



## 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 mensuelle libre d'impôt**

Vous recevrez des *prestations 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. De plus, vous recevrez une (1) *indemnité au titre du rétablissement* libre d'impôt supplémentaire à la fin de votre *période d'invalidité*.

- **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 *policies* 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 aider***

*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.

# 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 <i>vo</i> tre couverture	12
Rétablissement de <i>vo</i> tre 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 <i>vo</i> tre couverture	15
Définitions des termes que <i>nous</i> utilisons	16
Coordonnées	20

## Autres renseignements importants

Déclaration et autorisation	20
Consentement au traitement de vos renseignements personnels et à la Politique de confidentialité de TD Assurance	22
Confirmation de vos réponses aux questions sur <i>vo</i> tre admissibilité	24



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

1 janvier 2023

Warden Boffet  
123 Address  
Vile, Province  
A1A 1A1

## 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,

**Warden 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 25 juillet 2023. 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 25 août 2023 et par la suite le 25 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

\*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.



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**.

***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 associé, Vie et Santé directes  
TD, Compagnie d'assurance-vie



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

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

Dans le présent certificat d'assurance, *vous, votre* 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.

Warden Boffet  
123 Address  
Vile, Province  
A1A 1A1

### 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	25 août 2023
Date d'entrée en vigueur	25 juillet 2023

Renseignements sur la couverture	Personne assurée Warden Boffet
Prénom du titulaire du certificat	Warden
Nom du titulaire du certificat	Boffet
Âge au moment de l'établissement	34
Date de naissance	1 janvier 1989
Prestation mensuelle	1 500 \$
Date d'entrée en vigueur du rétablissement	25 juillet 2023
Fin de couverture	25 juillet 2025

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 libres d'impôt mensuelles qui *vous* seront versées directement si *vous* devenez *invalide* dans les 90 jours suivant *un accident*.
  - *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.
- **L'indemnité au titre du rétablissement** : une *prestation mensuelle* unique versée à la fin de chaque *période d'invalidité*.



## 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 **délai 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 *délai 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*.
- Si vous êtes *invalide* pendant moins d'un mois, votre prestation sera alors calculée au prorata.
- Une *indemnité au titre du rétablissement* vous sera versée à la fin de chaque *période d'invalidité*.

**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 du rétablissement**

L'*indemnité maximale au titre du rétablissement*, qui est payée à la fin de la *période d'invalidité*, est égale à une *prestation mensuelle* unique par *période d'invalidité*. Ainsi, vous recevrez une prestation mensuelle maximale 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 *délai de grâce*; par conséquent, votre couverture est en *déchéance*;
- 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 *vo*tre 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 *vous* devoir.

**Nous résilierons *vo*tre couverture si :**

- un paiement de *prime* demeure exigible, mais impayé à la fin du *délai de grâce*;
- nous arrivons à la conclusion que *vous* avez fait une déclaration inexacte dans le cadre de votre adhésion ou que *vous* avez présenté une *réclamation* frauduleuse;
- la *période de prestations maximale* est atteinte dans le cas d'une *invalidité permanente et totale*.

## Rétablissement de *vo*tre couverture

**Si *vo*tre *police* tombe en *déchéance*, *vous* pouvez choisir de la rétablir :**

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

- Aucune *réclamation* ne sera payable si la date du début de *votre invalidité* survient pendant que *votre assurance* n'est pas en vigueur (c'est-à-dire au cours de la période entre la *déchéance* 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 *réclamation* ne soit en cours — *nous* annulerons *votre* couverture et rembourserons toute *prime* que *nous* pourrions *vous* 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 *votre* *réclamation*. Si *nous* approuvons *votre* *réclamation*, *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 *réclamation* :

- Formulaire de *réclamations* dûment remplis, preuve d'*accident*, preuve de *revenu avant l'invalidité* et toute information supplémentaire que *nous* jugeons pertinente afin d'évaluer *votre* *réclamation*.
- 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 *vo*tre 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 *vo*tre réclamation.

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

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

- Les *réclamations* doivent *nous* parvenir dans les 90 jours suivant la date d'*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 *vo*tre 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 *vo*tre 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 *vo*tre 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 *vo*tre 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 *vo*tre 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 *vo*tre date de naissance correcte à la *date d'entrée en vigueur* de *vo*tre 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 *invalidé*.

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

**décal 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 *décal 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*.

**indemnité au titre du rétablissement** procure à la *personne assurée* une *prestation mensuelle* additionnelle de 500 \$, de 1 000 \$ ou de 1 500 \$ (comme il est indiqué dans le « Sommaire des couvertures ») à la fin de chaque *période d'invalidité*.

**invalidité/invalidé** Si la *personne assurée* travaille au moins 20 heures par semaine ou qu'elle travaille 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 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 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  
Tél : 1-888-788-0839

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

### Veillez 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

## Consentement au traitement de vos renseignements personnels et à la Politique de confidentialité de TD Assurance

**Vous consentez à notre Politique de confidentialité.** Vous acceptez que TD Assurance (qui comprend La Banque Toronto-Dominion et ses sociétés affiliées, collectivement la « TD ») puisse traiter vos renseignements personnels de la façon prévue par sa Politique de confidentialité. Vous trouverez cette politique en ligne, à l'adresse [td.com/vieprivee](http://td.com/vieprivee).

**Des options s'offrent à vous.** La Politique de confidentialité vous explique comment refuser de donner votre consentement ou le retirer, s'il y a lieu.

### Voici un résumé de cette politique.

**Nous recueillons, utilisons, transmettons et conservons vos renseignements, notamment pour :**

- vous identifier;
- traiter votre demande et évaluer votre admissibilité;
- souscrire une assurance;
- vous servir;
- communiquer avec vous;
- personnaliser notre relation avec vous;
- déterminer le produit, prime ou couverture qui vous convient;
- améliorer les produits et services de la TD;
- vous protéger contre les fraudes, l'exploitation financière et les erreurs;
- évaluer et gérer nos risques;
- respecter les obligations juridiques et réglementaires.

**Nous recueillons des renseignements (aux fins ci-dessus) auprès de vous et d'autres entités, notamment ce qui suit :**

- organismes et registres de prévention des fraudes;
- tout professionnel de la santé, établissement de santé, compagnie d'assurance, organisme gouvernemental, organisation qui gère des banques de données d'information publique, bureau d'information sur les assurances, notamment MIB, LLC et le Bureau d'assurance du Canada qui possèdent vos renseignements;
- dans le cadre des interactions que nous avons avec vous, que ce soit sur votre appareil mobile ou par Internet, d'après les vidéos enregistrées par les caméras de nos locaux, et d'après votre historique d'utilisation de nos produits et services;

- rapport d'enquête personnel dressé dans le cadre de la vérification ou de l'authentification des renseignements que *vous* avez fournis dans votre demande d'assurance vie ou santé.

**Nous pouvons communiquer vos renseignements personnels (aux fins énoncées ci-dessus) à des entités, y compris les entités suivantes. Certaines d'entre elles peuvent se trouver à l'extérieur de votre province ou territoire ou à l'extérieur du Canada :**

- sociétés affiliées à la TD;
- organismes et registres de prévention des fraudes;
- professionnels de la santé;
- entreprises avec qui *nous* collaborons pour offrir des produits ou des services;
- compagnies d'assurance (y compris les assureurs et les réassureurs éventuels);
- organisations qui gèrent des banques de données publiques ou des bureaux d'information sur les assurances, y compris MIB, LLC et le Bureau d'assurance du Canada.

**Nous conservons vos renseignements :**

*Nous* conservons vos renseignements aux fins ci-dessus aussi longtemps que nécessaire, dans la limite du raisonnable.

## Comment *nous* communiquerons avec *vous* :

Il se peut que *nous* communiquions avec *vous* concernant votre demande et les produits et services qui pourraient *vous* intéresser. Ces communications peuvent se faire par téléphone (aux coordonnées fournies par vous), par message texte, par courrier, par courriel ou par d'autres moyens électroniques.

*Vous* pouvez demander de ne plus recevoir d'offres ou choisir le mode de communication à utiliser pour *vous* joindre à des fins de marketing. *Vous* pouvez communiquer avec *nous* au 1-888-788 0839.









**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

Warden Boffet  
123 Address  
Vile, Province  
A1A 1A1

PERSONNEL ET CONFIDENTIEL

ÉCHANTILLON