



ÉCHANTILLON

## 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 |
| Convention sur la confidentialité         | 26 |
| Formulaire de désignation de bénéficiaire | 35 |
| Foire aux questions                       | 37 |

Veillez lire votre certificat d'assurance attentivement et le conserver comme preuve permanente de votre couverture.



**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

Août 30, 2016

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

**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 **Warren 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 juillet 25, 2016. 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.
- La date d'exigibilité de la première prime est prévue pour le Août 25, 2016 et par la suite pour le 25 de chaque mois.

\*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.



### 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



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

Le présent certificat d'assurance décrit *vo*tre 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   | Warren           |
| Nom de famille du titulaire du certificat d'assurance nom de famille                  | Boffet           |
| Preneur du certificat d'assurance   | Warren Boffet    |
| Montant de la prime à la <i>date d'entrée en vigueur</i>                              | 16,69 \$         |
| Fréquence de paiement de la prime   | Mensuelle        |
| Type de compte pour le paiement des primes  | Compte Bancaire  |
| Date d'exigibilité de la première prime   | Août 25, 2016    |
| <i>Date d'entrée en vigueur</i>   | Juillet 25, 2016 |
| <i>Date d'entrée en vigueur du rétablissement</i>                                     | Juillet 25, 2016 |
| <i>Date d'entrée en vigueur de l'assurance en cas de décès accidentel facultative</i> | Juillet 25, 2016 |

| Renseignements sur la couverture                 | Personne assurée principale<br>Warren Boffet | Conjoint ou conjointe<br>Cici Boffet | Enfant ou enfants à charge |
|--|--|--------------------------------------|----------------------------|
| Âge au moment de l'adhésion                      | 34   | 33                                   | s.o.                       |
| Indemnité en cas d'accident grave                | 150 000 \$                                   | 150 000 \$                           | s.o.                       |
| Indemnité en cas de fracture                     | 3 000 \$                                     | 3 000 \$                             | s.o.                       |
| Indemnité en cas d'hospitalisation               | Prestation quotidienne de 200 \$             | Prestation quotidienne de 200 \$     | s.o.                       |
| Assurance en cas de décès accidentel facultative | 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                 | Enfant ou enfants à charge | Enfant ou enfants à charge | Enfant ou enfants à charge |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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 64 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 165 prochains jours; et
- qui a vécu au Canada au moins 183 jours des 360 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 **délaï de grâce de 60 jours à partir de la date d'exigibilité de la prime**, au cours duquel le présent certificat d'assurance demeurera en vigueur. Cependant, si nous ne recevons pas le paiement au plus tard à la fin du *délaï de grâce*, votre couverture prendra fin.
- Le *titulaire du certificat* est tenu de nous informer de toute modification visant le mode de paiement des *primes*.
- Nous pouvons apporter des modifications aux *primes* à l'occasion. Si c'est le cas, la même modification s'appliquera à toutes les *personnes assurées* aux termes du contrat collectif de base. Si nous jugeons nécessaire de modifier les *primes*, nous vous donnerons un préavis écrit de 30 jours à l'adresse la plus récente figurant dans nos dossiers. L'avis comprendra des renseignements sur les nouvelles *primes* et la *date d'entrée en vigueur* de la modification. Si les taux de taxe varient, vos *primes* seront rajustées en conséquence sans préavis.

## 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 **périodvaluation 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 :

- la main (au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet);
- 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 :

- le pouce et l'index (au niveau ou au-dessus des articulations métacarpophalangiennes);
- 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*  :

- la parole (la capacité d'émettre des sons intelligibles);
- 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;
- 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** :

- paralysie totale - quadriplégie (la paralysie totale et irrémédiable de tous les membres supérieurs et inférieurs);
- paralysie totale - paraplégie (la paralysie totale et irrémédiable de tous les membres inférieurs);
- paralysie totale - hémiparésie (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 :

- une fixation externe (stabiliser et/ou réunir les extrémités d'un os fracturé à l'aide d'une attelle ou d'un plâtre);
- 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
- 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 :

- 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;
- l'établissement offre principalement des soins et des traitements aux malades et aux blessés;
- l'établissement est doté d'au moins un *médecin* en poste à tout moment;
- 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 *décalé de grâce*.

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

**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*;

- a) 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
- b) 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/privée](http://www.td.com/francais/privée), 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

## Convention sur la confidentialité

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

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

### Collecte et utilisation de vos renseignements

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

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

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

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

- vos interactions avec nous, y compris en personne, par téléphone, par GAB, au moyen d'un appareil mobile, par courriel ou par Internet;
- dossiers des transactions que vous avez conclues avec nous ou par notre entremise.

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

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

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

## Divulgarion de vos renseignements

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

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



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

## Partage de renseignements au sein de La Banque TD

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

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

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

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

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

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

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

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

**Fraude** – Afin de prévenir, de détecter ou d'éliminer l'exploitation financière, la fraude et les activités criminelles, de protéger nos actifs et nos intérêts, de nous aider dans le cadre de toute enquête



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

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

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

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

#### Nous pouvons utiliser vos renseignements pour :

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

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



lorsqu'ils nous fournissent des renseignements à votre sujet. Nous pourrions communiquer les résultats d'exams 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 et à des promotions;
- effectuer des recherches, des analyses, des modélisations et des enquêtes visant à évaluer votre satisfaction à notre égard et à mettre au point des produits et services;
- communiquer avec vous par téléphone, par télécopieur, par message texte ou par tout autre moyen électronique ou par dispositif de composition et d'annonce automatique, aux numéros que vous nous avez fournis, ou par GAB, par Internet, par la poste, par courriel ou par d'autres moyens.

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

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

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



## Autres renseignements

La présente Convention doit être lue conjointement avec notre Code de protection de la vie privée, qui comprend notre Code de protection de la vie privée en ligne et notre Code de protection de la vie privée pour applications mobiles. Vous reconnaissez que le Code de protection de la vie privée fait partie intégrante de la Convention sur la confidentialité. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de la présente Convention et de nos pratiques en matière de respect de la confidentialité, consultez la page [www.td.com/francais/privée](http://www.td.com/francais/privée) ou communiquez avec nous pour en obtenir un exemplaire.

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

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

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

**Veuillez 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 égal 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.



## 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.



## Formulaire de désignation du bénéficiaire

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

Bénéficiaire désigné par le titulaire du certificat d'assurance

Warren 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 fidécommiss 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 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 200 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 73 000 \$, 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.

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

PERSONNEL ET CONFIDENTIEL

ÉCHANTILLON