



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

### Documents du certificat d'assurance

---

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

# BIENVENUE À TD ASSURANCE

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

## Certificat d'assurance

Sommaire des couvertures	5
Présentation de votre couverture d'assurance	6
Déclaration inexacte quant à l'âge	7
Renseignements sur le bénéficiaire	8
Quelle part des frais dois-je payer?	8
Rétablissement de votre couverture	9
Que se passe-t-il si je m'inscris au régime et que je change d'avis?	10
Les indemnités offertes	10
Tableau des pertes	11
Indemnité en cas de fracture	14
Indemnité en cas d'hospitalisation	15
Assurance en cas de décès accidentel facultative	16
Les exclusions	17
Plafonds de couverture et réductions	18
Début et fin de couverture	19
Marche à suivre pour présenter une réclamation	20
Renseignements additionnels sur votre couverture	21
Coordonnées	22
Définitions des termes que nous utilisons	22

## Autres renseignements importants

Déclaration et autorisation	24
Consentement au traitement de vos renseignements personnels et à la Politique de confidentialité de TD Assurance	26
Formulaire de désignation de bénéficiaire	31
Foire aux questions	33



1 janvier 2023

Warden  
Boffet  
123 Address  
Vile, Province  
A1A 1A1

## Renseignements importants sur la couverture offerte par votre régime d'assurance en cas d'accident grave TD aux termes de la police collective : TDL023

**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 en cas d'accident grave TD. Vous avez fait un geste important qui permet à vous et à votre famille d'obtenir une protection financière dont vous et votre famille avez besoin advenant un accident grave.

- votre certificat d'assurance; et
- le formulaire de désignation de bénéficiaire permettant de désigner un bénéficiaire dans le cadre de votre assurance en cas de décès accidentel facultatif de 50 000 \$.

### Ce que vous devez savoir

- Votre certificat d'assurance (les pages 5 à 23) est un document important de la couverture que vous avez souscrite au 25 juillet 2023. Veuillez le lire attentivement.
- Veuillez conserver votre certificat d'assurance en lieu sûr. S'il est perdu, détruit ou égaré, vous pouvez communiquer avec nous en composant le 1-888-788-0839 afin de demander un double exemplaire.

\*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.



- La date d'exigibilité de la première prime est prévue pour le 25 août 2023 et par la suite pour le 25 de chaque mois.

### **Assurance en cas de décès accidentel facultative**

En choisissant d'améliorer votre régime d'assurance en cas d'accident grave TD au moyen d'une assurance en cas de décès accidentel facultative d'un capital supplémentaire de 50 000 \$, vous venez de rajouter une protection précieuse advenant votre décès accidentel. La présente couverture vous offre la possibilité de choisir un bénéficiaire (ou des bénéficiaires) si vous remplissez le formulaire de désignation de bénéficiaire et le retournez dans l'enveloppe affranchie ci-jointe. Si vous décidez de ne pas choisir un bénéficiaire, tous les paiements aux termes de la présente couverture seront versés comme il est décrit dans le certificat d'assurance à la rubrique « Renseignements sur le bénéficiaire ».

### **Nous sommes là pour vous**

Nous vous remercions de nous avoir confié vos besoins en matière d'assurance. Si vous avez des questions 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.

Veillez agréer nos sentiments les meilleurs,

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



Warden  
Boffet  
123 Address  
Vile, Province  
A1A 1A1

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

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

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

Note : Dans le présent certificat d'assurance, *vous*, *vo*tre et *vos* désignent la ou les *personnes assurées* qui sont assurées aux termes de la *police*. Les termes *nous*, *notre*, *nos* et *l'assureur* désignent la TD, Compagnie d'assurance-vie (« TD Vie »).

### Sommaire des couvertures

Prénom du titulaire du certificat d'assurance	Warden		
Nom de famille du titulaire du certificat d'assurance nom de famille	Boffet		
Preneur du certificat d'assurance	Warden Boffet		
Montant de la prime à la <i>date d'entrée en vigueur</i>	13,95 \$		
Fréquence de paiement de la prime	Mensuelles		
Type de compte pour le paiement des primes	Compte Bancaire		
Date d'exigibilité de la première prime	25 août 2023		
<i>Date d'entrée en vigueur</i>	25 juillet 2023		
<i>Date d'entrée en vigueur du rétablissement</i>	25 juillet 2023		
<i>Date d'entrée en vigueur de l'assurance en cas de décès accidentel facultative</i>	25 juillet 2023		
Renseignements sur la couverture	Personne assurée principale Warden Boffet	Conjoint ou conjointe Cici Boffet	Enfant ou enfants à charge
Âge au moment de l'adhésion	34	33	S.o.
Indemnité en cas d' <i>accident grave</i>	100 000 \$	100 000 \$	S.o.
Indemnité en cas de <i>fracture</i>	7,000 \$	7,000 \$	S.o.
Indemnité en cas d' <i>hospitalisation</i>	Prestation quotidienne de 100 \$	Prestation quotidienne de 100 \$	S.o.
<i>Assurance en cas de décès accidentel facultative</i>	50 000 \$	S.o.	S.o.

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

Renseignements sur la couverture	<i>Enfant ou enfants à charge</i>	<i>Enfant ou enfants à charge</i>	<i>Enfant ou enfants à charge</i>
Âge au moment de l'adhésion	S.o.	S.o.	S.o.
Indemnité en cas d'accident grave	S.o.	S.o.	S.o.
Indemnité en cas de fracture	S.o.	S.o.	S.o.
Indemnité en cas d'hospitalisation	S.o.	S.o.	S.o.
Assurance en cas de décès accidentel facultative	S.o.	S.o.	S.o.

Le présent certificat d'assurance comporte une disposition qui supprime ou restreint le droit d'une *personne assurée* de désigner des personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles des sommes d'assurance sont payables. Ainsi, seule la *personne assurée* peut désigner ou changer le bénéficiaire dans le cadre de la *couverture* offerte par l'assurance *en cas de décès accidentel*, si elle s'applique à *votre* couverture. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez *vous* reporter à la rubrique « Renseignements sur le bénéficiaire ».

## Présentation de *votre* couverture d'assurance

Le présent certificat d'assurance donne des précisions sur *votre* couverture :

- Nous acceptons de *vous* assurer et, s'ils sont également désignés, *votre conjoint* ou *conjointe* et *votre* ou *vos enfants à charge*, sous réserve des modalités et des conditions.
- Le présent certificat d'assurance n° 555 000 596 est établi aux termes de le contrat collectif TDL023.
- TD Vie est l'administrateur autorisé de la présente assurance.
- La couverture de chaque *personne assurée* commence à la *date d'entrée en vigueur* de la *personne assurée* et demeure en vigueur jusqu'à la fin de la couverture. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez *vous* reporter à la rubrique « Fin de *votre* couverture ».

**Aux termes de la *police*, les modalités et les conditions associées à *votre* couverture comprennent ce qui suit :**

- le présent certificat d'assurance; et
- *votre* formulaire d'adhésion par téléphone ou en ligne.

Dans *votre* formulaire d'adhésion, *vous* avez confirmé que *vous* et, s'ils font également l'objet d'une adhésion, *votre conjoint* ou *conjointe* et *votre* ou *vos enfants à charge* étiez admissibles à la présente couverture. Pour être admissible à cette assurance :

- la *personne assurée principale* doit être un client du Groupe Banque TD (« GBTD »);
- une *personne assurée* doit être résident canadien;
- une *personne assurée* doit se trouver au Canada au moment de l'adhésion; et
- une *personne assurée* doit être âgée entre 18 ans et 74 ans à la *date d'entrée en vigueur* de la *personne assurée*; pour ce qui est d'un *enfant* ou des *enfants à charge*, veuillez *vous* reporter à la rubrique « Définitions des termes que *nous* avons utilisés » pour obtenir plus de renseignements sur les exigences en matière d'âge.

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).

## 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 une *personne assurée* est toujours admissible à l'assurance, la prime sera rajustée au montant exact déterminé d'après la date de naissance exacte à la *date d'entrée en vigueur* de la *personne assurée*; et
  - si *vous* avez payé des primes en trop, *nous* rembourserons l'excédent des primes calculé au moment où une réclamation est présentée aux termes du présent certificat d'assurance; ou
  - si la *personne assurée* n'a pas payé suffisamment de primes, *nous* diminuerons l'indemnité du montant de l'insuffisance au moment où une réclamation est présentée aux termes du présent certificat d'assurance.
- si la *personne assurée principale* n'est pas admissible à l'assurance, toutes les couvertures aux termes du présent certificat d'assurance seront considérées comme n'étant jamais entrées en vigueur, et *nous* rembourserons l'ensemble des primes payées; ou

- si le *conjoint* ou la *conjointe* ou l'*enfant* ou les *enfants à charge* ne sont pas admissibles à l'assurance, toutes les couvertures du *conjoint* ou de la *conjointe* ou d'un ou des *enfants à charge* aux termes du présent certificat d'assurance seront considérées comme n'étant jamais entrées en vigueur, et nous rembourserons l'ensemble des primes payées relativement à la couverture du *conjoint* ou de la *conjointe* ou d'un ou des *enfants à charge*.

## Renseignements sur le bénéficiaire

**Note :** la présente rubrique ne s'applique que si vous avez adhéré à l'assurance en cas de décès accidentel facultative au moment où vous avez fait une proposition visant le régime d'assurance en cas d'accident grave TD.

- Seule la *personne assurée principale* a le droit de désigner le ou les bénéficiaires révocables et/ou irrévocables. Afin de désigner ou de changer un bénéficiaire, la *personne assurée principale* peut nous demander d'envoyer le formulaire « Demande d'un changement de bénéficiaire » qu'elle devrait remplir et nous retourner. Nous confirmerons les modifications apportées aux renseignements sur le bénéficiaire auprès de la *personne assurée principale* par écrit.
- En cas de paiement d'une indemnité aux termes de l'assurance en cas de décès accidentel de la *personne assurée principale*, le paiement sera versé au bénéficiaire ou aux bénéficiaires de la *personne assurée principale*. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, le paiement sera versé à la *personne assurée principale* ou à sa succession.
- En cas de paiement d'une indemnité aux termes de l'assurance en cas de décès accidentel du *conjoint* ou de la *conjointe* ou de l'*enfant* ou des *enfants à charge*, le paiement sera versé à la *personne assurée principale*. Si la *personne assurée principale* décède avant le paiement d'une indemnité, le paiement sera versé au bénéficiaire ou aux bénéficiaires de la *personne assurée principale* ou à la succession si aucun bénéficiaire n'est désigné.

## Quelle part des frais dois-je payer?

**Votre paiement de primes 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 directement 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.

## Rétablissement de votre couverture

Si votre couverture a pris fin parce qu'elle est tombée en *déchéance*, vous pouvez soumettre une demande de remise en vigueur. C'est ce qu'on appelle le *rétablissement*.

Vous pouvez faire une demande de *rétablissement* dans les deux ans suivant la *date de déchéance* afin d'obtenir le *rétablissement* de votre couverture. Pour que votre couverture soit *rétablie* au cours de cette période, vous devez respecter tous les critères suivants :

- la *personne assurée* doit être en vie;
- vous devez nous payer toutes les *primes* impayées exigibles depuis la *date de déchéance* jusqu'à la *date d'entrée en vigueur* du *rétablissement*, inclusivement;
- vous devrez demander le *rétablissement* de votre couverture en communiquant avec nous en composant le 1-888-788-0839; et
- 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 je m'inscris au régime et que je change d'avis?

Vous disposez d'une **périodévaluation de 30 jours** à compter de la *date d'entrée en vigueur* de la couverture, 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 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 condition qu'aucune réclamation ne soit en cours, nous annulerons votre couverture et rembourserons toute prime que nous pouvons vous devoir.

**Note** : seule la *personne assurée principale* peut présenter une demande visant l'annulation de la couverture offerte à une *personne assurée*.

## Les indemnités offertes

Toutes les indemnités sont assujetties aux modalités et aux conditions, y compris les exclusions qui s'appliquent, comme elles sont présentées dans le présent certificat d'assurance. Pour obtenir plus de renseignements sur les indemnités, veuillez vous reporter aux rubriques « Tableau des pertes » et « Sommaire des couvertures ».

### Indemnité en cas d'accident grave

Lorsque la *personne assurée principale* subit un *accident* qui entraîne une *perte assurée* comme il est indiqué ci-après, nous verserons à la *personne assurée principale* (ou à la succession de la *personne assurée principale*) le pourcentage du montant de couverture relativement à l'*accident grave* précisé dans le « Sommaire des couvertures » de la *personne assurée principale*.

Lorsque le *conjoint* ou la *conjointe* ou l'*enfant* ou les *enfants à charge* subissent un *accident* qui entraîne une *perte assurée* comme il est indiqué ci-après, nous verserons à la *personne assurée principale* (ou à la succession de la *personne assurée principale*) le pourcentage du montant de couverture relativement à l'*accident grave* précisé dans le « Sommaire des couvertures » de la *personne assurée*. C'est le cas même si le *conjoint* ou la *conjointe* ou le ou les *enfants à charge* assurés subissent une *perte assurée* pendant qu'ils sont en vie, mais décèdent avant le versement d'une indemnité.

## Tableau des pertes

**100 % du montant indiqué dans le sommaire des couvertures :**

- la *brûlure* de 20 % du corps
- la *perte* des deux mains
- la *perte* des deux pieds
- la *perte* d'une main et d'un pied
- la *perte* d'une main et la *perte* totale de la vue d'un oeil
- la *perte* totale de la vue des deux yeux
- la *perte* de la parole et de l'audition des deux oreilles
- la paralysie de tous les membres supérieurs et inférieurs (la quadriplégie)
- la paralysie de tous les membres inférieurs (la paraplégie)
- la paralysie du membre supérieur et du membre inférieur d'un côté du corps (l'hémiplégie)

**50 % du montant indiqué dans le sommaire des couvertures :**

- une lésion du cerveau
- la *brûlure* de 50 % du visage ou de la tête
- le coma
- la *perte* de l'audition des deux oreilles
- la *perte* de la parole
- la *perte* d'une main
- la *perte* d'un pied
- la *perte* totale de la vue d'un oeil

**25 % du montant indiqué dans le sommaire des couvertures**

- la *brûlure* de 10 % du corps

- la *perte* de quatre doigts de l'une des deux mains
- la *perte* du pouce et de l'index (de la même main)
- la *perte* de tous les orteils d'un pied
- la *perte* de l'audition d'une oreille

## Définitions applicables à l'indemnité en cas d'accident grave

**accident** désigne une *blessure* qui découle uniquement et directement d'un événement violent, soudain et inattendu de source externe subie par une *personne assurée* lorsqu'elle est assurée aux termes du présent certificat d'assurance.

**blessure/blessures** désigne une lésion ou une blessure corporelle qui est causée par un *accident* qui a 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
- les 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.

**brûlure** désigne une lésion tissulaire causée par des agents thermiques, électriques ou chimiques qui entraînent des brûlures du troisième degré.

**coma ou comateux** désigne une *personne assurée* qui, en raison d'un *accident*, se trouve dans un état d'inconscience dont on ne peut pas la tirer et dans lequel des stimulations externes fortes ne provoquent que des réflexes primitifs d'évitement. La *personne assurée* doit demeurer dans un état d'inconscience continu pour 7 jours jusqu'à 0 h 1 le 8<sup>e</sup> jour, et une assistance vitale doit être prodiguée pendant la période d'inconscience.

**Une lésion du cerveau désigne :**

- une lésion du cerveau sévère, qui entraîne un état végétatif persistant dont on ne peut pas tirer une *personne assurée* à l'aide de stimulations externes fortes avant 0 h 1 le 8<sup>e</sup> jour après le début de l'état végétatif; ou
- toute invalidité neurologique permanente, confirmée par un *médecin*, qui exige des soins spécialisés continus, une alimentation spécialisée et un hébergement permanent dans un établissement de santé.

**La perte d'un membre désigne l'amputation réelle du membre à l'endroit ou au-dessus de ce dernier comme il est décrit ci-après :**

- a) la main (au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet);
- b) le pied (au niveau ou au-dessus de l'articulation de la cheville).

**La perte des doigts, du pouce ou des orteils désigne l'amputation complète du doigt, du pouce ou de l'orteil comme il est décrit ci-après :**

- a) le pouce et l'index (au niveau ou au-dessus des articulations métacarpophalangiennes);
- b) les orteils (au niveau ou au-dessus des articulations métatarsophalangiennes).

**La perte d'une capacité sensorielle désigne la perte complète et irrémédiable de cette capacité comme il est décrit ci-après, laquelle est confirmée par un *médecin* :**

- a) la parole (la capacité d'émettre des sons intelligibles);
- b) la vue (de l'un ou des deux yeux) confirmée par un ophtalmologiste inscrit au Canada et autorisé à y pratiquer. L'acuité visuelle corrigée doit être de 20/200 ou moins ou le champ de vision doit être inférieur à 20 degrés;
- c) l'audition (la surdité complète et irréversible).

**La perte liée aux affections énumérées ci-après désigne la paralysie complète et irrémédiable de ces membres confirmée par un *médecin* :**

- a) paralysie totale - quadriplégie (la paralysie totale et irrémédiable de tous les membres supérieurs et inférieurs);
- b) paralysie totale - paraplégie (la paralysie totale et irrémédiable de tous les membres inférieurs);
- c) paralysie totale - hémiplégie (la paralysie totale et irrémédiable du membre supérieur et inférieur d'un côté du corps).

**Veillez vous reporter à la page 22 du certificat d'assurance pour une autre liste de définitions.**

## Indemnité en cas de *fracture*

Si une *personne assurée* subit une *fracture* causée directement par un *accident*, nous verserons à la *personne assurée principale* le montant de couverture en cas de *fracture* subie par cette *personne assurée* à l'égard de l'un des os admissibles énumérés ci-après.

Fémur	le fémur
Tibia	l'os intérieur et plus épais de la partie inférieure de la jambe
Fibula	l'os extérieur et moins épais de la partie inférieure de la jambe
Colonne vertébrale	la colonne vertébrale
Humérus	l'os de la partie supérieure du bras
Radius	l'os plus court et plus épais situé dans l'avant-bras du côté du pouce
Ulna	l'os plus long situé dans l'avant-bras
Sternum	le sternum
Pelvis	l'os situé à proximité de l'extrémité de la colonne vertébrale formé par les os iliaques sur le devant et les côtés et le sacrum (petit os triangulaire)
Clavicle	l'os situé devant l'épaule
Patella	la rotule
Scapula	l'os situé à l'arrière de l'épaule
Os de la main ou du pied (sauf les doigts, le pouce ou les orteils)	

## Définitions applicables à l'indemnité en cas de *fracture*

***fracture*** désigne une fracture de l'un des os énumérés à la rubrique « Les indemnités » du présent certificat d'assurance, à la rubrique « Indemnité en cas de *fracture* », qui est attribuable directement à un *accident*, et à aucune autre cause, et qui survient dans les 365 jours suivant l'*accident*, à condition que la *fracture* soit attestée par une radiographie et qu'elle soit médicalement réparée dans les 30 jours suivant l'*accident* soit par :

- a) une fixation externe (stabiliser et/ou réunir les extrémités d'un os fracturé à l'aide d'une attelle ou d'un plâtre);
- b) une fixation interne (métallique) (qui réunit les extrémités d'un os cassé à l'aide d'un dispositif mécanique comme des plaques, des broches, des tiges, des fils ou des vis métalliques); ou
- c) une greffe osseuse en chirurgie ouverte (intervention visant à remplacer des tissus osseux manquants ou à stimuler la formation de nouveaux tissus osseux).

**Veillez vous reporter à la page 22 du certificat d'assurance pour une autre liste de définitions.**

## Indemnité en cas d'hospitalisation

**Si une *personne assurée* est hospitalisée en raison d'une blessure qui est attribuable directement à un *accident*, et à aucune autre cause, et qui survient dans les 365 jours suivant l'*accident*, nous verserons à la *personne assurée principale* :**

- le montant de l'indemnité en cas d'hospitalisation, comme il est indiqué dans le « Sommaire des couvertures », pour cette *personne assurée*, à la condition que :
  - la *personne assurée hospitalisée* soit soignée par un *médecin*; et
  - que la période initiale d'hospitalisation soit nécessaire en vue du traitement de la blessure.

De plus, l'indemnité en cas d'hospitalisation, si elle est payable, sera versée à partir de la première journée de chaque période d'hospitalisation.

## Définitions applicables à l'indemnité en cas d'hospitalisation

***hôpital* désigne tout établissement au Canada, qui remplit toutes les conditions suivantes :**

- a) l'établissement est autorisé à titre d'hôpital offrant une gamme complète de soins par l'organisme d'attribution des permis compétent dans le territoire où l'hôpital est situé;
- b) l'établissement offre principalement des soins et des traitements aux malades et aux blessés;
- c) l'établissement est doté d'au moins un *médecin* en poste à tout moment;
- d) l'établissement offre des services de soins infirmiers 24 h/24 prodigués par un infirmier autorisé;

- a) l'établissement offre des installations organisées pour le diagnostic et des interventions chirurgicales importantes; et
- b) l'établissement maintient des appareils d'analyse à rayons X et des salles d'opération.

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

- un centre d'hébergement et de soins de longue durée;
- un établissement de soins prolongés et de convalescence;
- un foyer pour les personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques;
- un foyer pour les personnes ayant un trouble mental;
- une maison de repos; ou
- un centre de soins et de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, autrement que de manière accessoire.

*hospitalisation* et *hospitalisé* désignent un patient *hospitalisé* dans un *hôpital*.

**Veillez vous reporter à la page 22 du certificat d'assurance pour une autre liste de définitions.**

## Assurance en cas de décès accidentel facultative

La présente indemnité ne s'applique que si elle figure dans le « Sommaire des couvertures » (à la page 5).

Lorsque la *personne assurée principale* subit un *accident* qui entraîne une *perte* assurée comme il est indiqué ci-après, nous verserons à la *personne assurée principale* (ou à la succession de la *personne assurée principale*) le pourcentage du montant de couverture relativement à l'*accident* grave précisé dans le « Sommaire des couvertures » de la *personne assurée principale*.

Lorsque le *conjoint* ou la *conjointe* ou l'*enfant* ou les *enfants à charge* subissent un *accident* qui entraîne une *perte* assurée comme il est indiqué ci-après, nous verserons à la *personne assurée principale* (ou à la succession de la *personne assurée principale*) le pourcentage du montant de couverture relativement à l'*accident* grave précisé dans le « Sommaire des couvertures » de la *personne assurée*. C'est le cas même si le *conjoint* ou la *conjointe* ou le ou les *enfants à charge* assurés subissent une *perte* assurée pendant qu'ils sont en vie, mais décèdent avant le versement d'une indemnité.

## Définition applicable à l'assurance en cas de décès accidentel facultative

**assurance en cas de décès accidentel** désigne la couverture relative à un décès qui est attribuable directement à un *accident*, et à aucune autre cause, et qui survient dans les 365 jours suivant l'*accident*.

**Veillez vous reporter à la page 22 du certificat d'assurance pour une autre liste de définitions.**

## Les exclusions

**Nous ne verserons aucune indemnité d'assurance si une perte, une fracture, une hospitalisation ou un décès est attribuable à l'un ou à l'autre des éléments qui suit ou qui en découle :**

- des blessures que *vous* vous êtes infligées intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide (que *vous* soyez conscient ou non du résultat de *vos* gestes, peu importe *votre* état d'esprit);
- une déficience physique ou maladie physique ou mentale de quelque nature que ce soit;
- une blessure pour laquelle il n'y a aucune contusion ou plaie externe visible;
- un traitement médical ou chirurgical ou des complications qui en découlent, sauf si ces derniers sont nécessaires en raison d'une blessure corporelle externe et accidentelle;
- une infection, sauf si l'infection est directement attribuable à un *accident* et à une blessure corporelle externe;
- une guerre, qu'elle ait été déclarée ou non;
- la participation à des sports en qualité de professionnel, à toute épreuve de vitesse, à la pratique de la plongée sous-marine sauf si vous détenez un certificat de base d'une école reconnue ou d'un autre organisme autorisé, à l'alpinisme, au parachutisme, à la paravoile, à la spéléologie, au deltaplane, au saut à l'élastique, au saut extrême, au saut en parachute ou aux activités aériennes dans un aéronef autre qu'un aéronef de passagers pour lequel un certificat de navigabilité valide a été délivré;
- des voyages en qualité de pilote ou de membre d'équipage pour tout moyen de transport de navigation aérienne; et
- l'usage d'une drogue, d'une substance toxique, d'une substance intoxicante ou d'un stupéfiant, à moins que *vous* ne le preniez en suivant les instructions de *votre médecin*;

De plus, aucune indemnité ne sera versée si une *perte*, une *fracture*, une *hospitalisation* ou un décès découle du fait que *vous* commettiez ou tentiez de commettre un acte criminel, y compris la conduite par *vous* d'un véhicule automobile ou d'une embarcation si *vous* conduisiez avec des facultés affaiblies en raison de *votre* consommation de drogues ou d'alcool ou si *votre* taux d'alcoolémie était supérieur à la limite légale établie dans le territoire où *l'accident* a eu lieu.

Enfin, aucune indemnité ne sera versée si une maladie cause une *perte*, une *fracture*, un décès ou une *hospitalisation* ou y contribue, auquel cas la *perte*, la *fracture*, le décès ou *l'hospitalisation* ne sera pas considéré comme la cause directe d'un *accident*.

**Aucune réclamation ne sera réglée si l'accident a lieu au cours de la période de déchéance.**

L'expiration ou l'annulation du contrat collectif de base ne porte pas préjudice à toute réclamation admissible à l'égard d'un accident grave qui survient avant l'expiration ou l'annulation. L'assurance ne sera en aucun cas offerte à l'égard d'un accident grave qui survient après la résiliation du contrat collectif de base.

## Plafonds de couverture et réductions

Seule une indemnité en cas d'*accident* grave par *personne assurée* est payable aux termes du régime d'assurance en cas d'*accident* grave TD. Dès qu'une indemnité en cas d'*accident* grave est versée à l'égard :

- de la *personne assurée principale*, toutes les couvertures prendront fin; ou
- du *conjoint* ou de la *conjointe* ou de *l'enfant* ou des *enfants à charge* de la *personne assurée principale*, la couverture prendra fin à l'égard du *conjoint* ou de la *conjointe* ou de *l'enfant* ou des *enfants à charge* de la *personne assurée principale*, mais la couverture de la *personne assurée principale* demeurera en vigueur.

De plus,

- Seule une indemnité en cas de *fracture* par *personne assurée* par *accident* est payable aux termes du régime d'assurance en cas d'*accident* grave TD.
- Dans le cadre d'une couverture donnée, aucune indemnité ne sera versée en raison de pertes découlant d'un *accident* qui survient avant la *date d'entrée en vigueur* de la couverture d'une *personne assurée* ou d'un *accident* qui survient une fois que la couverture d'une *personne assurée* a pris fin.
- L'indemnité en cas d'*hospitalisation* sera versée jusqu'à concurrence de 365 jours par blessure par *personne assurée*. Le montant maximal pouvant être versé aux termes de l'indemnité en cas

- d'hospitalisation à l'égard d'une *personne assurée* est calculé en multipliant le montant quotidien de l'indemnité en cas d'hospitalisation de la *personne assurée* par 365 jours.
- Toutes les couvertures seront réduites de 50 % à l'égard de la *personne assurée principale* ou de son *conjoint* ou de sa *conjointe* lorsque l'un ou l'autre atteint l'âge de 65 ans. L'ensemble des couvertures pour toute *personne assurée* prendront fin lorsque la *personne assurée principale* atteint l'âge de 75 ans. Toutes les couvertures prendront fin pour le *conjoint* ou la *conjointe* lorsque celui-ci atteint l'âge de 75 ans ou lorsqu'il ne rencontre plus les critères de la définition de *personne assurée* ou de *conjoint* ou *conjointe*. Toutes les couvertures prendront fin pour l'*enfant* ou les *enfants à charge* lorsque ceux-ci ne rencontrent plus les critères de la définition de *personne assurée* ou d'*enfant à charge*. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez vous reporter à la rubrique « Définitions des termes que nous avons utilisés ».

## Début et fin de 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 ».

Toutes les couvertures offertes à la *personne assurée*, y compris la *personne assurée principale*, aux termes du présent certificat d'assurance prendront fin selon la première éventualité, ce qui s'ajoute aux renseignements présentés aux rubriques « Les exclusions » et « Plafonds de couverture et réductions ».

- vous subissez un *accident* grave qui entraîne le versement d'une indemnité en cas d'*accident* grave;
- vous décédez;
- nous recevons une demande écrite ou verbale de la part de la *personne assurée principale* selon laquelle elle désire résilier la couverture;
- un paiement de primes demeure exigible, mais impayé à la fin du délai de grâce d'un mois;
- la résiliation de la *police*. Si cela se produit, vous recevrez un préavis écrit de 30 jours; ou
- vous atteignez l'âge de 75 ans. Pour ce qui est d'un *enfant* ou des *enfants à charge*, veuillez vous reporter à la rubrique « Définitions des termes que nous avons utilisés » pour obtenir plus de renseignements sur les exigences en matière d'âge.

**De plus, toutes les couvertures offertes à un *conjoint* ou à une *conjointe* ou à un *enfant* ou à des *enfants à charge* assurés prendront fin à la première des éventualités suivantes :**

- la couverture de la *personne assurée principale* prend fin, et ce, peu importe la raison;

- le *conjoint* ou la *conjointe* ou l'*enfant* ou les *enfants à charge* assurés subissent un *accident grave* qui entraîne le versement d'une indemnité en cas d'*accident grave*;
- le *conjoint* ou la *conjointe* assuré ne rencontre plus les critères de la définition de *personne assurée* ou de *conjoint* ou *conjointe*; ou
- l'*enfant* ou les *enfants à charge* ne rencontrent plus les critères de la définition d'une *personne assurée* ou de *enfant* ou *enfants à charge*.

**Note** : si nous recevons une réclamation à l'égard d'une *personne assurée*, il est important de continuer de payer des primes pour que la couverture ne soit pas résiliée en cas de refus de la réclamation. Si la réclamation est approuvée, il est possible que des rajustements de la prime soient apportés.

## Marche à suivre pour présenter une réclamation

Vous pouvez obtenir des formulaires de réclamation en communiquant avec TD Vie en composant le **1-888-788-0839**.

La *personne assurée*, le ou les bénéficiaires ou le représentant autorisé sont tenus de nous donner accès au dossier médical et aux autres renseignements pertinents pour que nous prenions en considération une réclamation faite au nom de la *personne assurée* aux termes du présent certificat d'assurance. De plus, nous avons le droit de demander à un *médecin* de notre choix d'examiner la *personne assurée* avant l'approbation et/ou le règlement d'une réclamation.

**Sous réserve de la loi applicable, vous ou une personne qui présente une réclamation pour votre compte pouvez 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.

**Nous devons recevoir une réclamation dans un délai précis, comme il est indiqué ci-après :**

- pour ce qui est d'une **indemnité en cas d'accident grave et de fracture**, nous devons recevoir la réclamation dans l'année qui suit la date de l'*accident grave* ou de la *fracture*.
- pour ce qui est d'une **indemnité en cas d'hospitalisation**, nous devons recevoir la réclamation dans l'année qui suit l'*hospitalisation*. Nous devons recevoir les réclamations relativement à des admissions subséquentes à un *hôpital* en raison de blessures liées à un *accident grave* assuré dans l'année suivant l'*hospitalisation*.

- pour ce qui est d'une **indemnité offerte aux termes de l'assurance en cas de décès accidentel facultative**, la réclamation doit être soumise par le ou les bénéficiaires ou en leur nom dans l'année qui suit la date du décès.

#### Renseignements additionnels sur la réclamation :

- Nous ferons parvenir des formulaires à l'égard des preuves à fournir en cas de réclamation à la *personne assurée* ou au bénéficiaire ou aux bénéficiaires sur demande.
- Nous devons recevoir les documents exigés dans les 90 jours suivant la réception des formulaires.
- Les preuves en cas de réclamation sont aux frais de la *personne assurée* ou du ou des bénéficiaires.

### Renseignements additionnels sur *votre* couverture

- **Cession** : le présent certificat d'assurance ne peut pas être cédé ni transféré.
- **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 de votre province ou territoire. Pour les actions en justice ou procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le *Code civil du Québec*.
- **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*.
- **Renonciation**: *nous* ne renoncerons à aucune condition comprise dans le présent certificat d'assurance, à moins que la *renonciation* ne soit clairement exprimée par écrit et que *nous* la signions.
- **Absence de participation et valeur de rachat** : le présent certificat d'assurance et la *police* aux termes de laquelle il est établi sont sans participation et n'ont aucune valeur de rachat.
- Le présent certificat d'assurance n° 555 000 596 est établi aux termes de le contrat collectif TDL023 en faveur de La Banque Toronto-Dominion (La Banque TD) par TD Vie.



## Coordonnées

TD Assurance  
TD, Compagnie d'assurance-vie  
P.O. Box 1, TD Centre  
Toronto (Ontario) M5K 1A2  
Tél. : 1-888-788-0839

## Définitions des termes que *nous* avons utilisés

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

***conjoint ou conjointe*** s'entend :

- a) de la personne à laquelle une *personne assurée* est légalement mariée; ou
- b) du partenaire ou de la partenaire de la *personne assurée* qui vit avec la *personne assurée* depuis au moins deux ans et continue de vivre avec la *personne assurée* et qui est reconnu publiquement comme le ou la partenaire de la *personne assurée*.

***date de déchéance*** s'entend de la date à laquelle la couverture tombe en *déchéance*.

***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 ou dates d'entrée en vigueur*** s'entendent de la ou des dates auxquelles la couverture commence, comme il est indiqué dans le « Sommaire des couvertures ».

***déchéance*** s'entend de la résiliation de la couverture parce que la prime n'a pas été payée pendant le *délai de grâce*.

***délai 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 délai de grâce, elle est réputée avoir été payée avant l'échéance.

**enfant ou enfants à charge** s'entend d'un enfant naturel, issu d'une union antérieure ou légalement adopté d'une *personne assurée* qui réside au Canada et qui est :

- a) âgé de moins de 22 ans, célibataire et entièrement soutenu par la *personne assurée*;
- b) âgé de 22 ans mais de moins de 25 ans, célibataire et entièrement soutenu par la *personne assurée* parce qu'il fréquente à temps plein un institut, un collège ou une université accrédité au Canada; ou
- c) est entièrement soutenu par la *personne assurée* en raison d'une déficience mentale ou physique.

Malgré les limites indiquées ci-dessus, cette définition comprend également l'enfant du *conjoint* ou de la *conjointe* d'une *personne assurée* et dont la *personne assurée* assure le soin, la garde et la supervision et qui est partie à une relation parent-enfant avec la *personne assurée*.

**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, nôtre, nos et l'assureur ou les assureurs** s'entendent de TD Vie.

**personne assurée** s'entend de la *personne assurée principale* et, s'ils sont indiqués dans le « Sommaire des couvertures », le *conjoint* ou la *conjointe* de la *personne assurée principale* ou l'*enfant* ou les *enfants à charge* de la *personne assurée principale*, selon le cas.

**personne assurée principale** s'entend de la personne qui a souscrit le présent produit d'assurance.

**police** s'entend du contrat collectif de base TDL023 conclu entre TD Vie et La Banque TD.

**réclamation** s'entend de la demande formulée par la *personne assurée* visant les indemnités 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 ».

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

**vous et votre** s'entendent de toute *personne assurée* qui est assurée aux termes du certificat d'assurance.

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

## 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 la couverture de la personne assurée pendant cette période, veuillez communiquer avec nous en composant le 1-888-788-0839 ou nous soumettre votre demande par écrit, et votre certificat d'assurance sera annulé à la date d'entrée en vigueur. Si vous décidez d'annuler la couverture de la personne assurée à tout moment par la suite, veuillez communiquer avec nous et, à la condition qu'aucune réclamation ne soit en cours, nous rembourserons toute prime non acquise que vous auriez 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.
- Toutes les couvertures seront réduites de 50 % à l'égard de la personne assurée principale ou de son conjoint lorsque l'un ou l'autre atteint l'âge de 65 ans. L'ensemble des couvertures pour toute personne assurée prendront fin lorsque la personne assurée principale atteint l'âge de 75 ans. Toutes les couvertures prendront fin pour le conjoint ou la conjointe lorsque celui-ci atteint l'âge de 75 ans ou lorsqu'il ne rencontre plus les critères de la définition de personne assurée ou de conjoint ou de conjointe. Toutes les couvertures prendront fin pour l'enfant ou les enfants à charge lorsque ceux-ci ne rencontrent plus les critères de la définition de personne assurée ou d'enfant à charge. Pour de plus amples renseignements, veuillez vous reporter à la rubrique « Définitions des termes que nous avons utilisés ».
- 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.



### 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 nous autorisez et à titre d'administrateur pour le compte de tout autre assureur chargé de votre couverture et 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.

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.

## Assurance en cas de décès accidentel facultatif - Formulaire de désignation de bénéficiaire

**Veillez le remplir dès aujourd'hui!**

Vous avez adhéré à l'**assurance en cas de décès accidentel facultative** fournie par TD, Compagnie d'assurance-vie. Des précisions sur votre **assurance en cas de décès accidentel facultatif** se trouvent dans le certificat d'assurance ci-joint. Le montant de la couverture figure dans le Sommaire des couvertures.

Vous avez le droit, sous réserve des restrictions légales, de désigner un ou des bénéficiaires aux termes de la présente couverture. Le ou les bénéficiaires sont la ou les personnes qui recevront l'indemnité aux termes de l'**assurance en cas de décès accidentel** si vous, la personne assurée, décédez pendant que la couverture est en vigueur.

Si une personne assurée décède et que nous approuvons une réclamation, l'indemnité sera versée au bénéficiaire de l'assurance. Si vous désirez changer de bénéficiaire, vous devrez nous soumettre une demande écrite. Nous validerons le choix de bénéficiaire et confirmerons les modifications qui ont été apportées par écrit. Sauf en cas de modification de votre part, le bénéficiaire est votre succession.

Vous êtes automatiquement le bénéficiaire de votre conjoint ou conjointe et de votre ou de vos enfants à charge, si votre conjoint ou conjointe et votre ou vos enfants à charge sont assurés en même temps que vous.

Si vous désirez désigner un bénéficiaire autre que votre succession (ou celle de la personne assurée), veuillez remplir et détacher la deuxième partie du présent formulaire et le retourner à TD Vie, dans l'enveloppe affranchie ci-jointe.

**Note :** les termes qui s'applique à vous, à votre conjoint ou à votre conjointe et à votre ou à vos enfants à charge sont définis dans le certificat d'assurance.

### Définitions

**désignation de bénéficiaire principal :** un bénéficiaire ou une liste de bénéficiaires qui recevront le produit de l'assurance advenant votre décès.

**désignation de bénéficiaire irrévocable :** si vous désignez une personne comme un *bénéficiaire* irrévocable, vous renoncez au droit de modifier la désignation du *bénéficiaire*, à moins que le

*bénéficiaire* irrévocable n'y consente. Cette désignation aura également une incidence sur les autres modifications que vous pourriez vouloir apporter à la *police* dans l'avenir. Au Québec, le conjoint ou la conjointe par mariage est automatiquement réputé être le *bénéficiaire* irrévocable à moins d'être spécifiquement désigné comme le bénéficiaire révocable. Par exemple, un *bénéficiaire* irrévocable est tenu de donner son consentement à une demande visant à modifier la désignation du *bénéficiaire* ou au rachat de la *police*.

**désignation de bénéficiaire subsidiaire :** une liste « secondaire » du ou des bénéficiaires (subrogés au Québec) qui recevront le produit de l'assurance si aucun premier bénéficiaire que vous avez désigné n'est en vie au moment de votre décès.

**désignation de bénéficiaire révocable :** un *bénéficiaire* qui n'a aucun droit aux sommes assurées aux termes de la *police* du vivant de la personne assurée parce que le *titulaire* a le droit absolu de modifier la désignation du *bénéficiaire* à tout moment.

**fiduciaire :** une fiducie est une relation au sein de laquelle une ou plusieurs personnes, connues sous le nom de fiduciaire, détiennent le titre de propriété connu sous le nom de fiducie, pour le compte d'une autre personne. Il faut tenir compte du fait qu'en cas de désignation de bénéficiaires mineurs la loi n'autorise pas l'assureur de verser des prestations directement aux mineurs.

**mineur :** une personne qui n'a pas atteint l'âge de la majorité et, par conséquent, possède une capacité contractuelle restreinte.

**exemples de parenté :** conjoint ou conjointe, enfant, mère, frère, sœur, tante, oncle, cousin, nièce, neveu, grand-mère, grand-père, belle-sœur, beau-frère, belle-mère, beau-père, ami ou amie, succession.

## Ce qu'il faut faire et ne pas faire avec les formulaires

Tapez ou inscrivez en lettres moulées tous les renseignements sur les formulaires ci-joints en utilisant un stylo à bille.

- Paraphez toute correction/modification. N'utilisez pas de liquide correcteur (Liquid Paper).
- Il n'est pas nécessaire de remplir toutes les lignes. Au besoin, vous pouvez utiliser une feuille distincte pour énumérer tous vos bénéficiaires.
- Veuillez fournir le nom complet de votre ou de vos bénéficiaires.
- Veuillez indiquer le pourcentage de l'indemnité devant être versée à votre ou à vos bénéficiaires (le total pour tous les bénéficiaires doit évaluer 100 %).

## Points à prendre en considération au moment de désigner un bénéficiaire

- Les produits payables à un bénéficiaire désigné (soit une personne autre que la « succession ») sont versés directement au bénéficiaire et ne sont pas transmis à la succession, ce qui signifie qu'aucuns frais d'homologation ou de liquidation ne seront déduits des produits, et aucun créancier de la succession ne peut formuler une réclamation à l'égard de ces produits.
- Les produits sont à la disposition du bénéficiaire dès l'approbation de la réclamation étant donné qu'ils ne font pas partie de la succession. Le règlement de la succession prend habituellement quelques mois, mais peut prendre plusieurs années selon les circonstances.
- Vous choisissez la ou les personnes qui recevront le produit d'assurance. En l'absence d'un testament, les produits payables à la « succession » sont répartis selon les lois visant la succession ab intestat de votre province.

Échantillon



**TD Assurance**

TD, Compagnie d'assurance-vie

P.O. Box 1

TD Centre

Toronto (Ontario) M5K 1A2

**TD Assurance**

Régime d'assurance en cas d'accident grave TD

## Formulaire de désignation du bénéficiaire

La présente rubrique ne s'applique que si vous avez adhéré à l'assurance en cas de décès accidentel facultatif au moment où vous avez fait une proposition visant le régime d'assurance en cas d'accident grave TD.



TD Assurance

TD, Compagnie d'assurance-vie

P.O. Box 1

TD Centre

Toronto (Ontario) M5K 1A2

TD Assurance

Régime d'assurance en cas d'accident grave TD

## Formulaire de désignation du bénéficiaire

### Régime d'assurance en cas de décès accidentel TD

Bénéficiaire désigné par le titulaire du certificat d'assurance

Warden

Boffet

N° de certificat : 555 000 596

Réservé à l'usage au Québec : La désignation d'un conjoint ou d'une conjointe par mariage à titre de bénéficiaire est réputée irrévocable à moins qu'il ne soit précisé que la désignation est révocable.

Nom du bénéficiaire*	Date de naissance (jj/mm/aa)	Pourcentage (en parts égales à moins d'indication contraire +)	Lien avec vous	Principal/subsidaire	Révocable ou irrévocable (indiquez R pour révocable ou I pour irrévocable)
		(a)			
		(b)			
		(c)			
		(d)			

(a+b+c+d) doit totaliser 100 %

\*Veuillez fournir le nom complet de votre ou de vos bénéficiaires. Si vous désignez un mineur, il est conseillé de désigner un fiduciaire. (Ne s'applique pas au Québec – Au Québec, les sommes assurées seront versées en fidéicommis au tuteur de l'enfant mineur.) Pour énumérer plus de bénéficiaires, vous pouvez utiliser une feuille distincte. + Le pourcentage (%) de l'indemnité doit totaliser 100 %.

Je, le soussigné ou la soussignée, désigne les bénéficiaires indiqués ci-dessus.

Date de naissance (jj/mm/aa)

Adresse

Votre signature

Date de naissance (jj/mm/aa)

**Veillez faire parvenir le formulaire de désignation de bénéficiaire à l'adresse ci-dessous à l'aide de l'enveloppe affranchie ci-jointe :**

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

Tél. : 1-888-788-0839, Téléc. : 1-800-399-7211

## Foire aux questions au sujet du régime d'assurance en cas d'accident grave TD

### J'ai déjà souscrit une police d'assurance vie. Ai-je besoin de plus?

Même si l'assurance vie est une partie importante de votre plan financier global, il est possible qu'elle n'offre aucune indemnité si vous survivez à un accident, mais que vous n'êtes pas en mesure de retourner au travail. Le régime d'assurance en cas d'accident grave TD offre des indemnités aux vivants qui aideront vous ou votre famille à relever des défis financiers en cas d'importante blessure accidentelle.

### J'ai également une assurance invalidité. Ce n'est pas assez?

L'assurance invalidité est également importante, mais il est possible qu'elle puisse ne pas vous offrir un paiement forfaitaire qui vous aiderait à régler vos dépenses au jour le jour et à disposer de fonds pour vous rétablir. Le régime d'assurance en cas d'accident grave TD peut verser une indemnité sous forme d'une somme forfaitaire libre d'impôt qui s'ajoutera à l'assurance invalidité que vous avez déjà souscrite. De plus, la plupart des régimes d'assurance invalidité offre des prestations mensuelles réduites et bon nombre n'offrent des prestations que pendant une durée limitée.

### Qu'est-ce qui est assuré?

Le certificat d'assurance fournit des précisions à la page 5 sur la liste de pertes assurées, qui comprend les blessures admissibles qui sont attribuables à un accident ainsi que les fractures admissibles. Les pertes assurées vont de la perte de l'ouïe jusqu'à des blessures plus importantes comme la paralysie ou des lésions au cerveau.

### Comment est-ce que je saurai si je peux présenter une réclamation?

Si vous subissez un accident grave, comme il est indiqué dans votre certificat d'assurance, vous pouvez présenter une réclamation. Vous pouvez obtenir des formulaires de réclamation en communiquant avec TD Vie en composant le **1-888-788-0839**. Veuillez vous reporter à la rubrique « Marche à suivre pour présenter une réclamation » (à la page 20) pour obtenir des renseignements sur la façon de présenter une réclamation.

### **Faut-il soumettre mes réclamations qui visent les indemnités en cas d'hospitalisation et une somme forfaitaire en même temps?**

Non. Il est possible de réclamer l'indemnité en cas d'hospitalisation de 100 \$ par jour pour 365 jours, jusqu'à concurrence de 36 500 \$, dans le cadre d'un séjour dans un hôpital canadien qui découle d'un accident, comme il est défini dans le certificat d'assurance. De plus, vous pouvez présenter une réclamation visant l'indemnité en cas d'hospitalisation à l'égard de chaque séjour à l'hôpital.

### **Mes primes sont peu élevées maintenant, mais est-ce qu'elles augmenteront dans l'avenir?**

Vos primes sont des primes collectives dont le but est de rendre la présente couverture abordable pour tous les clients du GBTD. Vos primes demeureront fixes jusqu'à la fin de votre couverture à l'âge de 75 ans. Les primes sont fixes pour la durée de la couverture à moins de changement applicable à tous les clients assurés aux termes de la police.

Pour de plus amples renseignements, veuillez vous reporter aux rubriques « Sommaire des couvertures » (à la page 5) et « Quelle part des frais dois-je payer? » (à la page 8) du certificat d'assurance.

### **Si je reçois des prestations, est-ce qu'elles sont imposables?**

Non. En vertu des lois fiscales canadiennes en vigueur, tous les paiements effectués aux termes du régime d'assurance en cas d'accident grave sont libres d'impôt.

### **À qui puis-je parler afin d'obtenir d'autres renseignements?**

Si vous désirez obtenir des renseignements ou poser des questions sur votre régime d'assurance en cas d'accident grave, veuillez communiquer avec TD Vie en composant le **1-888-788-0839**.