'invalidité* avant de soumettre une *réclamation*.

*Votre période d'attente* commencera dès *votre* retour au Canada.

### Si *vous* êtes à l'extérieur du Canada :

- *nous* estimerons que *vous* n'êtes pas *invalide*;
- la *période d'attente* ne commencera pas ni ne se poursuivra; et
- *nous* ne payerons aucune *prestation mensuelle* ni ne renoncerons aux *primes*.
- L'expiration ou l'annulation du contrat collectif de base ne porte pas préjudice à toute réclamation admissible à l'égard d'un accident qui survient avant l'expiration ou l'annulation. L'assurance ne sera en aucun cas offerte à l'égard d'un accident qui survient après la résiliation du contrat collectif de base.

## Plafonds et planchers de couverture

### Disposition relative à la couverture totale

*Vous* ne pouvez pas souscrire une couverture totale aux termes d'un ou de plusieurs certificats d'assurance invalidité en cas d'accident établis par TD, Compagnie d'assurance-vie qui est supérieure à la *prestation mensuelle* et à la *période de prestations maximale* décrites dans le présent certificat d'assurance. Si *nous* constatons que *votre* couverture est supérieure aux limites prévues, la couverture excédentaire sera résiliée, et toutes les *primes* perçues en raison de la couverture excédentaire seront remboursées sans intérêt.

### Période de prestations maximale

La *période de prestations maximale* est de 24 mois suivant la date de l'*invalidité* par *période d'invalidité*. Le montant maximal payé correspond à la somme de la *prestation mensuelle* multipliée par 24 mois.

### Indemnité maximale au titre des frais de réadaptation

L'indemnité maximale au titre des *frais de réadaptation*, qui est payée au cours de la *période d'invalidité*, est égale à une *prestation mensuelle* unique par *période d'invalidité*. Ainsi, *vous* recevrez un montant forfaitaire additionnel de 500 \$, de 1 000 \$ ou de 1 500 \$ (comme il est indiqué dans le « Sommaire des couvertures ») par *période d'invalidité*.

### Augmentation ou diminution des montants de *votre* couverture

- *Vous* pouvez augmenter le montant de *votre* couverture. *Nous* traiterons la couverture additionnelle comme une nouvelle adhésion qui exigera l'établissement d'un nouveau certificat d'assurance. De plus, la couverture sera assujettie aux critères d'admissibilité et ne peut pas être supérieure à la couverture totale indiquée à la rubrique « Disposition relative à la couverture totale ».
- *Vous* pouvez diminuer le montant de *votre* couverture à tout moment en communiquant avec *nous*. *Nous* modifierons *vos* primes afin de tenir compte du nouveau montant de *votre* couverture.

## Début et fin de *vo*tre couverture

**Vo**tre couverture commence à la date à laquelle *vous* adhérez au régime. Il s'agit de la *date d'entrée en vigueur* de votre couverture comme il est indiqué dans le « Sommaire des couvertures ».

**Vo**tre couverture demeure en vigueur jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- votre 70<sup>e</sup> anniversaire;
- un paiement de *prime* demeure exigible, mais impayé à la fin du *dé*lai de *gr*âce; par conséquent, votre couverture est en *dé*chéance;
- nous recevons une demande écrite ou verbale de *vo*tre part visant la résiliation de votre couverture; ou
- la date de *vo*tre décès.

**Note** : en cas de réception d'un avis de *vo*tre décès, la couverture sera résiliée, et toute *prime* perçue après la date du décès sera remboursée.

Si *vous* décidez d'annuler votre couverture :

- nous résilierons votre couverture au moment où nous recevons une demande écrite ou verbale de *vo*tre part visant la résiliation de votre couverture. Nous rembourserons toute *prime* que nous pouvons *vo*us devoir.

Nous résilierons *vo*tre couverture si :

- un paiement de *prime* demeure exigible, mais impayé à la fin du *dé*lai de *gr*âce;
- nous arrivons à la conclusion que *vous* avez fait une déclaration inexacte dans le cadre de *vo*tre adhésion ou que *vous* avez présenté une *ré*clamation frauduleuse;
- la *période de prestations maximale* est atteinte dans le cas d'une *invalidité permanente et totale*.

## Rétablissement de *vo*tre couverture

Si votre police tombe en *dé*chéance, *vous* pouvez choisir de la rétablir :

- *Vous* pouvez demander son rétablissement dans les deux (2) ans qui suivent la date de la *dé*chéance.
- La couverture ne sera pas rétablie ou remise en vigueur tant que toutes les *primes* exigibles

- n'auront pas été payées.
- Aucune *ré*clamation ne sera payable si la date du début de *vo*tre *invalidité* survient pendant que *vo*tre assurance n'est pas en vigueur (c'est-à-dire au cours de la *période* entre la *dé*chéance et la *date d'entrée en vigueur* du rétablissement).
- Au moment du rétablissement, la période d'exclusion relative aux *maladies préexistantes* recommencera à courir.
- *Vous* devez nous fournir des preuves d'admissibilité à l'égard de la *personne assurée* et nous devons les juger satisfaisantes.

## Que se passe-t-il si j'adhère au régime et que je change d'avis par la suite?

*Vous* disposez d'une **période d'évaluation de 30 jours** à compter de la *date d'entrée en vigueur*, comme il est indiqué dans le « Sommaire des couvertures », pour examiner les avantages qui *vous* sont offerts et décider si la couverture répond à vos besoins. Si *vous* décidez de résilier votre couverture pendant cette période, veuillez communiquer avec nous en composant le **1-888-788-0839**, et votre certificat d'assurance sera annulé à compter de sa *date d'entrée en vigueur*. Les *primes* perçues au cours de cette période *vous* seront remboursées.

Si *vous* décidez d'annuler votre couverture par la suite, veuillez communiquer avec nous en composant le **1-888-788-0839** et — à la condition qu'aucune *ré*clamation ne soit en cours — nous annulerons votre couverture et rembourserons toute *prime* que nous pourrions *vo*us devoir.

**Note** : Seul le *titulaire du certificat* peut annuler votre couverture.

## Marche à suivre pour présenter une réclamation

Appelez-nous immédiatement en composant le **1-888-788-0839** pour débiter *vo*tre *ré*clamation. Si nous approuvons votre *ré*clamation, nous renoncerons à vos paiements de *prime* au cours de la *période d'invalidité* et votre couverture demeurera en vigueur.

Information requise pour présenter une *ré*clamation :

- Formulaires de *ré*clamations dûment remplis, preuve d'accident, preuve de *revenu avant l'invalidité* et toute information supplémentaire que nous jugeons pertinente afin d'évaluer votre *ré*clamation.

- Autorisation *nous* permettant de demander de consulter et d'obtenir vos dossiers médicaux et de recueillir d'autres informations auprès de sources que *nous* jugeons pertinentes afin d'évaluer votre *réclamation*, y compris vos *médecins* actuels ou vos anciens *médecins*.
- *Nous* pouvons procéder à un entretien au téléphone ou en personne.
- *Nous* pouvons exiger que *vous* vous fassiez examiner ou évaluer par un *médecin* de *notre* choix au moment de *notre* choix et aussi souvent que cela est raisonnablement nécessaire afin de *nous* permettre d'évaluer votre *réclamation*.

**Note :** *Nous* pouvons exiger les éléments qui précèdent à titre de preuve de votre *invalidité* pendant que *vous* êtes *invalidé* et que *vous* touchez des *prestations mensuelles*. Les preuves de *réclamation* sont à vos frais.

**Votre réclamation doit nous parvenir dans un délai précis comme il est indiqué ci-dessus :**

- En ce qui concerne les *réclamations* pour *invalidité*, le délai maximal pour présenter une *réclamation* pour *frais de réadaptation* est de 24 mois et la *réclamation* doit être présentée dans les 90 jours suivant la date de l'*invalidité*.
- *Nous* pouvons demander des preuves selon l'une ou plusieurs des formes susmentionnées. Le cas échéant, l'auteur de la *réclamation* doit fournir la preuve demandée dans les 30 jours. S'il ne peut respecter ce délai de 30 jours, *nous* pouvons lui accorder un délai supplémentaire qui sera convenu entre lui et *nous*.

**Avant de vous verser des prestations :**

- *Nous* devons avoir une preuve satisfaisante de votre date de naissance exacte.
- *Nous* devons être certains que la personne qui demande des prestations y a légalement droit.
- *Nous* vérifierons les questions d'admissibilité qui *vous* ont été posées lorsque *vous* avez soumis la proposition d'assurance.

**Sous réserve de la loi applicable, vous, ou une personne autorisée qui présente une réclamation en votre nom, pouvez nous demander :**

- une copie du formulaire d'adhésion;
- une copie du certificat d'assurance; et
- une copie de tout autre document que *nous* vous demandons de soumettre.

## Renseignements additionnels sur votre couverture

- **Absence de participation et valeur de rachat :** Le présent certificat d'assurance et le contrat collectif de base aux termes duquel il est établi sont sans participation et n'ont aucune valeur de rachat.
- **Actions en justice :** Toute action en justice ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour recouvrer des sommes payables aux termes du contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée à l'intérieur du délai prescrit dans la loi intitulée *Insurance Act* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Ontario) ou dans toute autre loi applicable dans votre province ou territoire. Pour les actions en justice ou les procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le *Code civil du Québec*.
- **Cession :** Le présent certificat d'assurance ne peut pas être transféré ni cédé.
- **Contrat collectif de base :** Toutes les indemnités aux termes du présent certificat d'assurance sont assujetties au contrat collectif de base, qui constitue à lui seul l'entente aux termes de laquelle les *prestations mensuelles* seront payées. Le présent certificat d'assurance énumère les principales dispositions du contrat collectif de base qui s'appliquent aux *personnes assurées*.
- **Coordination des prestations :** Sous réserve de la rubrique Disposition relative à la couverture totale, si vous avez une autre assurance en plus du présent certificat d'assurance, nous ne coordonnerons pas les prestations, notamment si *vous* recevez des paiements d'invalidité d'autres sources (par exemple, de votre employeur, du gouvernement ou d'une autre assurance invalidité).
- **Déclaration inexacte quant à l'âge**  
Si un certificat d'assurance est établi selon un âge inexact, l'un des scénarios suivants s'appliquera :
  - Si *vous* êtes toujours admissible à l'assurance, le montant de la *prime* sera rajusté pour tenir compte de votre date de naissance correcte à la *date d'entrée en vigueur* de votre couverture.
    - Si *vous* avez payé des *primes* en trop, *nous* vous rembourserons l'excédent des *primes* calculé au moment où une *réclamation* est présentée aux termes du présent certificat d'assurance; ou
    - Si *vous* n'avez pas payé suffisamment de *primes*, *nous* soustrairons le montant de l'insuffisance du montant de la prestation lorsque *vous* présentez une *réclamation* aux termes du présent certificat d'assurance.
  - Si *vous* n'êtes pas admissible à l'assurance, toutes les couvertures aux termes du présent contrat collectif de base seront considérées comme n'étant jamais entrées en vigueur, et *nous* rembourserons l'ensemble des *primes* payées.

### ● Fausse déclaration

- *Nous nous* fions à la véracité et à l'exhaustivité des déclarations et des réponses que *vous nous* fournissez à titre de preuves d'assurabilité.
- Il est entendu que *nous* pouvons annuler *votre* couverture d'assurance si *vous nous* avez caché un renseignement ou avez fait une fausse déclaration.
- Deux (2) ans après la *date d'entrée en vigueur* ou celle du rétablissement de l'assurance, les réponses que *vous nous* aurez fournies en tant que preuves d'assurabilité seront réputées véridiques, sauf en cas de fausse déclaration frauduleuse. Toutefois, cela ne s'applique pas à *votre* date de naissance, pour laquelle la rubrique Déclaration inexacte quant à l'âge ci-dessus s'appliquera.

- **Renonciation** : *Nous* ne serons réputés avoir renoncé à aucune condition ni avoir modifié aucune condition du présent certificat, que ce soit en totalité ou en partie, à moins de l'avoir clairement exprimé dans un document signé par l'un de *nos* représentants.

- Le présent certificat d'assurance n° 555 000 596 est établi aux termes de le contrat collectif TDL024 en faveur de La Banque Toronto-Dominion (La Banque TD) par TD Vie.

## Définitions des termes que *nous* avons utilisés

Dans le présent certificat d'assurance, les termes suivants sont utilisés systématiquement en italique :

**accident** désigne une *blessure* corporelle qui découle directement d'un événement violent, soudain et inattendu de source externe que *vous* subissez lorsque *vous* êtes assuré aux termes du présent certificat d'assurance. Le terme *accident* ne comprend pas ce qui suit :

- une maladie, un problème de santé ou une déficience de naissance; ou
- des *blessures* qui découlent directement ou indirectement d'une maladie, d'un problème de santé ou d'une déficience de naissance.

**blessure/blessures** désigne une lésion ou une blessure corporelle qui est causée uniquement et directement par un *accident* qui a eu lieu après la *date d'entrée en vigueur* et pendant que la couverture est en vigueur.

Le terme *blessure* ne comprend pas ce qui suit :

- une maladie, un problème de santé ou une déficience de naissance; ou
- des *blessures* qui découlent directement ou indirectement d'une maladie, d'un problème de santé ou d'une déficience de naissance.

Sans égard :

- au fait que la maladie ou le problème de santé soit apparu avant ou après la prise d'effet du présent certificat d'assurance;
- à ce qui a donné lieu à la manifestation de la maladie ou du problème de santé chez la *personne assurée*; et au fait que la maladie, le problème de santé ou la déficience ou la *blessure* en découlant était prévisible ou imprévisible.

**date d'entrée en vigueur** s'entend de la date ou des dates auxquelles la couverture commence, comme il est indiqué à la rubrique « Sommaire des couvertures ».

**date d'entrée en vigueur du rétablissement** s'entend de la date à laquelle le présent certificat d'assurance est rétabli, comme il est décrit à la rubrique « Rétablissement de votre couverture ».

**date d'exigibilité de la prime** s'entend de la date à laquelle vos *primes* d'assurance sont exigibles et doivent *nous* être payées et de la date du mois à laquelle les *primes* sont portées au débit de *votre* carte de crédit ou de *votre* compte bancaire.

**date de début de l'invalidité** s'entend du premier jour où la *personne assurée* est *invalide*.

**déchéance** s'entend de la résiliation de la couverture parce que la *prime* n'a pas été payée au cours du *décalé de grâce*.

**décalé de grâce** s'entend d'une période pendant laquelle la *prime* est exigible et impayée et au cours de laquelle la couverture demeure en vigueur (60 jours). Si la *prime* est entièrement acquittée au cours du *décalé de grâce*, elle est réputée avoir été payée avant l'échéance.

**emploi habituel** s'entend du poste que la *personne assurée* occupait à la *date de début de l'invalidité*. Le terme *emploi habituel* désigne le type de travail plutôt que les fonctions précises d'un emploi auprès d'une entreprise en particulier.

**emploi rémunérateur** s'entend de tout travail qui offre un salaire ou un bénéfice produisant ou pourrait produire un *revenu* égal à au moins 50 % de *votre revenu avant l'invalidité*.

**frais de réadaptation** s'entend des frais engagés et liés aux services prodigués par un *médecin* après la *période d'attente* pour permettre à la *personne assurée* de retourner au travail.

### **invalidité/invalide**

Si la *personne assurée* travaille au moins 20 heures par semaine ou qu'elle travaille à la *date de début de l'invalidité* :

- **invalidité/invalide** s'entend de l'état de la *personne assurée* qui, en raison d'une *blessure* :
  - n'est pas en mesure de s'acquitter des fonctions essentielles de son *emploi habituel*; et
  - n'occupe pas un *emploi rémunérateur*; et

- reçoit régulièrement des soins d'un *médecin* ainsi qu'un *traitement approprié*.

Si la *personne assurée* ne travaille pas au moins 20 heures par semaine ou qu'elle soit sans emploi à la *date de début de l'invalidité* :

- **invalidité/invalidé** s'entend de l'état de la *personne assurée* qui, en raison d'une *blessure* :
  - n'est pas en mesure de s'acquitter des fonctions essentielles de tout *emploi rémunérateur* dont elle possède les qualifications minimales; et
  - ne travaille pas du tout; et
  - reçoit régulièrement des soins d'un *médecin* ainsi qu'un *traitement approprié*.

**invalidité permanente et totale** s'entend du fait que *vous* êtes incapable sur le plan physique ou mental de travailler seul ou de *vous* acquitter de fonctions selon *votre* formation, éducation ou expérience. Une amélioration médicale n'est pas prévue, et il est peu probable que *vous* travailliez de nouveau.

**maladie préexistante** s'entend d'une *blessure* ou d'une maladie dont la *personne assurée* avait des symptômes, pour laquelle elle a obtenu une consultation médicale ou des conseils ou pour laquelle elle a reçu des traitements, y compris des tests diagnostiques, des soins ou des services, y compris des médicaments sur ordonnance au cours des 6 mois qui ont précédé la *date d'entrée en vigueur* de la couverture.

**médecin** s'entend d'un médecin indépendant et qualifié qui pratique la médecine au Canada et y est autorisé. Pour les fins du diagnostic d'une *personne assurée*, le terme *médecin* ne s'entend pas de cette *personne assurée* ni d'un membre de la famille de la *personne assurée*.

**nous, notre, nos** et l'assureur s'entendent de TD Vie.

**période d'attente** s'entend des 30 premiers jours consécutifs suivant la *date de début de l'invalidité* au cours desquels la *personne assurée* doit être *invalidé* avant que le paiement de *prestations mensuelles* ne commence. Pendant cette période, aucune prestation ne sera versée ni ne s'accumulera.

**période d'invalidité** s'entend de la période au cours de laquelle la *personne assurée* est *invalidé* et reçoit des *prestations mensuelles*. La *période d'invalidité* maximale est de deux (2) ans, y compris toute rechute dans le cadre d'une *invalidité*.

**période de prestations maximale** s'entend de la période la plus longue au cours de laquelle *nous* payerons des *prestations mensuelles* pendant toute période d'*invalidité*. *Nous* ne payerons aucune *prestation mensuelle* au-delà de la *période de prestations maximale* même si une période d'*invalidité* perdure au-delà de la *période de prestations maximale*. La *période de prestations maximale* ne recommence pas et ne peut pas être surpassée au cours d'une période d'*invalidité* même si la cause de l'*invalidité* change.

**personne assurée** s'entend de la personne assurée qui est admissible aux indemnités aux termes du certificat d'assurance.

**police** s'entend du contrat collectif de base TDL024 conclu entre TD Vie et La Banque TD.

**prestation mensuelle** s'entend de la prestation mensuelle maximale payable en espèces à laquelle la *personne assurée* a droit, comme elle est décrite à la rubrique « Sommaire des couvertures », que *nous* payerons lorsque la *personne assurée* est *invalidé*.

**prime** s'entend du coût de la protection d'assurance à l'égard d'un risque précis pour une période précise.

**rechute dans le cadre d'une invalidité** s'entend d'une invalidité qui :

- survient dans les 12 mois suivant la fin de vos *prestations mensuelles*; et
- a lieu en raison de la même cause ou d'une cause connexe avant la fin de la *période de prestations maximale*.

**réclamation** s'entend de la demande formulée par la *personne assurée* visant les *prestations mensuelles* offertes aux termes de la présente couverture.

**rétablissement** s'entend de la réhabilitation d'un certificat d'assurance déchu comme il est décrit à la rubrique « Rétablissement de votre couverture ».

**revenu** s'entend du salaire, des honoraires et des commissions obtenus par la *personne assurée*.

**revenu avant l'invalidité** s'entend du *revenu mensuel moyen* de la *personne assurée* au cours des 24 mois tombant immédiatement avant la *date de début de l'invalidité*.

**titulaire du certificat** s'entend de la personne ou de la partie qui est propriétaire du certificat d'assurance.

**traitement approprié** s'entend des soins que les *médecins* considèrent efficaces par rapport au problème de santé qui cause l'*invalidité* ou qui y contribue. Dans la mesure du possible, le but des soins est de permettre à la *personne assurée* de retourner au travail. Les soins doivent être prodigués sous la supervision d'un *médecin* qui doit les approuver.

**vous, votre et vos s'entendent** de la *personne assurée* ou des *personnes assurées* qui sont assurées aux termes du certificat d'assurance.

**Le certificat d'assurance se termine ici.**  
**Les pages qui suivent renferment des renseignements utiles sur votre couverture.**



## Coordonnées

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

## Déclaration et autorisation au sujet de votre régime d'assurance en cas d'accident grave TD

### **Veuillez lire attentivement**

Lorsque vous avez adhéré à la présente assurance, vous avez déclaré et accepté ce qui suit :

- Vous examinerez le certificat d'assurance afin de vérifier que ses modalités vous conviennent
- Toutes vos déclarations et réponses sont des déclarations et réponses véridiques et complètes de votre part aux questions. Le fait de cacher un renseignement ou de faire une déclaration inexacte ou fautive dans le formulaire d'adhésion pourrait entraîner l'annulation de votre couverture aux termes du certificat d'assurance.
- Le versement de toute prestation est assujéti aux modalités et aux conditions, comme elles sont décrites dans le certificat d'assurance.
- Vous disposez d'une **période d'évaluation de 30 jours** à compter de la date d'entrée en vigueur, comme il est indiqué dans le « Sommaire des couvertures » pour examiner les avantages qui vous sont offerts et décider si la couverture répond à vos besoins. Si vous décidez de résilier votre couverture pendant cette période, veuillez communiquer avec nous au 1-888-788-0839 ou soumettre votre demande par écrit, et votre certificat d'assurance sera annulé à la date d'entrée en vigueur. Si vous décidez d'annuler votre couverture à tout moment par la suite, à la condition qu'aucune réclamation ne soit en cours, nous rembourserons toute prime non gagnée que vous avez peut-être payée.
- Nous pouvons apporter des modifications aux primes à l'occasion. Si c'est le cas, la même modification s'appliquera à toutes les personnes assurées aux termes du contrat collectif de base.
- Aucune couverture d'assurance n'entrera en vigueur avant votre date d'entrée en vigueur ou la date d'entrée en vigueur du dernier rétablissement, comme il est indiqué dans le certificat d'assurance.



- L'achat de la présente assurance est facultatif et n'est pas nécessaire pour obtenir d'autres produits ou services de nous ou de nos sociétés affiliées.
- Les réponses que vous avez fournies font partie de la proposition, ainsi que tout formulaire ou toute proposition supplémentaire que nous pouvons exiger.

### Autorisation

Comme il est indiqué dans notre Convention sur la confidentialité qui se trouve à l'adresse [www.td.com/francais/privee](http://www.td.com/francais/privee), vous acceptez que nous puissions communiquer vos renseignements personnels à nos sociétés affiliées à l'échelle mondiale et réassureurs ainsi qu'à nos fournisseurs de services. Nous pouvons également utiliser vos renseignements aux fins suivantes : établir votre identité; vous procurer un service à la clientèle continu; nous aider à mieux vous servir; aider à assurer votre protection et la nôtre contre la fraude et les erreurs; et nous conformer à des exigences légales et réglementaires. Nous pouvons communiquer avec vous à ces fins par téléphone ou par tout autre moyen électronique aux numéros que vous nous avez fournis.

### Mode de paiement compte bancaire

Vous avez sélectionné un paiement de primes par des retraits préautorisés et vous autorisez TD Vie, en son propre nom, à prélever la prime d'assurance sur une base mensuelle. Les prélèvements commenceront après la date d'établissement du certificat d'assurance et se feront sur une base mensuelle le même jour par la suite.

Comprenez-vous et acceptez-vous les modalités et les conditions indiquées ci-dessus?

Votre réponse : Oui

### Utilisation des renseignements

Nous pourrions partager vos renseignements personnels qui ne concernent pas votre santé avec les membres de notre groupe afin qu'ils puissent vous offrir des produits et des services par téléphone, aux numéros que vous nous avez fournis, de même que par Internet et par la poste ou par d'autres moyens. Vous pouvez choisir de ne pas être sollicité dans le cadre de ces offres de marketing direct en avisant TD Vie.

Ai-je votre consentement?

Votre réponse : Oui

## Convention sur la confidentialité

Dans la présente convention, les mots « vous », « votre » et « vos » désignent toute personne nous ayant demandé un produit ou un service, nous ayant offert une garantie à l'égard d'un produit ou d'un service ou étant assurée aux termes d'un produit ou d'un service. Les termes « nous », « notre » et « nos » désignent le Groupe Banque TD (« la TD »). La TD désigne La Banque Toronto-Dominion et ses sociétés affiliées à l'échelle mondiale, qui offrent des produits et services de dépôt, de placement, de prêt, de valeurs mobilières, de fiducie, d'assurance et d'autres produits et services. Le terme « renseignements » désigne les renseignements personnels, financiers ou autres à votre sujet que vous nous avez fournis et que nous avons obtenus auprès de parties à l'extérieur de la TD, notamment par le biais des produits et services que vous utilisez.

**Vous reconnaissez, autorisez et acceptez ce qui suit :**

### Collecte et utilisation de vos renseignements

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

- des détails à votre sujet et sur vos antécédents, notamment vos nom, adresse, coordonnées, date de naissance, profession et autres éléments d'identification;
- les dossiers des transactions que vous avez conclues avec nous ou par notre entremise;
- vos préférences et activités.

**Ces renseignements peuvent être recueillis auprès de vous et de sources externes à La Banque TD, notamment les suivantes :**

- organismes et registres gouvernementaux, autorités chargées de l'application de la loi et archives publiques;
- agences d'évaluation du crédit;
- autres institutions financières ou établissements de crédit;
- organisations avec lesquelles vous avez pris des arrangements, d'autres fournisseurs de services ou intermédiaires de service, dont les réseaux de cartes de paiement;
- personnes ou organisations que vous avez données en référence ou autres renseignements que vous avez fournis;
- personnes autorisées à agir en votre nom en vertu d'un mandat ou de tout autre instrument juridique;

- vos interactions avec nous, y compris en personne, par téléphone, par GAB, au moyen d'un appareil mobile, par courriel ou par Internet;

- dossiers des transactions que vous avez conclues avec nous ou par notre entremise.

Vous autorisez la collecte de renseignements auprès de ces sources et, le cas échéant, vous autorisez ces sources à nous transmettre des renseignements.

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

- vérifier votre identité;
- évaluer et traiter votre proposition, vos comptes, vos opérations et vos rapports;
- vous fournir des services ainsi que des renseignements relativement à nos produits et services, et relativement aux comptes que vous détenez auprès de nous;
- analyser vos besoins et activités afin de vous fournir de meilleurs services et de mettre au point de nouveaux produits et services;
- assurer votre protection et la nôtre contre la fraude et les erreurs;
- évaluer et gérer nos risques, nos opérations et notre relation avec vous;
- lorsque nous percevons une dette ou exécutons une obligation que vous avez contractée envers nous;
- nous conformer aux lois applicables et aux exigences réglementaires, y compris celles des organismes d'autoréglementation.

## Divulgarion de vos renseignements

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

- avec votre consentement;
- en réponse à une ordonnance d'un tribunal, à un mandat de perquisition ou à toute autre demande que nous jugerons valide;
- en réponse aux demandes de renseignements d'organismes de réglementation (y compris des organismes d'autoréglementation dont nous sommes membres ou participants) ou afin de satisfaire aux exigences légales et réglementaires auxquelles nous sommes assujettis;

- lorsque le destinataire est un fournisseur, un agent ou un autre organisme qui se charge de la prestation de services pour vous, pour nous ou en notre nom;
- à des réseaux de cartes de paiement afin d'exploiter ou d'administrer le système de cartes de paiement qui appuie les produits ou les services que nous vous fournissons ou les comptes que vous détenez auprès de nous (y compris des produits ou services fournis ou offerts par le système de cartes de paiement relativement aux produits ou aux services que nous vous fournissons ou aux comptes que vous détenez auprès de nous), ou dans le cadre de concours ou d'autres promotions qu'ils peuvent vous offrir;
- lors du décès d'un titulaire de compte conjoint avec droit de survie, nous pouvons communiquer des renseignements relatifs au compte conjoint jusqu'à la date du décès au représentant de la succession de la personne décédée, sauf au Québec où le liquidateur a droit à tous les renseignements relatifs au compte jusqu'à la date du décès et après la date du décès;
- lorsque nous achetons une entreprise ou vendons une partie ou la totalité de notre entreprise ou lorsque nous envisageons pareille opération;
- lorsque nous recouvrons une dette ou faisons exécuter une obligation que vous avez contractée envers nous;
- lorsque la loi le permet.

## Partage de renseignements au sein de La Banque TD

**Au sein de La Banque TD, nous pourrions partager des renseignements à l'échelle mondiale, autres que des renseignements sur la santé, aux fins suivantes :**

- gérer votre relation globale avec la TD, y compris l'administration de vos comptes et le maintien de renseignements cohérents à votre sujet;
- gérer et évaluer nos risques et activités, y compris pour recouvrer une dette que vous avez contractée envers nous;
- nous conformer à des exigences légales et réglementaires.

Vous ne pouvez révoquer votre consentement à l'égard de telles fins.

Au sein de La Banque TD, nous pouvons également partager des renseignements à l'échelle mondiale, autres que des renseignements sur la santé, pour permettre aux autres secteurs d'activité de La Banque TD de vous informer de nos produits et services. Pour savoir comment nous utilisons

vos renseignements à des fins de marketing et comment vous pouvez révoquer votre consentement, reportez-vous à la rubrique « Marketing » ci-après.

## Autres cas de collecte, d'utilisation et de divulgation

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

**Agences d'évaluation du crédit et autres prêteurs** – Si vous détenez avec nous une carte de crédit, une ligne de crédit, un prêt, un prêt hypothécaire ou une autre facilité de crédit, des services de commerçants, ou encore un compte de dépôt avec protection contre les découverts ou limites de retenue, de retrait ou d'opération, nous échangerons des renseignements et des rapports à votre sujet avec des agences d'évaluation du crédit et avec d'autres prêteurs au moment du dépôt d'une demande de votre part et tout au long de son traitement, puis de façon périodique afin d'évaluer et de vérifier votre solvabilité, de fixer des limites de crédit ou de retenue, de nous aider à recouvrer une dette ou à faire exécuter une obligation que vous avez contractée envers nous et/ou de gérer et d'évaluer nos risques. Vous pouvez nous demander de ne pas effectuer une vérification de crédit dans le cadre de notre étude de votre demande de crédit. Dès que nous vous avons accordé une telle facilité ou un tel produit, et pendant un délai raisonnable par la suite, nous pouvons de temps à autre divulguer vos renseignements à d'autres prêteurs et à des agences d'évaluation du crédit qui en font la demande. En procédant ainsi, nous facilitons en général l'établissement de vos antécédents de crédit ainsi que le processus d'octroi et de traitement du crédit. Nous pouvons obtenir des renseignements et des rapports à votre sujet auprès d'Equifax Canada Inc., de Trans Union du Canada, Inc. ou de toute autre agence d'évaluation du crédit. Vous pouvez avoir accès à vos renseignements personnels contenus dans leurs dossiers et y faire apporter des corrections en communiquant avec eux directement par l'entremise de leur site Web respectif : [www.consumer.equifax.ca](http://www.consumer.equifax.ca) et [www.transunion.ca](http://www.transunion.ca). Si vous avez présenté une demande en vue d'obtenir l'un de nos produits de crédit, vous ne pouvez pas retirer votre consentement à cet échange de renseignements.

**Fraude** – Afin de prévenir, de détecter ou d'éliminer l'exploitation financière, la fraude et les activités criminelles, de protéger nos actifs et nos intérêts, de nous aider dans le cadre de toute enquête interne ou externe visant des activités suspectes ou potentiellement illégales, de présenter une

défense ou de conclure un règlement à l'égard de toute perte réelle ou éventuelle relativement à ce qui précède, nous pouvons utiliser vos renseignements, en faire la collecte auprès de toute personne ou organisation, de toute agence de prévention des fraudes, de tout organisme de réglementation ou gouvernemental, de l'exploitant de toute base de données ou de tout registre servant à vérifier des renseignements fournis en les comparant avec des renseignements d'autres sources, ou d'autres sociétés d'assurance ou institutions financières ou établissements de crédit, et les divulguer à ceux-ci. À de telles fins, vos renseignements peuvent être mis en commun avec les données appartenant à d'autres personnes et faire l'objet d'analyses de données.

**Assurance** – La présente rubrique s'applique si : vous demandez une présélection à l'égard d'un tel produit; vous modifiez ou présentez une réclamation aux termes d'un tel produit; ou vous avez inclus un tel produit avec un produit ou un service que nous vous fournissons ou un compte que vous détenez auprès de nous. Nous pouvons recueillir, utiliser, divulguer et conserver vos renseignements, y compris des renseignements sur la santé. Nous pouvons recueillir ces renseignements auprès de vous ou de tout professionnel de la santé, établissement de santé, compagnie d'assurance, organisme gouvernemental, organisation qui gère des banques de données d'information publique, ou des bureaux d'information sur les assurances, notamment MIB Group, Inc. et le Bureau d'assurance du Canada, qui connaissent vos renseignements.

Pour ce qui est de l'assurance vie et maladie, nous pouvons également obtenir un rapport d'enquête personnel dressé dans le cadre de la vérification et/ou de l'authentification des renseignements que vous avez fournis dans votre proposition ou dans le cadre du processus de réclamation.

Pour ce qui est de l'assurance habitation et automobile, nous pouvons également obtenir des renseignements à votre sujet auprès d'agences d'évaluation du crédit au moment de votre proposition, tout au long du processus de traitement de cette demande, puis de façon périodique afin de vérifier votre solvabilité, d'effectuer une analyse de risque et d'établir votre prime.

#### Nous pouvons utiliser vos renseignements pour :

- vérifier votre admissibilité à la protection d'assurance;
- gérer votre assurance et notre relation avec vous;
- établir votre prime d'assurance;
- faire une enquête au sujet de vos réclamations et les régler;
- évaluer et gérer nos risques et activités.

Nous pouvons communiquer vos renseignements à tout professionnel de la santé, établissement de santé, compagnie d'assurance, organisation qui gère des banques de données d'information publique ou bureau d'information sur les assurances, y compris MIB Group, Inc. et le Bureau d'assurance du Canada, afin de leur permettre de répondre correctement aux questions lorsqu'ils nous fournissent des renseignements à votre sujet. Nous pourrions communiquer les résultats

d'examen de laboratoire concernant des maladies infectieuses aux autorités en matière de santé publique appropriées.

Les renseignements concernant votre santé recueillis aux fins susmentionnées ne seront pas partagés au sein de La Banque TD, sauf dans la mesure où une société de La Banque TD assure, réassure, gère ou vend une protection pertinente et que la divulgation des renseignements est requise aux fins susmentionnées. Vos renseignements, y compris les renseignements concernant votre santé, peuvent toutefois être partagés avec les administrateurs, fournisseurs de services, réassureurs et assureurs et réassureurs éventuels de nos activités d'assurance, ainsi qu'avec leurs administrateurs et fournisseurs de services à ces fins.

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

- vous informer d'autres produits et services qui pourraient vous intéresser, y compris ceux qui sont offerts par d'autres secteurs d'activité au sein de la TD ou des tiers que nous sélectionnons;
- déterminer votre admissibilité à des concours, à des enquêtes ou à des promotions;
- effectuer des recherches, des analyses, des modélisations et des enquêtes visant à évaluer votre satisfaction à notre égard et à mettre au point des produits et services;
- communiquer avec vous par téléphone, par télécopieur, par message texte ou par tout autre moyen électronique, ou par dispositif de composition et d'annonce automatique, aux numéros que vous nous avez fournis, ou par GAB, par Internet, par la poste, par courriel ou par d'autres moyens.

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

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

**Conversations téléphoniques et par Internet** – Il est possible que vos conversations téléphoniques avec nos représentants, vos clavardages en direct avec des agents ou les messages que vous nous envoyez par des médias sociaux soient écoutés et/ou enregistrés afin d'assurer votre protection et la nôtre, d'améliorer le service à la clientèle et de confirmer nos discussions avec vous.

## Autres renseignements

La présente Convention doit être lue conjointement avec notre Code de protection de la vie privée, qui comprend notre Code de protection de la vie privée en ligne et notre Code de protection de la vie privée pour applications mobiles. Vous reconnaissez que le Code de protection de la vie privée



fait partie intégrante de la Convention sur la confidentialité. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de la présente Convention et de nos pratiques en matière de respect de la confidentialité, consultez la page [www.td.com/francais/privée](http://www.td.com/francais/privée) ou communiquez avec nous pour en obtenir un exemplaire.

Vous reconnaissez par la présente que nous pouvons modifier à l'occasion la présente Convention et notre Code de protection de la vie privée. Nous publierons la Convention révisée ainsi que le Code de protection de la vie privée à l'adresse Web ci-dessus. Nous pouvons aussi les mettre à votre disposition dans nos succursales ou autres établissements, ou encore vous les faire parvenir par la poste. Vous reconnaissez et déclarez être lié par de telles modifications.

Si vous souhaitez retirer votre consentement aux termes de l'une ou l'autre des options de retrait prévues par la présente Convention, vous pouvez communiquer avec nous en composant le **1-888-788-0839**. Pour obtenir de plus amples renseignements sur ces options, veuillez prendre connaissance de notre Code de protection de la vie privée.

**Warren Boffet**  
123 Greystone Walk Drive  
Toronto (Ontario) M1K 5J5

**PERSONNEL ET CONFIDENTIEL**

ÉCHANTILLON

ÉCHANTILLON