



## **TD Assurance**

Assurance médicale de voyage  
Régime d'assurance annuelle  
Guide de distribution

### **Nom du produit d'assurance**

Assurance médicale de voyage – Régime d'assurance annuelle

### **Type de produit d'assurance**

Assurance de voyage collective

### **Coordonnées de l'assureur :**

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

### **Coordonnées de l'administrateur :**

Allianz Global Assistance  
P.O. Box 277  
Waterloo (Ontario) N2J 4A4  
Téléphone : 1-800-293-4941  
416-977-2039  
Télécopieur : 519-742-9471

### **Coordonnées du distributeur :**

La Banque Toronto-Dominion  
P.O. Box 1  
TD Centre  
Toronto (Ontario) M5K 1A2

### **Responsabilité de l'Autorité des marchés financiers**

***L'Autorité des marchés financiers ne s'est pas prononcée sur la qualité du produit proposé dans le présent guide.***

***L'assureur est le seul responsable de toute différence entre le contenu du guide et celui de la police.***

## Table des matières

Rubrique	Page
Introduction.....	3
Nature de la couverture.....	3
Droit d'examiner le certificat.....	3
<b>Article 1 : Aperçu des avantages du régime d'assurance annuelle.....</b>	<b>3</b>
<b>Article 2 : Admissibilité – Qui peut faire une demande d'assurance?.....</b>	<b>4</b>
Critères d'admissibilité.....	4
Quelles options de couverture sont offertes?.....	4
Cas exigeant un questionnaire médical.....	5
Comment demander la prolongation de <i> votre </i> régime d'assurance annuelle?.....	5
<b>Article 3 : Assurance soins médicaux d'urgence.....</b>	<b>5</b>
Que faire en cas d' <i>urgence médicale</i> ?.....	5
Restrictions relatives aux <i>urgences médicales</i> .....	6
Indemnités pour les <i>urgences médicales</i> .....	6
<b>Article 4 : Exclusions relatives à toutes les indemnités.....</b>	<b>9</b>
Exclusion relative aux <i>maladies préexistantes</i> .....	9
Exclusions relatives aux <i>urgences médicales</i> .....	10
<b>Article 5 : Renseignements généraux sur cette couverture.....</b>	<b>13</b>
Vos obligations à titre de <i>personne assurée</i> .....	13
<i>Période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence</i> .....	13
Risque couvert.....	13
Prolongation automatique du <i>certificat</i> en situation d' <i>urgence médicale</i> .....	13
Fin de <i> votre </i> <i>certificat</i> .....	13
Renouvellement de <i> votre </i> régime d'assurance annuelle.....	14
Comment joindre <i> notre </i> <i>administrateur</i> ?.....	14
Preuve d'assurance.....	14
<b>Article 6 : Comment présenter une réclamation?.....</b>	<b>14</b>
Réclamation pour <i>urgence médicale</i> .....	15
Si <i> vous </i> présentez la réclamation immédiatement.....	15
Si <i> vous </i> ne présentez pas la réclamation immédiatement.....	15
<b>Article 7 : Primes, résiliation et droit d'examiner ou de résilier l'assurance.....</b>	<b>16</b>
Primes.....	16
Résiliation de <i> votre </i> régime d'assurance annuelle et droit de l'examiner ou de le résilier.....	16
<b>Article 8 : Conditions générales.....</b>	<b>16</b>
Accès aux soins médicaux.....	16
Versement des indemnités.....	16
Coordination des indemnités avec d'autres assureurs.....	17
Devise.....	17
Police collective.....	17
Délai de prescription applicable aux poursuites judiciaires.....	17
Fausses déclarations relatives à des faits sans lien avec <i> vos </i> renseignements médicaux.....	17
Preuve de sinistre et déclaration en temps opportun.....	17
Liens entre <i> nous </i> et le titulaire de la police collective.....	17
Vérification et examen médical.....	17
Subrogation.....	18
Réponse de l'assureur.....	18
Appel de la décision de l'assureur et recours.....	18
Produits similaires.....	18
Référence à l'Autorité des marchés financiers.....	18
<b>Article 9 : Définitions.....</b>	<b>19</b>

## Introduction

Le présent guide de distribution décrit l'assurance médicale de voyage souscrite par TD, Compagnie d'assurance-vie (« nous », « notre », « nos ») dans le cadre de la police collective T1002 émise au nom de La Banque Toronto-Dominion (le « titulaire de la police » ou « TD Canada Trust »). Il vous aidera à prendre une décision éclairée à propos du type de protection qui répond le mieux à vos besoins, sans l'aide d'un conseiller en assurance.

Toutes les indemnités prévues par le *certificat* sont régies en tous points par la *police collective*, et celle-ci constitue, à elle seule, la convention aux termes de laquelle les indemnités sont payables. Les principales dispositions de la police collective se rapportant aux personnes assurées sont résumées dans le *certificat*. La police collective est conservée en dossier au bureau du titulaire de la police et si vous en faites la *demande*, vous avez le droit de l'examiner et d'en recevoir une copie.

Les termes indiqués en italique dans le présent guide de distribution sont définis à l'article « Définitions ».

## Nature de la couverture

### Soins médicaux d'urgence

Nous verserons une indemnité si une *personne assurée* fait l'objet d'une *urgence médicale* durant un *voyage couvert*.

### Droit d'examiner le certificat

Vous avez dix (10) jours à compter de la date à laquelle vous achetez le *certificat* pour nous informer que vous voulez annuler la couverture. Si vous annulez votre couverture à l'intérieur de ce délai de 10 jours, vous obtiendrez le remboursement complet de toute prime déjà payée, si vous n'êtes pas parti pour un voyage couvert et si aucune réclamation n'a été faite

## Article 1 : Aperçu des avantages du régime d'assurance annuelle

Pour obtenir des précisions sur ce qui est couvert par la police d'assurance, consultez les articles pertinents du présent guide de distribution.

Couverture	Indemnité maximale payable (par <i>personne assurée</i> , par <i>voyage couvert</i> )
Assurance <i>soins médicaux d'urgence</i> et autres indemnités, y compris : <ul style="list-style-type: none"><li>• Prestation d'<i>hospitalisation</i></li><li>• Honoraires de <i>médecin</i></li><li>• Services de diagnostic</li><li>• Ambulance</li><li>• Appareils médicaux</li><li>• Retour d'<i>urgence</i> au domicile</li></ul>	Jusqu'à 5 000 000 \$ par <i>personne assurée</i> , par <i>voyage couvert</i> et aucun maximum global par <i>année d'assurance</i>
Soins infirmiers privés	Jusqu'à 5 000 \$
Honoraires (physiothérapie, chiropratique, etc.)	Jusqu'à 300 \$ par profession
Soins dentaires à la suite d'un accident	Jusqu'à 2 000 \$
Indemnité pour le <i>compagnon de chevet</i>	Prix d'un billet d'avion aller-retour en classe économique et jusqu'à 1 500 \$ pour les repas et l'hébergement d'un <i>compagnon de chevet</i> .
Indemnité pour le <i>compagnon de voyage</i>	Billet d'avion aller simple en classe économique
Retour du véhicule	Jusqu'à 1 000 \$
Rapatriement de la dépouille	Jusqu'à 5 000 \$

## Article 2 : Admissibilité – Qui peut faire une demande d'assurance ?

Vous pouvez faire une *demande* d'assurance en ligne à [tdassurance.com](http://tdassurance.com) ou au téléphone avec *notre administrateur*, de 8 h à 21 h, HE, du lundi au samedi, sans frais au **1-800-293-4941** ou au **416-977-2039**.

Vous pouvez aussi faire une *demande* de prolongation de la couverture en appelant la ligne d'assistance 24 h de *notre administrateur* et en remplissant la *demande* par téléphone. Si *vous* appelez du Canada ou des États-Unis, veuillez composer le **1-800-359-6704**, ou si *vous* appelez de tout autre pays, *vous* pouvez appeler à frais virés au **416-977-5040**.

### Critères d'admissibilité

Vous pouvez faire une demande d'assurance annuelle si :

- *vous* avez au moins 18 ans à la *date d'entrée en vigueur* de *votre* régime d'assurance annuelle, si *vous* souscrivez la couverture de 9 jours, de 17 jours ou de 30 jours; ou
- *vous* avez entre 18 et 84 ans à la *date d'entrée en vigueur* de *votre* régime d'assurance annuelle, si *vous* souscrivez la couverture de 60 jours; et
- *vous* êtes un *résident du Canada*; et
- *vous* êtes couvert par un RAMG; et
- *vous* êtes un client du Groupe Banque TD, ou le *conjoint* ou un *enfant à charge* d'un client du Groupe Banque TD; et
- *vous* *vous* trouvez au Canada au moment où *vous* souscrivez la couverture; et
- *vous* avez répondu aux questions d'ordre médical visant à établir si *vous* êtes admissible à cette couverture (lorsque le processus de *demande* l'exige); et
- *vous* souscrivez l'assurance au plus tôt 240 jours avant la *date d'entrée en vigueur* de *votre* régime d'assurance annuelle.

### Quelles options de couverture sont offertes?

Trois options de couverture sont offertes aux termes du régime d'assurance annuelle : l'assurance individuelle, l'assurance pour deux personnes et l'assurance familiale.

#### 1. Assurance individuelle

Vous pouvez faire une *demande* d'assurance individuelle pour *vous-même* ou au nom de *votre* ou *vos enfants à charge* qui voyagent sans *vous* ou *votre conjoint* si :

- *vous* indiquez dans *votre demande* que le *certificat* doit couvrir l'*enfant* ou les *enfants à charge* plutôt que *vous*; et
- *votre* ou *vos enfants à charge* remplissent les critères susmentionnés, sauf :
  - qu'ils peuvent ne pas être clients du Groupe Banque TD; et
  - qu'ils peuvent être âgés de moins de 18 ans.

#### 2. Assurance pour deux personnes

Vous pouvez faire une *demande* d'assurance aux termes du régime d'assurance annuelle pour *votre conjoint* ou tout *compagnon de voyage* si :

- *vous* nommez *votre conjoint* ou le *compagnon de voyage* dans *votre demande*; et
- *vous* et *votre conjoint* ou le *compagnon de voyage* remplissez les critères d'admissibilité susmentionnés sauf :
  - qu'ils peuvent ne pas être clients du Groupe Banque TD; et
  - que *votre compagnon de voyage* peut être âgé de moins de 18 ans s'il s'agit de *votre enfant à charge*.

#### 3. Assurance familiale

Vous pouvez faire une demande d'assurance familiale pour *votre conjoint* et *votre* ou *vos enfants à charge* aux termes du régime d'assurance annuelle si :

- *vous* nommez *votre conjoint* et/ou *votre* ou *vos enfants à charge* dans *votre demande*; et
- ils remplissent les critères d'admissibilité susmentionnés, sauf :
  - qu'ils peuvent ne pas être clients du Groupe Banque TD; et
  - que *votre* ou *vos enfants à charge* voyagent avec *vous* ou *votre conjoint*; et
  - que *votre* ou *vos enfants à charge* peuvent être âgés de moins de 18 ans.

REMARQUE : L'assurance pour deux personnes et l'assurance familiale ne sont pas disponibles lorsqu'un questionnaire médical est exigé dans le cadre de *votre* processus de demande. Pour savoir si un questionnaire médical est nécessaire, veuillez vous reporter à la rubrique « Cas exigeant un questionnaire médical » ci-après.

## Cas exigeant un questionnaire médical

En fonction de  *votre* âge et du type de régime d'assurance annuelle que  *vous* choisissez,  *vous* pourriez devoir répondre à des questions d'ordre médical pour que  *nous* puissions déterminer si l'assurance peut  *vous* être accordée. Dans de tels cas, la prime de la couverture d'assurance sera fondée sur les réponses données aux questions d'ordre médical. Selon ces réponses, certains demandeurs pourraient ne pas être admissibles à la couverture d'assurance. Le tableau ci-après présente les critères utilisés pour déterminer quelles sont les personnes qui doivent remplir le questionnaire médical.

Type de régime d'assurance annuelle	Demandeurs tenus de remplir le questionnaire médical
• 9 jours	Tous les demandeurs de 65 ans ou plus
• 17 jours	
• 30 jours	
• 60 jours	Tous les demandeurs de 55 ans ou plus

## Comment demander la prolongation de *votre* régime d'assurance annuelle?

Si  *vous* avez déjà un régime d'assurance médicale de voyage TD annuelle, et que  *vous* planifiez faire un voyage dont la durée est supérieure au nombre maximal de jours permis pour un  *voyage couvert* aux termes de  *votre* régime d'assurance annuelle,  *vous*  pouvez demander une couverture prolongée, si chaque  *personne assurée* remplit les critères d'admissibilité applicables susmentionnés, sauf que :

- *vous*  n'êtes pas tenu de  *vous* trouver au Canada au moment de souscrire cette prolongation de couverture; et
- *vous*  pouvez faire la demande avant ou après  *votre* départ, sous réserve des conditions suivantes :
  - aucune  *personne assurée* ne s'est trouvée dans une situation d' *urgence médicale* avant que  *vous* ne présentiez  *votre* demande de prolongation; et
  - *vous* demandez la prolongation avant 23 h 59 (HE) le dernier jour de  *votre voyage couvert* (veuillez noter que la date de départ compte comme une journée complète); et
  - le  *voyage couvert* est de un (1) jour à au plus 212 jours, mais ne dépasse pas le nombre maximal de jours autorisé aux termes de  *votre RAMG* pour les voyages effectués à l'extérieur du Canada; et
  - *vous* payez la prime requise relative à la prolongation de la couverture.

Toute prolongation doit être approuvée par  *notre administrateur* .

## Article 3 : Assurance soins médicaux d'urgence

### Que faire en cas d' *urgence médicale* ?

Si une  *urgence médicale* survient,  *vous* devez appeler  *notre administrateur* immédiatement, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Si  *vous* omettez de le faire, les indemnités seront limitées, tel qu'il est décrit à la rubrique « Restrictions relatives aux  *urgences médicales*  ». Certains frais seront couverts seulement si  *notre administrateur* les approuve au préalable.

*Vous*  pouvez obtenir de l'aide tous les jours de la semaine, à toute heure, en composant l'un des numéros suivants :

- du Canada ou des États-Unis, le **1-800-359-6704**; ou
- de n'importe où ailleurs, le **416-977-5040**, à frais virés.

*Notre administrateur* déterminera si une assurance est en vigueur et, si tel est le cas, il orientera la  *personne assurée* vers l'établissement médical approprié le plus proche. Dans la mesure du possible,  *notre administrateur* prendra les dispositions nécessaires pour le paiement direct des services médicaux du fournisseur, et gèrera  *votre urgence médicale* , à partir de la déclaration initiale jusqu'à la fin de l' *urgence médicale* .

Si un tel paiement direct est impossible, la  *personne assurée* peut être appelée à payer les services, et à présenter ensuite une réclamation afin de recevoir le remboursement des frais admissibles.

REMARQUE : Tous les paiements et toutes les garanties de paiement sont assujettis aux modalités, aux conditions, aux restrictions et aux exclusions du  *certificat* .

## Restrictions relatives aux *urgences médicales*

### 1. Approbation préalable obligatoire pour les *traitements médicaux d'urgence*

Vous devez aviser *notre administrateur* avant de recevoir un *traitement médical d'urgence* pour que nous puissions :

- vérifier la couverture;
- préapprouver le *traitement*.

Si, pour des raisons médicales, il vous est impossible de nous appeler avant de recevoir le *traitement médical d'urgence*, nous vous demandons de le faire dans un délai de 48 heures, ou aussitôt que cela vous est possible, ou encore de demander à une autre personne de le faire pour vous. Sinon, si vous n'appellez pas *notre administrateur* avant de recevoir le *traitement médical d'urgence*, votre indemnité maximale payable sera limitée à 80 % de vos frais médicaux admissibles aux termes de la présente assurance, sous réserve d'un maximum de 30 000 \$.

### 2. Obligation d'être couvert par un *RAMG*

Vous devez être couvert par le *RAMG* de votre province ou territoire de résidence avant de partir en voyage et cette couverture doit être en vigueur pendant toute la durée du *voyage couvert*. Il vous incombe de vérifier que vous bénéficiez de cette couverture. Si vous n'êtes pas couvert par un *RAMG* valide, vous ne disposez d'aucune couverture en vertu du *certificat*.

## Indemnités pour les *urgences médicales*

Nous verserons une indemnité pour *urgence médicale* pour des frais admissibles aux termes de l'assurance *soins médicaux d'urgence* si vous vous trouvez dans une situation d'*urgence médicale* pendant la *période de couverture* d'un *voyage couvert*.

### Les frais admissibles aux termes de l'*assurance soins médicaux d'urgence* comprennent ce qui suit :

La couverture des *soins médicaux d'urgence* peut atteindre 5 000 000 \$ par *voyage couvert*. Aucun maximum global par *année d'assurance*.

<b>Prestation d'hospitalisation</b>	Admission dans un <i>hôpital</i> ou un établissement médical approprié aux fins de <i>traitement</i> , en tant que malade hospitalisé ou bénéficiaire de services ambulatoires ou de services de soins d' <i>urgence</i> , ayant été approuvée au préalable par <i>notre administrateur</i> .
<b>Honoraires de médecin</b>	Les frais facturés par un <i>médecin</i> et nécessaires dans le cadre d'un <i>traitement</i> pour une <i>urgence médicale</i> , et autorisés au préalable par <i>notre administrateur</i> .
<b>Soins infirmiers privés</b>	Jusqu'à 5 000 \$ pour les services fournis et le matériel réputé nécessaire par une infirmière autorisée, y compris les fournitures médicales nécessaires aux soins infirmiers.
<b>Services de diagnostic</b>	Frais pour les tests diagnostiques, les tests de laboratoire et les radiographies qui sont prescrits par le <i>médecin</i> traitant, et autorisés au préalable par <i>notre administrateur</i> si les tests comprennent, selon le cas : <ul style="list-style-type: none"><li>• des examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM); ou</li><li>• des examens tomodensitométriques (examens TDM); ou</li><li>• des échogrammes; ou</li><li>• des échographies; ou</li><li>• des techniques diagnostiques effractives, y compris l'angiographie.</li></ul>
<b>Ambulance</b>	Frais pour le transport d' <i>urgence</i> dans une ambulance à destination de l' <i>hôpital</i> autorisé le plus proche.

<b>Ambulance aérienne</b>	<p>Frais pour le transport d'urgence par ambulance aérienne seulement si <i>notre administrateur</i> conclut que l'état physique de la <i>personne assurée</i> exclut tout autre moyen de transport et :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tire cette conclusion avant que le service ne soit fourni; et</li> <li>• approuve ce service au préalable; et</li> <li>• prend les dispositions nécessaires pour ce service.</li> </ul>
<b>Ordonnances</b>	<p>Remboursement des frais de médicaments sur ordonnance requis pour un <i>traitement</i> d'urgence pendant l'<i>hospitalisation</i>.</p> <p>REMARQUE : Les vitamines et les médicaments brevetés, exclusifs ou expérimentaux sont exclus.</p>
<b>Honoraires</b>	<p>Jusqu'à concurrence de 300 \$ par profession pour les frais engagés à l'égard d'une <i>urgence médicale</i> couverte nécessitant un <i>traitement</i> de la part d'un physiothérapeute, d'un chiropraticien, d'un podologue, d'un podiatre ou d'un ostéopathe agréé, si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le <i>traitement</i> est nécessaire pour soulager immédiatement un symptôme aigu et qu'un <i>médecin</i> juge qu'il ne peut attendre <i>notre</i> retour dans <i>notre</i> province ou territoire de résidence; et</li> <li>• le <i>traitement</i> est ordonné par un <i>médecin</i> au cours de la durée d'un <i>voyage couvert</i> et fourni par un professionnel agréé qui est désigné aux termes de la présente indemnité.</li> </ul>
<b>Soins dentaires à la suite d'un accident</b>	<p>Jusqu'à 2 000 \$ pour un <i>traitement</i> dentaire qui est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• requis pendant la <i>période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence</i>; et</li> <li>• requis pour un coup porté à des dents naturelles ou des dents artificielles permanentes et survenu en raison d'une <i>urgence médicale</i>.</li> </ul>
<b>Traitement d'urgence requis pour soulager la douleur dentaire</b>	<p>Les <i>traitements</i> requis afin de soigner d'urgence un mal de dents sont couverts jusqu'à concurrence de 200 \$.</p>
<b>Appareils médicaux</b>	<p>Les frais liés aux plâtres, béquilles, éclisses, écharpes, attelles, bandages herniaires, bottes de marche médicales et/ou coût de location d'un fauteuil roulant ou d'un déambulateur lorsqu'ils sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prescrits par un <i>médecin</i>; et</li> <li>• requis en raison d'une <i>urgence médicale</i>.</li> </ul>
<b>Retour d'urgence au domicile</b>	<p>Les frais engagés pour acheter un billet simple en classe économique ainsi qu'un billet d'avion aller simple supplémentaire en classe économique, s'il le faut pour transporter une civière, selon les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• par suite d'une <i>urgence médicale</i>, <i>notre administrateur</i> juge qu'une <i>personne assurée</i> devrait retourner dans sa province au Canada; et</li> <li>• <i>notre administrateur</i> approuve le transport au préalable.</li> </ul> <p>REMARQUE : <i>Nous</i> verserons également les frais relatifs à un accompagnateur médical qualifié pour <i>vous</i> accompagner jusqu'à <i>notre</i> province ou territoire de résidence si le <i>médecin</i> traitant pendant <i>notre urgence médicale</i> le recommande et <i>notre administrateur</i> l'approuve au préalable.</p>
<b>Indemnité pour le compagnon de chevet</b>	<p>Frais pour un billet d'avion aller-retour en classe économique à partir de la province ou du territoire de résidence de <i>notre compagnon de chevet</i> et jusqu'à 150 \$ par jour en frais de repas et de logement, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>vous</i> êtes <i>hospitalisé</i> en raison d'une <i>urgence médicale</i> couverte et devrez vraisemblablement rester à l'<i>hôpital</i> pendant au moins trois (3) jours consécutifs; et</li> <li>• <i>notre administrateur</i> approuve l'indemnité au préalable.</li> </ul>

---

**Indemnité pour le  
compagnon de  
voyage**

Les frais pour un billet d'avion aller simple en classe économique pour un *compagnon de voyage* afin qu'il retourne à sa ville de départ, si :

- une *urgence médicale* couverte touche une *personne assurée* et exige la présence d'un *compagnon de voyage*, qui doit prolonger son séjour après la date de retour prévue; et
- *notre administrateur* approuve le transport au préalable.

**Repas et  
hébergement**

- Jusqu'à concurrence de 350 \$ par jour, pour un montant maximal de 3 500 \$, à l'égard de ce qui suit :
  - l'hébergement et les repas que *vous* avez obtenus dans des établissements commerciaux; et
  - les frais liés aux appels téléphoniques et à l'utilisation d'Internet de première nécessité; et
  - les factures de taxi (ou les frais de location d'une voiture en remplacement du taxi);
- si, à l'appréciation d'un *médecin*, *vous* ou *votre compagnon de voyage* êtes transférés afin de recevoir des soins médicaux pour une *urgence médicale* couverte aux termes de la présente assurance; ou
- si *vous* devez reporter *votre* date de retour afin de recevoir un *traitement médical d'urgence*; ou
- que *votre compagnon de voyage* nécessite un *traitement médical d'urgence* pour tout *trouble médical* couvert aux termes de la présente assurance.

REMARQUE : Sous réserve de l'autorisation préalable de *notre administrateur*.

**Frais d'hôpitaux  
accessoires**

Jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour, pour un montant maximal de 500 \$, à l'égard de vos frais d'hôpitaux accessoires (appels téléphoniques, location de téléviseur, stationnement) que *vous* engagez pendant que *vous* êtes *hospitalisé* pour au moins 48 heures.

**Rapatriement et  
accompagnement  
d'enfants à charge**

Si des *enfants à charge* voyagent avec *vous* ou *vous* rejoignent au cours de *votre voyage couvert* et que *vous* êtes *hospitalisé* pour plus de 24 heures ou devez retourner dans *votre* province ou territoire de résidence en raison de *votre urgence médicale* couverte par la présente assurance, la présente assurance couvre ce qui suit :

- le moindre des montants suivants : le coût d'un aller-simple sur un vol commercial en classe économique suivant l'itinéraire le plus économique pour que ces *enfants à charge* puissent retourner dans leur province ou leur territoire de résidence; ou le coût engagé pour changer la date de retour aux termes d'un billet existant sur un vol commercial; et
- le coût d'un aller-retour par avion en classe économique suivant l'itinéraire le plus économique pour un accompagnateur, si la compagnie aérienne exige que les *enfants à charge* soient accompagnés.

**Retour du véhicule**

Jusqu'à 1 000 \$ pour les frais engagés pour le retour du véhicule d'une *personne assurée* à sa résidence ou, le cas échéant, à l'agence de location de véhicules la plus proche, si :

- la *personne assurée* ne peut retourner le véhicule elle-même en raison d'une *urgence médicale*; et
  - *notre administrateur* se charge du retour du véhicule.
-



## Rapatriement de la dépouille

- Jusqu'à 5 000 \$ pour les frais engagés afin de préparer et de rapatrier la dépouille de la *personne assurée* si elle est décédée à la suite d'une *urgence médicale* couverte; ou
- l'enterrement ou l'incinération des restes de la *personne assurée* à l'endroit où le décès est survenu; et
- un billet d'avion aller-retour en classe économique si :
  - un *membre de la famille immédiate* doit aller identifier la dépouille ou recueillir les autorisations nécessaires pour la rapatrier; et
  - *notre administrateur* approuve le transport au préalable.

REMARQUE : Les frais engagés pour l'achat d'un cercueil ou d'une urne funéraire ne sont pas couverts.

## Article 4 : Exclusions relatives à toutes les indemnités

### Exclusion relative aux *maladies préexistantes*

Votre exclusion relative aux *maladies préexistantes* est déterminée selon les réponses que vous avez données lorsque vous avez rempli votre demande d'assurance et, s'il y a lieu, le questionnaire médical (selon votre âge et le type de régime d'assurance annuelle que vous choisissez). Pour que vous soyez admissible aux indemnités aux termes du certificat, une *maladie préexistante* doit être *stable* depuis un certain temps avant votre date de départ. Le tableau suivant indique les exclusions à l'égard des *maladies préexistantes* et les périodes de stabilité qui s'appliquent à vous. Au besoin, consultez votre déclaration de couverture pour connaître votre catégorie de tarif.

### Couvertures de 9 jours et de 17 jours du régime d'assurance annuelle

Votre âge	Catégorie de tarif	Exclusion relative aux <i>maladies préexistantes</i> qui s'applique à vous :
Clients âgés de moins de 65 ans	Aucune catégorie de tarif	Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à une <i>urgence médicale</i> qui sont engagés directement ou indirectement par suite de votre <i>trouble médical</i> ou d'un trouble connexe (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné pendant la période de <b>90 jours</b> précédant votre départ pour le voyage couvert, votre <i>trouble médical</i> ou un trouble connexe n'était pas <i>stable</i> , autre qu'une <i>affection bénigne</i> .
Clients âgés de 65 ans et plus	Catégorie de tarif A et B	Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à une <i>urgence médicale</i> qui sont engagés directement ou indirectement par suite de votre <i>trouble médical</i> ou d'un trouble connexe (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné pendant la période de <b>90 jours</b> précédant votre départ pour le voyage couvert, votre <i>trouble médical</i> ou un trouble connexe n'était pas <i>stable</i> , autre qu'une <i>affection bénigne</i> .
	Catégorie de tarif C, D et E	Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à une <i>urgence médicale</i> qui sont engagés directement ou indirectement par suite de votre <i>trouble médical</i> ou d'un trouble connexe (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné pendant la période de <b>180 jours</b> précédant votre départ pour le voyage couvert, votre <i>trouble médical</i> ou un trouble connexe n'était pas <i>stable</i> , autre qu'une <i>affection bénigne</i> .

## Couvertures de 30 jours et de 60 jours du régime d'assurance annuelle

<b>Votre âge</b>	<b>Catégorie de tarif</b>	<b>Exclusion relative aux <i>maladies préexistantes</i> qui s'applique à vous :</b>
Clients âgés de moins de 55 ans	Aucune catégorie de tarif	<i>Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à une urgence médicale qui sont engagés directement ou indirectement par suite de votre trouble médical ou d'un trouble connexe (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné pendant la période de <b>90 jours</b> précédant votre départ pour le voyage couvert, votre trouble médical ou un trouble connexe n'était pas stable, autre qu'une affection bénigne.</i>
Clients âgés de 55 ans et plus	Catégorie de tarif A et B	<i>Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à une urgence médicale qui sont engagés directement ou indirectement par suite de votre trouble médical ou d'un trouble connexe (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné pendant la période de <b>90 jours</b> précédant votre départ pour le voyage couvert, votre trouble médical ou un trouble connexe n'était pas stable, autre qu'une affection bénigne.</i>
	Catégorie de tarif C, D et E	<i>Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à une urgence médicale qui sont engagés directement ou indirectement par suite de votre trouble médical ou d'un trouble connexe (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné pendant la période de <b>180 jours</b> précédant votre départ pour le voyage couvert, votre trouble médical ou un trouble connexe n'était pas stable, autre qu'une affection bénigne.</i>

### Exclusions relatives aux *urgences médicales*

En plus de l'exclusion décrite ci-dessus à la rubrique « Exclusion relative aux *maladies préexistantes* », dans tous les cas, le présent *certificat* ne couvre aucun *traitement* ou service ni aucuns frais de quelque nature que ce soit causés directement ou indirectement par ce qui suit :

#### 1. Naissance d'un enfant durant le voyage couvert

*Nous ne rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités liés à la naissance de votre enfant durant un voyage couvert.*

#### 2. Abus d'alcool, de drogues ou de substances enivrantes

*Nous ne rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités liés à ce qui suit :*

- les *troubles médicaux*, notamment les symptômes de sevrage, découlant de votre consommation chronique d'alcool, de drogues ou d'autres substances enivrantes, ou liés de quelque manière que ce soit à celle-ci, avant ou pendant votre voyage couvert; ou
- les *troubles médicaux* survenant pendant votre voyage couvert en raison d'un abus d'alcool, de drogues ou d'autres substances enivrantes ou liés de quelque manière que ce soit à un tel abus.

#### 3. Réclamations relatives à des complications liées à une grossesse ou un accouchement

*Nous ne rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités liés à ce qui suit :*

- soins prénataux ou postnataux courants; ou
- grossesse, accouchement ou complications survenant neuf (9) semaines avant la date prévue de l'accouchement ou à tout moment après l'accouchement.

#### 4. Refus de transfert vers un établissement approprié en vue d'obtenir un traitement

Après consultation du *médecin* traitant de la *personne assurée*, nous nous réservons le droit de faire transférer la *personne assurée* à un établissement de santé approprié ou vers sa province ou son territoire de résidence afin d'obtenir des *traitements* supplémentaires. Le refus de se conformer à une telle demande nous déchargera de toute responsabilité pour ce qui est du versement d'indemnités à l'égard de frais engagés après la date de transfert prévue.

## 5. Activités dangereuses

Nous ne rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités liés à un accident qui survient pendant que vous participez à toute activité ou activité sportive non traditionnelle comportant un niveau de risque élevé, notamment ce qui suit :

- le paravoile, le deltaplane et le parapente; ou
- le parachutisme et la chute libre; ou
- le saut en bungee; ou
- l'alpinisme; ou
- la spéléologie; ou
- la plongée en scaphandre autonome amateur, à moins que vous ne déteniez au minimum un titre élémentaire de plongeur autonome, conféré par une école agréée;
- les activités aériennes dans un aéronef autre qu'un aéronef de passagers pour lequel un certificat de navigabilité valide a été délivré.

## 6. Acte illégal

Nous ne rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités liés à tout acte illégal ou à toute infraction criminelle que vous commettez ou tentez de commettre, y compris la conduite d'un véhicule avec facultés affaiblies ou au-delà de la limite de vitesse autorisée.

## 7. Preuve d'assurabilité insatisfaisante

Nous ne rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités liés à votre incapacité de fournir une preuve d'assurabilité complète et exacte, tel qu'il est décrit à la rubrique « Vos obligations à titre de *personne assurée* » à l'article 5.

## 8. Automutilation volontaire

Nous ne verserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités liés à toute automutilation volontaire, tout suicide ou toute tentative de suicide (que la *personne assurée* soit ou non consciente du résultat de ses actions), quel que soit l'état d'esprit de la *personne assurée*.

## 9. Urgence médicale en dehors de la période de couverture

Nous ne verserons aucune indemnité à l'égard d'une *urgence médicale* qui survient avant ou après la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence*. Par exemple, aucune indemnité ne sera versée à l'égard d'une *urgence médicale* qui survient après 23 h 59 (HE) le dernier jour d'un *voyage couvert*, si vous n'avez souscrit aucune couverture prolongée.

REMARQUE : Le jour de départ compte comme une journée complète à cette fin.

## 10. Troubles mentaux

Nous ne rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités liés à tout trouble mental, nerveux ou affectif, y compris toute *urgence médicale* découlant de ces troubles.

## 11. Fausse déclaration

Le présent *certificat* est émis sur la base des renseignements fournis dans votre demande (notamment les réponses du questionnaire médical, s'il y a lieu). Les réponses que vous fournissez au moment de remplir la demande et de répondre aux questions d'ordre médical doivent être complètes et exactes. En cas de réclamation, nous examinerons vos antécédents médicaux. Si l'une ou l'autre de vos réponses s'avère incomplète ou inexacte :

- votre couverture sera nulle et sans effet;
- aucune indemnité ne vous sera versée relativement à votre réclamation;
- nous vous rembourserons la prime.

## 12. Non observance du traitement médical prescrit

Nous ne rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités liés à tout *trouble médical* résultant de votre non observance du *traitement* médical qui vous a été prescrit, y compris l'omission de prendre les médicaments prescrits.

## 13. Services non urgents

Nous ne rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités liés aux *traitements* non urgents, expérimentaux ou facultatifs (p. ex., chirurgie esthétique, soins pour maladies chroniques, réadaptation, notamment toute complication qui y serait reliée directement ou indirectement).

**14. Approbation préalable obligatoire pour la poursuite d'un *traitement médical d'urgence* (examens, *traitement* et chirurgie)**

Après le début de  *votre traitement médical d'urgence*, *notre administrateur* doit évaluer et approuver tout *traitement* médical supplémentaire. Si *vous* subissez des examens médicaux, recevez un *traitement* ou subissez une chirurgie sans obtenir *notre* approbation préalable, les frais engagés ne vous seront pas remboursés et *nous* ne verserons aucune indemnité en vertu du présent *certificat*. Cela comprend les examens et les chirurgies effractifs (p. ex., cathétérisme cardiaque ou autres interventions visant le système cardiaque, transplantations et IRM).

**15. Paiement d'une indemnité interdit par la législation canadienne**

*Nous* ne verserons pas d'indemnité si le paiement de l'indemnité est interdit par la législation canadienne ou si le Canada a signé une convention ou consenti à une sanction interdisant un tel paiement.

**16. Sports professionnels ou épreuve de course**

*Nous* ne rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités liés à  *votre* participation à un sport professionnel, de même qu'à une course ou à une épreuve de vitesse organisée.

**17. Récurrence ou poursuite du *traitement* après la fin de l' *urgence médicale***

*Nous* ne rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités liés à la poursuite du *traitement*, ou à la récurrence ou à une complication du *trouble médical* ou d'un trouble connexe survenant après un *traitement médical d'urgence* pendant  *votre* voyage si *notre administrateur* juge que  *votre urgence médicale* est terminée.

**18. Avis aux voyageurs**

*Nous* ne rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités pour  *votre urgence médicale* ou *trouble médical connexe*, si la cause de  *votre urgence médicale* ou *trouble médical* connexe est lié de quelque manière que ce soit à un avertissement formel écrit d'« Éviter tout voyage non essentiel » ou d'« Éviter tout voyage » publié avant  *votre date de départ* par le gouvernement du Canada selon lequel les Canadiens ne devraient pas voyager au pays, dans la région ou la ville de  *votre* voyage.

**19. Voyage contre l'avis du médecin**

*Nous* ne rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités engagés après la réception de  *votre* part d'un avis de  *votre médecin* vous conseillant de ne pas voyager.

**20. Voyager quand *vous* avez des motifs de croire que *vous* pourriez avoir besoin d'un *traitement***

*Nous* ne rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités liés à :

- tout *trouble médical* ou trouble connexe si le but de  *votre* voyage est d'obtenir ou de recevoir un diagnostic, un *traitement* médical, de subir une chirurgie ou des examens, de recevoir des soins palliatifs, de suivre une thérapie non conventionnelle ainsi que tout traitement de complications liées directement ou indirectement à tout ce qui précède; ou
- tout *trouble médical* pour lequel *vous* auriez dû savoir, avant  *votre* départ, que *vous* alliez devoir recevoir un *traitement* ou être *hospitalisé* pendant  *votre* voyage; ou
- tout symptôme évident à l'égard duquel *nous* pouvons raisonnablement *nous* attendre à ce que *vous* consultiez un professionnel de la santé au cours des trois mois précédant  *votre* départ pour un  *voyage couvert*.

**21. Guerre**

*Nous* ne rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités liés à un *trouble médical* engagés par suite de ce qui suit :

- un acte de guerre, qu'elle soit déclarée ou non; ou
- un acte d'hostilité ou de guerre en temps de paix ou de guerre; ou
- une insurrection; ou
- une émeute, un désordre civil ou une guerre civile; ou
- une rébellion; ou
- une révolution; ou
- un détournement.

## Article 5 : Renseignements généraux sur cette couverture

### Vos obligations à titre de *personne assurée*

#### Toute omission de déclarer des renseignements a des répercussions sur vos indemnités

Nous pouvons résilier le présent *certificat* et nous ne verserons aucune indemnité si une personne qui demande à souscrire une assurance et qui remplit un questionnaire médical dans le cadre de la *demande* :

- omet de déclarer tout *trouble médical*, tout médicament qu'elle prend ou qui lui a été prescrit ou toute période d'*hospitalisation* en réponse aux questions d'ordre médical; ou
- omet de répondre de façon complète et exacte aux questions d'ordre médical.

Nous pouvons résilier le présent *certificat* et toute couverture d'assurance aux termes des présentes même si :

- l'information non déclarée ou les fausses déclarations ont trait uniquement au montant de la prime qui aurait dû être payée; ou
- l'information non déclarée ou les fausses déclarations ne concernent pas l'objet de la réclamation.

REMARQUE : Nous pouvons vérifier les réponses fournies aux questions d'ordre médical dans la *demande* en tout temps, y compris au moment de la réclamation.

### Période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence

La *période de couverture* de l'assurance soins médicaux d'urgence aux termes du régime d'assurance annuelle commence à la date de départ de la *personne assurée* pour un *voyage couvert* et prend fin à l'une des dates suivantes, selon la première éventualité :

- la date de retour de la *personne assurée* après le *voyage couvert*;
- à 23 h 59 (HE) le dernier jour du *voyage couvert* si vous n'avez souscrit aucune couverture prolongée;
- à 23 h 59 (HE) la dernière journée de votre couverture prolongée souscrite, tel qu'il est indiqué dans la plus récente *déclaration de couverture*; ou
- la date de fin du *certificat*.

### Risque couvert

Dans le cadre d'un *voyage couvert*, nous verserons à la *personne assurée* une indemnité pour *soins médicaux d'urgence* si elle a une *urgence médicale* pendant la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence*. Nous rembourserons les *frais raisonnables et d'usage* qui sont admissibles aux termes de l'assurance soins médicaux d'urgence, jusqu'à concurrence de l'indemnité maximale payable, tel qu'il est décrit à l'article « Aperçu des avantages du régime d'assurance annuelle », déduction faite de toute somme payable ou remboursable au titre :

- d'un RAMG;
- d'un régime d'assurance maladie collectif ou individuel; **OU**
- de toute autre police d'assurance.

### Prolongation automatique du *certificat* en situation d'urgence médicale

Si une *personne assurée* se trouve dans une situation d'*urgence médicale* à la date à laquelle la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence* prendrait fin pour une raison autre que la résiliation du *certificat*, la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence* sera alors automatiquement prolongée jusqu'à 72 heures après la fin de l'*urgence médicale* pour les personnes suivantes :

- la *personne assurée*; et
- toute autre *personne assurée* si :
  - cette autre *personne assurée* a dû prolonger son voyage après la date de retour prévue en raison de l'*urgence médicale* de la première *personne assurée*; et
  - notre administrateur a approuvé une indemnité pour *compagnon de voyage* pour cette autre *personne assurée*.

### Fin de votre *certificat*

Si vous ne renouvelez pas votre régime d'assurance annuelle, il prendra fin à votre *date anniversaire*.

## Renouvellement de votre régime d'assurance annuelle

Votre régime d'assurance annuelle sera automatiquement renouvelé à la *date anniversaire* si les conditions suivantes sont remplies :

- vous avez fourni des directives afin qu'il soit renouvelé automatiquement; et
- à la *date anniversaire*, nous avons dans nos dossiers les renseignements relatifs à une carte de crédit valide;
- aucune personne assurée aux termes du *certificat* n'est tenue de remplir un questionnaire médical à la *date anniversaire*; et
- nous recevons et acceptons la prime de renouvellement.

Si vous souhaitez renouveler votre régime d'assurance annuelle, vous pouvez communiquer avec notre administrateur avant la *date anniversaire* afin de prendre des dispositions en ce qui a trait au paiement en composant le **1-800-293-4941** (sans frais) ou le **416-977-2039**, entre 8 h et 21 h (HE), du lundi au samedi.

Si des changements ont été apportés à votre couverture, nous vous ferons parvenir un nouveau *certificat*. S'il n'y a eu aucun changement, votre plus récent *certificat* continuera de s'appliquer. Si vous désirez résilier votre assurance, vous pouvez le faire en suivant la procédure décrite à la rubrique « Résiliation de votre régime d'assurance annuelle » à l'article 7.

## Comment joindre notre administrateur?

### 1. Ligne d'assistance d'urgence 24 h

Pour déclarer une *urgence médicale* ou pour demander une prolongation de la couverture, appelez notre administrateur tous les jours de la semaine, à toute heure :

- des États-Unis ou du Canada, au **1-800-359-6704**;
- de n'importe où ailleurs, au **416-977-5040** à frais virés.

### 2. Service à la clientèle

Pour obtenir un formulaire de réclamation, pour résilier votre assurance ou pour obtenir des renseignements généraux, vous pouvez appeler notre administrateur du lundi au samedi, de 8 h à 21 h (HE), sans frais au **1-800-293-4941** ou au **416-977-2039**, ou vous pouvez envoyer votre demande à :

Objet : TD Assurance – Assurance médicale de voyage  
Allianz Global Assistance  
P.O. Box 277  
Waterloo (Ontario) N2J 4A4

Numéro de télécopieur : 519-742-9471

## Preuve d'assurance

Votre preuve d'assurance est le document intitulé *Déclaration de couverture* que vous recevez lorsque vous remplissez votre demande de couverture. Si vous ne recevez pas votre preuve d'assurance avant votre départ pour le voyage couvert, vous devez communiquer immédiatement avec notre administrateur.

Vous serez couvert une fois que toutes les étapes suivantes seront satisfaites :

- les demandeurs satisfont aux critères d'admissibilité pour pouvoir obtenir une assurance figurant à l'article 2 : « Admissibilité – Qui peut faire une demande d'assurance? »; et
- vous avez soumis une demande d'assurance; et
- s'il y a lieu, vous nous avez fourni une preuve complète et exacte d'assurabilité. Veuillez vous reporter à la rubrique « Cas exigeant un questionnaire médical » à l'article 2 et à la rubrique « Vos obligations à titre de personne assurée » ci-dessus; et
- vous payez les primes requises au moment de votre inscription.

Une fois que vous aurez suivi ces étapes, vous recevrez votre preuve d'assurance.

## Article 6 : Comment présenter une réclamation?

**REMARQUE IMPORTANTE :** Vous devez soumettre votre formulaire de réclamation et les documents justificatifs à l'appui de la réclamation à notre administrateur le plus rapidement possible, et au plus tard un (1) an après la date de l'événement.

## Réclamation pour *urgence médicale*

**Toute *urgence médicale* doit être immédiatement déclarée**, tel qu'il est décrit à la rubrique « Que faire en cas d'*urgence médicale*? », à l'article 3, sans quoi les indemnités seront limitées.

Si *vous* souhaitez présenter une réclamation relativement à une *urgence médicale*, conformément aux exigences énumérées à l'article 8 : Conditions générales, à la rubrique « Preuve de sinistre et déclaration en temps opportun », *nous* aurons besoin de pièces justificatives venant en appui à la réclamation, notamment les documents suivants :

- une preuve de paiement de *votre* part ou d'un autre régime d'assurance; et
- les reçus détaillés originaux pour l'ensemble des factures; et
- une preuve de voyage (y compris les dates de départ et de retour); et
- le dossier médical, y compris le diagnostic complet réalisé par le *médecin* traitant ou les documents fournis par l'*hôpital* qui doivent établir que le *traitement* était nécessaire du point de vue médical; et
- des preuves de l'accident si *vous* présentez une réclamation qui vise des frais de soins dentaires découlant d'une *urgence médicale*; et
- *votre* dossier médical historique (si *nous* le jugeons pertinent).

### Si *vous* présentez la réclamation immédiatement

Si *notre administrateur* garantit ou rembourse des frais admissibles au nom d'une *personne assurée*, alors *vous* et, le cas échéant, la *personne assurée* devrez signer un formulaire d'autorisation permettant à *notre administrateur* de recouvrer ces frais :

- auprès du RAMG de la *personne assurée*; et
- auprès de tout autre régime d'assurance maladie ou de toute autre police d'assurance; et
- au moyen de droits que *vous* pouvez faire valoir contre tout autre assureur ou toute tierce partie responsable (veuillez vous reporter à l'article 8 : Conditions générales, à la rubrique « Subrogation »).

Si *notre administrateur* a payé un montant pour des frais admissibles qui sont couverts aux termes d'une autre assurance ou d'un autre régime, *vous* et la *personne assurée* (le cas échéant) devrez aider *notre administrateur* à obtenir le remboursement de ce montant, au besoin.

En outre, la *personne assurée* doit fournir une preuve indiquant la date réelle de son départ de sa province ou de son territoire de résidence. Sur demande, la *personne assurée* doit confirmer les dates de tout voyage de retour dans sa province ou son territoire de résidence.

REMARQUE : Si *notre administrateur* rembourse des frais par anticipation et qu'il est établi par la suite que ces frais ne sont pas couverts aux termes du *certificat*, la *personne assurée* doit *nous* les rembourser.

### Si *vous* ne présentez pas la réclamation immédiatement

Si une *urgence médicale* survient, *vous* devez appeler *notre administrateur* immédiatement, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Si *vous* omettez de le faire, les indemnités seront limitées, tel qu'il est décrit à la rubrique « Restrictions relatives aux *urgences médicales* » de l'article 3. Si, sans avoir communiqué d'abord avec *notre administrateur* pour obtenir son aide et ses services de gestion des réclamations, une *personne assurée* engage des frais admissibles aux termes de l'*assurance soins médicaux d'urgence*, elle doit d'abord présenter les reçus et les autres preuves :

- au RAMG; et
- à tout régime collectif ou individuel d'assurance maladie et/ou à tout assureur.

Les frais admissibles aux termes de l'*assurance soins médicaux d'urgence* qui ne sont pas couverts par le RAMG ou par les autres régimes ou assureurs doivent être soumis à *notre administrateur* avec :

- les preuves de réclamation, les reçus et les relevés de paiement;
- la date réelle de *votre* départ de *votre* province ou *votre* territoire de résidence (les preuves comprennent notamment un itinéraire de vol, des reçus d'essence ou des reçus de péage).

Pour savoir comment obtenir un formulaire de réclamation, veuillez *vous* reporter à la rubrique « Comment joindre *notre administrateur*? » à l'article 5.

## Article 7 : Primes, résiliation et droit d'examiner ou de résilier l'assurance

### Primes

Les primes seront fondées sur :

- l'âge de la personne la plus âgée à assurer aux termes de  *votre certificat*  à l'une des dates suivantes :
  - la  *date d'entrée en vigueur*  de  *votre certificat* ; ou
  - la  *date anniversaire*  à laquelle  *votre certificat*  est renouvelé, le cas échéant; et
- les renseignements de nature médicale fournis au moment de  *votre*  demande (s'il y a lieu); et
- *nos*  primes en vigueur au moment de  *votre*  demande; et
- le type de  *votre*  assurance (assurance individuelle, assurance pour deux personnes, assurance familiale).

REMARQUE : Veuillez noter que le barème de primes peut être modifié sans préavis.

### Résiliation de *votre* régime d'assurance annuelle et droit de l'examiner ou de le résilier

*Vous*  avez dix (10) jours à partir de la date à laquelle  *vous*  achetez le  *certificat*  pour résilier l'assurance et recevoir un remboursement total de toute prime versée. Toute demande de résiliation du régime d'assurance annuelle doit être faite auprès de  *notre*  administrateur, par écrit ou par téléphone (veuillez  *vous*  reporter à la rubrique « Comment joindre  *notre*  administrateur ? » à l'article 5). Dans le tableau qui suit, il est expliqué comment et quand le régime d'assurance annuelle peut être résilié.

- **par téléphone**  – la résiliation prend effet à la date de  *votre*  appel; ou
- **au moyen d'une demande écrite, envoyée par la poste**  – la résiliation prend effet à la date d'oblitération postale de  *votre*  demande.

Quand pouvez-vous résilier le régime	Remboursement de la prime/Frais
Dans les dix (10) jours suivant la date à laquelle <i> vous </i> achetez le présent <i> certificat </i> .	Remboursement intégral
Après les dix (10) premiers jours suivant la date à laquelle <i> vous </i> achetez le présent <i> certificat </i> .	Aucun remboursement

## Article 8 : Conditions générales

Sauf disposition expresse contraire dans le présent  *certificat*  ou dans la  *police collective* , les conditions suivantes s'appliquent à  *votre*  couverture.

### Accès aux soins médicaux

TD Vie, Groupe Banque TD,  *notre*  administrateur et leurs sociétés affiliées ne sont pas responsables de la disponibilité, de la qualité, ou des résultats de tout  *traitement*  médical ou de tout transport, ou de l'impossibilité pour toute  *personne assurée*  d'obtenir un  *traitement*  médical.

### Versement des indemnités

**Le présent  *certificat*  renferme des dispositions qui suppriment ou restreignent le droit de la  *personne assurée*  de désigner des personnes auxquelles ou au bénéfice desquelles des sommes d'assurance sont payables.** Autrement dit, aux termes de la  *police collective* , ni  *vous*  ni aucune  *personne assurée*  ne pouvez désigner un bénéficiaire qui recevra une indemnité payable aux termes du  *certificat* . Les indemnités sont payables à  *vous*  ou à  *votre*  fournisseur de soins médicaux en  *votre*  nom.



## Coordination des indemnités avec d'autres assureurs

- Comme toutes *nos* polices sont complémentaires, les autres sources de remboursement que *vous avez vous* rembourseront en premier lieu, et la présente police d'assurance *vous* remboursera en dernier lieu. L'ensemble des indemnités payables aux termes de *vos* polices d'assurance, y compris le *certificat*, ne peuvent pas être supérieures aux dépenses réelles associées à une réclamation. Si une *personne assurée* est également couverte par un autre certificat d'assurance ou par une autre police, *nous* coordonnerons le versement d'indemnités avec l'assureur qui a fourni l'autre assurance.
- *Nous* ne tenterons en aucun cas de récupérer de sommes auprès des régimes liés à l'emploi si le plafond viager de l'ensemble des indemnités pouvant être versées au pays et à l'étranger est de 50 000 \$ ou moins. Si le plafond viager de l'ensemble des indemnités pouvant être versées au pays et à l'étranger est de plus de 50 000 \$, *nous* coordonnerons uniquement le paiement d'indemnités qui sont supérieures à ce seuil.

## Devise

Tous les montants indiqués sont en dollars canadiens.

## Police collective

Toutes les indemnités prévues par le *certificat* sont régies à tous égards par les dispositions de la *police collective*, et celle-ci constitue, à elle seule, la convention aux termes de laquelle les indemnités sont payables. Les principales dispositions de la *police collective* se rapportant aux *personnes assurées* sont résumées dans le *certificat*. La *police collective* est conservée en dossier au bureau du titulaire de la police, et *vous* pouvez en obtenir une copie et l'examiner.

## Délai de prescription applicable aux poursuites judiciaires

Toute action ou procédure intentée contre un assureur pour recouvrer des montants d'assurance payables aux termes du contrat est absolument interdite, sauf si elle est entamée dans les délais indiqués dans la loi intitulée *Insurance Act* (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), dans la *Loi sur les assurances* (pour les actions ou procédures régies par les lois du Manitoba), dans la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Ontario) ou dans toute autre loi applicable. Pour les actions ou procédures régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le *Code civil du Québec*.

## Fausse déclaration relatives à des faits sans lien avec vos renseignements médicaux

*Nous* ne rembourserons pas de frais ni ne verserons d'indemnités liés à une réclamation si *vous*, ou toute autre *personne assurée* en vertu du *certificat* ou toute personne agissant en *votre* nom tente de *nous* tromper ou fait une réclamation frauduleuse, fausse ou exagérée.

## Preuve de sinistre et déclaration en temps opportun

Si *vous* faites une réclamation, *vous* devez remplir les formulaires de réclamation appropriés et les envoyer à *notre administrateur* avec une preuve de sinistre écrite (p. ex., originaux des factures et des billets, certificat médical et/ou de décès, tel qu'il est précisé à l'article 6 : Comment présenter une réclamation) le plus rapidement possible. Dans tous les cas, *vous* devez envoyer *votre* formulaire de réclamation dans un délai de un (1) an à compter de la date à laquelle le sinistre se produit ou de la date à laquelle la réclamation prend naissance.

## Liens entre *nous* et le titulaire de la police collective

TD, Compagnie d'assurance-vie est une société affiliée de La Banque Toronto-Dominion (« la TD »).

## Vérification et examen médical

Au cours du traitement d'une réclamation, *nous* aurons le droit et la possibilité d'examiner, à *nos* frais, tous les dossiers médicaux liés à la réclamation et de faire subir à la *personne assurée* un examen médical au moment et à la fréquence raisonnablement nécessaires.

## **Subrogation**

Il peut arriver qu'une autre personne ou entité aurait dû *vous* payer pour un sinistre, mais que *nous* l'avons fait. Le cas échéant, *vous* consentez à collaborer avec *nous* afin de *nous* permettre d'exiger le paiement de la personne ou de l'entité qui aurait dû *vous* payer pour le sinistre. Il peut s'agir, entre autres, de faire ce qui suit :

- *nous* transférer la dette ou l'obligation que la personne ou l'entité a envers *vous*; ou
- *nous* permettre d'intenter une poursuite en *votre* nom; ou
- si *vous* recevez les fonds de l'autre personne ou entité, *vous* détiendrez ces fonds en fiducie pour *nous*; ou
- agir de façon à ne pas porter atteinte à *nos* droits de recouvrer le paiement de l'autre personne ou entité.

*Nous* paierons les frais relatifs aux mesures que *nous* prendrons.

## **Réponse de l'assureur**

Dès que *nous* aurons approuvé la réclamation, *nous* *vous* en informerons, et le paiement sera effectué dans les 60 jours suivant la réception des formulaires de réclamation requis et d'une preuve de sinistre écrite.

Une fois que la preuve nécessaire aura été reçue et que votre réclamation aura été approuvée, l'assureur effectuera le paiement dans les 30 jours.

En cas de refus de la réclamation, *nous* *vous* informerons des motifs du refus dans les 60 jours suivant la réception des formulaires de réclamation requis et d'une preuve de sinistre écrite.

## **Appel de la décision de l'assureur et recours**

Si *votre* réclamation est refusée, *vous* pouvez en appeler de cette décision en soumettant de nouveaux renseignements à l'assureur. *Vous* pouvez également consulter l'Autorité des marchés financiers ou *votre* propre conseiller juridique.

## **Produits similaires**

Il est possible que d'autres compagnies d'assurance offrent d'autres produits d'assurance de voyage.

## **Référence à l'Autorité des marchés financiers**

Pour toute information supplémentaire à propos des obligations qu'ont envers *vous*, le client, l'assureur et le distributeur, *vous* pouvez communiquer avec l'Autorité des marchés financiers aux coordonnées suivantes :

### **Autorité des marchés financiers**

Place de la Cité, Tour Cominar  
2640, boulevard Laurier, 4<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 5C1

Numéros de téléphone

Numéro sans frais : **1-877-525-0337**

Québec : **418-525-0337**

Montréal : **514-395-0337**

Télécopieur : **418-525-9512**

Internet : <http://www.lautorite.qc.ca>

## Article 9 : Définitions

Dans le présent *certificat*, les termes et les expressions en italique qui suivent ont le sens qui leur est donné ci-après. Pendant que *vous* lisez le *certificat*, il *vous* faudra peut-être *vous* reporter au présent article pour *vous* assurer que *vous* comprenez bien *votre* couverture, les restrictions et les exclusions.

<b>administrateur</b>	S'entend de l'entreprise que <i>nous</i> sélectionnons pour fournir l'aide en cas d'urgence médicale ou de réclamation, effectuer le paiement des indemnités et offrir les services administratifs et d'évaluation dans le cadre de la <i>police collective</i> .
<b>affection bénigne</b>	S'entend d'une blessure ou d'une maladie qui ne requiert pas : <ul style="list-style-type: none"><li>• la prise de médicaments pendant plus de 15 jours; ou</li><li>• plus d'une (1) visite de suivi auprès d'un <i>médecin</i> ni une <i>hospitalisation</i>, une intervention chirurgicale ou le renvoi à un spécialiste; ou</li><li>• qui prend fin au moins quatorze (14) jours consécutifs avant la <i>date de départ</i> du voyage.</li></ul> REMARQUE : Une maladie chronique ou les complications découlant d'une maladie chronique ne sont pas considérées comme des <i>affections bénignes</i> .
<b>année d'assurance</b>	S'entend de la période qui débute à la <i>date d'entrée en vigueur</i> de <i>votre</i> assurance et qui se termine un (1) an après, soit à la <i>date anniversaire</i> et, si <i>vous</i> renouvelez <i>votre</i> régime d'assurance annuelle, toute période subséquente de un (1) an, le cas échéant.
<b>certificat</b>	S'entend du présent certificat d'assurance.
<b>compagnon de chevet</b>	S'entend de la personne que <i>vous</i> choisissez pour être présente avec <i>vous</i> dans <i>votre</i> chambre lorsque <i>vous</i> êtes <i>hospitalisé</i> pendant <i>votre</i> voyage.
<b>compagnon de voyage</b>	S'entend de toute personne qui voyage avec <i>vous</i> pendant le <i>voyage couvert</i> et qui partage le transport et/ou l'hébergement avec <i>vous</i> (jusqu'à un maximum de trois personnes, incluant <i>vous-même</i> ).
<b>conjoint</b>	S'entend : <ul style="list-style-type: none"><li>• de la personne qui est légalement mariée à la <i>personne assurée</i>; ou</li><li>• de la personne qui vit avec la <i>personne assurée</i> depuis au moins un (1) an et qui est reconnue publiquement comme son conjoint de fait.</li></ul>
<b>date anniversaire</b>	S'entend de la date une (1) année après la <i>date d'entrée en vigueur</i> de <i>votre</i> assurance et, si <i>vous</i> renouvelez <i>votre certificat</i> , des dates anniversaires subséquentes à compter de la <i>date d'entrée en vigueur</i> de <i>votre</i> assurance.
<b>date d'entrée en vigueur</b>	S'entend de la date à laquelle <i>votre certificat</i> entre en vigueur et correspond à la date précisée dans <i>votre demande</i> ou <i>votre dernière déclaration de couverture</i> .
<b>date de départ</b>	S'entend de la date à laquelle la <i>personne assurée</i> a quitté sa province ou territoire de résidence.
<b>déclaration de couverture</b>	S'entend du document que <i>vous</i> recevez lorsque <i>vous</i> présentez une demande afin d'obtenir une nouvelle couverture ou une couverture supplémentaire aux termes de la <i>police collective</i> , qui inclut <i>votre numéro de certificat</i> et confirme la couverture que <i>vous</i> avez souscrite.

<b>demande</b>	<p>S'entend de la série de questions qui font partie de <i>vosre</i> demande et sont remises :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en <i>vosre</i> nom lorsque <i>vous</i> présentez une demande d'assurance par téléphone; ou</li> <li>• lorsque <i>vous</i> présentez une demande en ligne; et</li> <li>• de la série de questions d'ordre médical qui font partie de <i>vosre demande</i> dans le cas d'une souscription par téléphone ainsi que des réponses que <i>vous</i> avez données à ces questions.</li> </ul> <p>La <i>demande</i> qui sert à établir <i>vosre</i> admissibilité au régime d'assurance comprend également toute question posée et toute réponse donnée relativement à une demande de prolongation ou d'augmentation d'une <i>période de couverture</i>. La <i>demande</i> fait partie de <i>vosre</i> contrat d'assurance et est utilisée aux fins de traitement de <i>vosre</i> demande d'assurance.</p>
<b>enfants à charge</b>	<p>S'entend de <i>vos</i> enfants naturels, adoptés ou issus d'une union antérieure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• qui ne sont pas mariés; et</li> <li>• dont <i>vous</i> assurez entièrement la subsistance, et qui sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>- âgés de moins de 22 ans; ou</li> <li>- âgés de moins de 26 ans et qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement supérieur au Canada; ou</li> <li>- qui sont atteints d'une déficience mentale ou physique.</li> </ul> </li> </ul> <p>REMARQUE : Un enfant qui naît pendant que sa mère effectue un <i>voyage couvert</i> à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence n'est pas considéré comme un <i>enfant à charge</i> et ne sera pas assuré dans le cadre de ce voyage.</p>
<b>frais raisonnables et d'usage</b>	<p>S'entend des frais engagés relativement à des biens et services qui sont comparables aux frais exigés par d'autres fournisseurs dans la même région pour des biens et services similaires.</p>
<b>hôpital</b>	<p>S'entend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'un établissement habilité par les autorités compétentes à titre d'hôpital agréé à offrir des soins et des traitements aux malades hospitalisés ainsi que des services ambulatoires. Le <i>traitement</i> doit être supervisé par des <i>médecins</i>, et des infirmières autorisées doivent être en poste jour et nuit. L'établissement doit également disposer d'un laboratoire et d'une salle d'opération sur place ou dans des installations sous son contrôle.</li> <li>• Un hôpital n'est pas un établissement servant principalement de clinique, de centre de soins prolongés ou palliatifs, de centre de réadaptation, de centre de traitement des toxicomanes, de maison de convalescence, de repos ou de soins infirmiers, de centre d'accueil ni de station thermale.</li> </ul>
<b>hospitalisé(e) ou hospitalisation</b>	<p>S'entend du malade hospitalisé dans un <i>hôpital</i>.</p>
<b>maladie préexistante</b>	<p>S'entend de tout <i>trouble médical</i> qui existe avant <i>vosre date de départ</i>.</p>
<b>médecin</b>	<p>S'entend d'un médecin habilité à prescrire et à administrer un <i>traitement</i> médical à l'endroit où il fournit les services médicaux et qui est une autre personne que <i>vous</i> ou qu'un membre de <i>vosre famille immédiate</i> ou que <i>vosre compagnon de voyage</i>.</p>

<b>membre de la famille immédiate</b>	<p>S'entend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• du <i>conjoint</i>, du père, de la mère et des beaux-parents, grands-parents, enfants naturels ou adoptés, enfants issus d'une union antérieure ou enfants en tutelle légale, petits-enfants, frères, sœurs, demi-frères, demi-sœurs, tantes, oncles, nièces et neveux de la <i>personne assurée</i>; et</li> <li>• de la belle-mère, du beau-père et des beaux-frères, belles-sœurs, gendres et brus de la <i>personne assurée</i>; et</li> <li>• des grands-parents, beaux-frères et belles-sœurs du <i>conjoint</i> de la <i>personne assurée</i>.</li> </ul>
<b>nous, notre et nos</b>	S'entendent de TD, Compagnie d'assurance-vie.
<b>période de couverture</b>	S'entend de la période s'échelonnant entre <i>votre date de départ</i> et le jour de <i>votre retour de votre voyage couvert</i> . Advenant une <i>urgence médicale</i> , <i>votre période de couverture</i> sera prolongée jusqu'à 72 heures après la fin de l' <i>urgence médicale</i> .
<b>personne assurée</b>	<p>S'entend d'une personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• qui est admissible à l'assurance offerte aux termes du <i>certificat</i>; et</li> <li>• qui est nommée dans la <i>demande</i>; et</li> <li>• pour laquelle la prime requise a été payée; et</li> <li>• pour laquelle une assurance a été émise en conformité avec le <i>certificat</i>.</li> </ul>
<b>police collective</b>	S'entend de la police collective T1002 émise par <i>nous</i> pour La Banque Toronto-Dominion.
<b>RAMG (régime d'assurance-maladie gouvernemental)</b>	S'entend du régime d'assurance-maladie gouvernemental d'une province ou d'un territoire au Canada.
<b>résident du Canada et/ou résident canadien</b>	<p>S'entend de toute personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• qui a vécu au Canada au moins 183 jours au total (pas nécessairement consécutifs) au cours de l'année précédente; ou</li> <li>• qui est membre des Forces canadiennes.</li> </ul>
<b>stable</b>	<p>Signifie que, pour tout <i>trouble médical</i> ou trouble connexe, sauf une <i>affection bénigne</i>, il n'y a pas eu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de nouveaux symptômes ni de symptômes plus fréquents ou plus sévères; ou</li> <li>• de nouveaux tests montrant une détérioration; ou</li> <li>• d'<i>hospitalisations</i>; ou</li> <li>• de nouveau <i>traitement</i> ni de nouvelle prise en charge médicale ni de prescription de nouveaux médicaments; ou</li> <li>• de changement dans le <i>traitement</i> ni de changement dans la prise en charge médicale ni de changement dans la prescription de nouveaux médicaments; ou</li> <li>• de chirurgie en attente, de renvoi à un spécialiste ni aucun autre <i>traitement</i>.</li> </ul> <p>REMARQUE : Les exceptions suivantes sont considérées comme <i>stables</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'ajustement de routine de Coumadin, de warfarine ou d'insuline (du moment qu'ils ne fassent pas l'objet d'une nouvelle prescription ou que leur administration ne soit pas cessée) et il n'y a pas eu de changement dans <i>votre trouble médical</i>; ou</li> <li>• tout changement d'un médicament de marque pour un médicament générique dont les doses sont les mêmes.</li> </ul>
<b>titulaire du certificat</b>	S'entend du client du Groupe Banque TD dont la demande de souscription au régime d'assurance annuelle a été acceptée.
<b>traitement ou traité</b>	S'entend d'un acte médical prescrit, effectué ou recommandé par un <i>médecin</i> ou un autre professionnel de la santé autorisé pour un <i>trouble médical</i> . Le traitement comprend notamment les médicaments prescrits, les examens et les interventions chirurgicales.

<b>trouble médical</b>	S'entend d'une blessure ou d'une maladie, de toute complication au cours des trente-et-une (31) premières semaines de la grossesse, de tout trouble mental ou affectif, y compris une psychose aiguë, qui nécessite l'admission dans un <i>hôpital</i> .
<b>urgence médicale</b>	S'entend d'une maladie ou d'une blessure imprévisible et qui survient soudainement, et qui nécessite immédiatement un <i>traitement</i> . Une <i>urgence médicale</i> cesse d'exister dès que le dossier examiné par <i>notre administrateur</i> indique qu'aucun autre <i>traitement</i> n'est nécessaire à la destination ou que <i>vous</i> êtes en mesure de regagner <i>votre</i> province ou territoire de résidence afin d'y recevoir d'autres <i>traitements</i> .
<b>vous, votre et vos</b>	S'entendent de la ou des personnes qui sont désignées à titre de <i>personnes assurées</i> dans <i>votre</i> dernière <i>déclaration de couverture</i> à l'égard desquelles <i>nous</i> avons appliqué une couverture et reçu la prime appropriée.
<b>voyage couvert</b>	S'entend de tout voyage : <ul style="list-style-type: none"> <li>• effectué par une <i>personne assurée</i> à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence; et</li> <li>• qui commence et prend fin alors que le régime d'assurance annuelle est en vigueur; et</li> <li>• qui dure tout au plus : <ul style="list-style-type: none"> <li>- neuf (9) jours consécutifs aux termes du régime de 9 jours; ou</li> <li>- dix-sept (17) jours consécutifs aux termes du régime de 17 jours; ou</li> <li>- trente (30) jours consécutifs aux termes du régime de 30 jours; ou</li> <li>- soixante (60) jours consécutifs aux termes du régime de 60 jours.</li> </ul> </li> </ul>

**Le guide de distribution se termine ici.**

## AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

### AVIS DONNÉ PAR UN DISTRIBUTEUR

Article 440 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*

**LA LOI SUR LA DISTRIBUTION DE PRODUITS ET SERVICES FINANCIERS VOUS DONNE DES DROITS IMPORTANTS.**

■ La Loi vous permet de mettre fin au contrat d'assurance que vous venez de signer à l'occasion d'un autre contrat sans pénalité, dans les 10 jours de sa signature. Pour ce faire, vous devez envoyer un avis à l'assureur par courrier recommandé dans ce délai. Vous pouvez à cet effet utiliser le modèle ci-dessous.

■ Malgré l'annulation du contrat d'assurance, le premier contrat conclu demeurera en vigueur. Attention, il est possible que vous perdiez des conditions avantageuses qui vous ont été consenties en raison de l'annulation de cette assurance; informez-vous auprès du distributeur ou consultez votre contrat.

■ Après l'expiration du délai de 10 jours, vous avez la faculté d'annuler l'assurance en tout temps, mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter l'Autorité des marchés financiers au 418-525-0337 ou 1-877-525-0337.

## AVIS DE RÉOLUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

Destinataire : TD, Compagnie d'assurance-vie

P.O. Box 1 TD Centre  
Toronto (Ontario)  
M5K 1A2

Date :

\_\_\_\_\_ (date d'envoi de l'avis)

\_\_\_\_\_ N° de certificat

En vertu de l'article 441 de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*, j'annule le certificat d'assurance émis en vertu de la police collective cadre n° : T1002.

conclu le :

\_\_\_\_\_ (date de la signature du contrat)

à :

\_\_\_\_\_ (lieu de la signature du contrat)

\_\_\_\_\_ (nom du client)

\_\_\_\_\_ (signature du client)

Le distributeur doit remplir cette section au préalable.

Cet avis doit être transmis par courrier recommandé.

Au verso de cet avis doivent être imprimés les articles suivants de la Loi : art. 439, 440, 441, 442 et 443.

439. Un distributeur ne peut assujettir la conclusion d'un contrat à l'obligation pour le client de conclure un contrat d'assurance auprès d'un assureur qu'il indique.

Il ne peut exercer de pressions indues sur le client ou employer des manœuvres dolosives pour l'inciter à se procurer un produit ou un service financier.

440. Un distributeur qui, à l'occasion de la conclusion d'un contrat, amène un client à conclure un contrat d'assurance doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par règlement de l'Autorité, lui indiquant qu'il peut, dans les 10 jours de la signature de ce contrat d'assurance, le résoudre.

441. Un client peut, par avis transmis par courrier recommandé ou certifié, résoudre, dans les 10 jours de sa signature, un contrat d'assurance signé à l'occasion de la conclusion d'un autre contrat.

En cas de résolution de ce contrat, le premier contrat conserve tous ses effets.

442. Un contrat ne peut contenir de dispositions en permettant la modification dans l'éventualité où un client résoudrait ou résilierait un contrat d'assurance conclu à la même occasion.

Toutefois, un tel contrat ne peut prévoir que le client perd pour le reste du terme les conditions plus favorables qui lui sont consenties du fait de la conclusion de plus d'un contrat si le client résout ou résilie avant terme le contrat d'assurance.

443. Un distributeur offrant un financement pour l'achat d'un bien ou d'un service et qui exige que le débiteur souscrive une assurance pour garantir le remboursement du prêt doit lui remettre un avis, rédigé de la façon prévue par règlement de l'Autorité, l'informant qu'il a la faculté de prendre l'assurance auprès de l'assureur et du représentant de son choix pourvu que l'assurance souscrite soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables. Il ne peut assujettir la conclusion d'un contrat de crédit à un contrat d'assurance avec un assureur qu'il indique.

Un contrat de crédit ne peut stipuler qu'il est conclu sous la condition que le contrat d'assurance pris auprès d'un tel assureur demeure en vigueur jusqu'à l'échéance du terme ni que la fin d'une telle assurance fait encourir au débiteur la déchéance du terme ou la réduction des droits.

Un débiteur n'encourt pas la déchéance de ses droits en vertu du contrat de crédit lorsqu'il résout ou résilie ce contrat d'assurance ou met fin à son adhésion pourvu qu'il ait alors souscrit une assurance auprès d'un autre assureur qui soit à la satisfaction du créancier qui ne peut la refuser sans motifs raisonnables.

