



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^e 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>votre</i> couverture	12
Rétablissement de <i>votre</i> 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>votre</i> couverture	15
Définitions des termes que <i>nous</i> utilisons	16
Coordonnées	20

Autres renseignements importants

Déclaration et autorisation	20
Convention sur la confidentialité	22
Confirmation de <i>vos</i> réponses aux questions sur <i>votre</i> 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

Janvier 1, 2023

Warden Boffet

123 Address

City, 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 Juillet 25, 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 Juillet 25, 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. ^{MD} 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
City, 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	Bank Account
Date d'exigibilité de la première prime	Juillet 25, 2023
Date d'entrée en vigueur	Juillet 25, 2023

Renseignements sur la couverture	Personne assurée
	Warren Boffet
Prénom du titulaire du certificat	Warren
Nom du titulaire du certificat	Boffet
Âge au moment de l'établissement	34
Date de naissance	Janvier 1, 1989
Prestation mensuelle	\$1,500
Date d'entrée en vigueur du rétablissement	Juillet 25, 2023
Fin de couverture	Juillet 25, 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 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 *votre* couverture

***Votre* 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 ».

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

- *votre* 70^e 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 *votre* part visant la résiliation de *votre* couverture; ou
- la date de *votre* décès.

Note : en cas de réception d'un avis de *votre* 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 *votre* part visant la résiliation de *votre* couverture. *Nous* rembourserons toute *prime* que *nous* pouvons *vous* devoir.

***Nous* résilierons *votre* 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 *votre* couverture

Si *votre* 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* :

- Formulaires 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, *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 Bank Account

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 : Yes



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.

Divulguation 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 et 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'examens 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 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.



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

#OwnerFirstName #OwnerLastName

#AddressLine1

#AddressLine2

#AddressLine3

PERSONNEL ET CONFIDENTIEL