



TD Assurance

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

Nom du produit d'assurance

Assurance médicale de voyage – Régime d'assurance occasionnelle

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
1350, boulevard René-Lévesque Ouest, 6^e étage
Montréal (Québec) H3G 1T4
Téléphone : 1-888-983-7070
Télécopieur : 1-866-534-5534

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	2
Nature de l' <i>assurance soins médicaux d'urgence</i>	2
Résumé des caractéristiques particulières	3
Admissibilité	3
Assurance individuelle	3
Assurance pour deux personnes	3
Assurance familiale	4
Couverture prolongée	4
Cas exigeant un questionnaire médical et obligations importantes	4
Date d'entrée en vigueur de l'assurance médicale de voyage	5
Preuve d'assurance	5
Renouvellement et fin de l'assurance	5
Description des risques couverts et des indemnités	5
Assurance soins médicaux d'urgence	5
<i>Période de couverture</i>	5
Risque couvert	5
Frais admissibles aux termes de l' <i>assurance soins médicaux d'urgence</i>	5
Exclusions, restrictions ou réductions propres à l' <i>assurance soins médicaux d'urgence</i>	7
Limites	8
Fausse déclaration	9
Preuve médicale	9
Conditions générales	10
Primes	10
Fin de la couverture d'assurance	10
Résiliation et droit d'examiner ou de résilier l'assurance	11
Autres renseignements	11
Mesures à prendre en cas d'urgence	11
Comment présenter une réclamation?	11
Date limite pour présenter une réclamation	12
Comment communiquer avec <i>notre administrateur</i> ?	12
Réponse de l'assureur	13
Appel de la décision de l'assureur et recours	13
Produits similaires	13
Référence à l'Autorité des marchés financiers	13
Définitions	13

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 l'*assurance soins médicaux d'urgence*

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

Résumé des caractéristiques particulières

Le tableau ci-dessous illustre les indemnités maximales payables aux termes de chaque type d'assurance.

Couverture	Indemnité maximale payable (par personne assurée, par voyage couvert)
Assurance soins médicaux d'urgence et autres indemnités, y compris : <ul style="list-style-type: none"> • Prestation d'hospitalisation • Honoraires de médecin • Services de diagnostic • Ambulance • Appareils médicaux • Retour d'urgence au domicile 	Jusqu'à 2 000 000 \$
Soins infirmiers privés	Jusqu'à 5 000 \$
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>
Retour du véhicule	Jusqu'à 1 000 \$
Rapatriement de la dépouille	Jusqu'à 5 000 \$

Admissibilité

Selon l'âge des personnes à assurer, vous pouvez faire une demande en ligne à tdassurance.com, au téléphone avec notre administrateur ou dans une succursale de TD Canada Trust. Veuillez vous reporter au tableau qui suit pour plus de précisions.

Admissibilité	En personne	En ligne	Au téléphone avec notre administrateur
Comment faire une demande?	Dans toute succursale de TD Canada Trust	tdinsurance.com	Sans frais au 1-800-359-6704 du Canada ou des États-Unis À frais virés au 416-977-5040 de tout autre pays
Clients âgés de moins de 55 ans	Oui	Oui	Oui
Clients âgés de 55 ans et plus	Non	Oui	Oui

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

Trois types de couvertures sont offertes aux termes du régime d'assurance occasionnelle : l'assurance individuelle, l'assurance pour deux personnes et l'assurance familiale.

1. Assurance individuelle

Vous pouvez faire une demande d'assurance individuelle si :

- vous êtes âgé d'au moins 18 ans à la date d'entrée en vigueur de votre régime d'assurance occasionnelle;
- vous êtes un résident du Canada;
- vous êtes couvert par un RAMG;
- vous êtes client du Groupe Banque TD;
- vous vous trouvez au Canada au moment où vous souscrivez la couverture; **ET**
- vous souscrivez l'assurance au plus 240 jours avant la date de départ établie aux termes de votre demande ou de votre dernière déclaration de couverture.

2. Assurance pour deux personnes

Vous pouvez faire une demande d'assurance médicale de voyage au nom de votre conjoint ou de tout compagnon de voyage désigné aux termes du régime d'assurance pour deux personnes si :

- vous faites une demande d'assurance pour deux personnes;
- vous nommez votre conjoint ou le compagnon de voyage dans votre demande; **ET**
- votre conjoint ou le compagnon de voyage remplissent les critères d'admissibilité de l'assurance individuelle sauf :
 - qu'ils ne doivent 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 médicale de voyage pour *votre conjoint et vos enfants à charge* aux termes du régime d'assurance *familiale* si :

- vous faites une demande d'assurance *familiale* ;
- vous nommez *votre conjoint et/ou vos enfants à charge* dans *votre demande* ; **ET**
- ils remplissent les critères d'admissibilité de l'assurance *individuelle* , sauf :
 - qu'ils ne doivent pas être clients du Groupe Banque TD; **ET**
 - que *vos enfants à charge* peuvent être âgés de moins de 18 ans, mais doivent voyager avec *vous* ou *votre conjoint* .

Vous pouvez également faire une demande d'assurance médicale de voyage pour un *enfant à charge* si :

- vous faites une demande d'assurance *individuelle* ;
- vous précisez dans *votre demande* que le *certificat* couvrira l' *enfant à charge* plutôt que *vous* ; **ET**
- *votre enfant à charge* répond aux critères de l'assurance *individuelle* , sauf :
 - qu'il ne doit pas être client du Groupe Banque TD; **ET**
 - qu'il peut être âgé de moins de 18 ans.

4. Couverture prolongée

i. Comment demander la prolongation de *notre* couverture?

Si *vous* avez déjà une assurance médicale de voyage TD, *vous* pouvez demander une prolongation de la période de couverture en communiquant avec *notre administrateur* par téléphone, si chaque *personne assurée* remplit les critères d'admissibilité applicables énoncés dans le présent article, sauf que :

- *vous* ne devez pas vous trouver au Canada au moment de souscrire cette prolongation de couverture; et
- *vous* pouvez faire la demande avant ou après *votre* départ en voyage, 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;
 - *vous* demandez la prolongation avant 23 h 59 (HE) à la date à laquelle la couverture initiale se termine;
 - la durée de *votre voyage couvert* est de un 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* .

ii. Comment demander *notre* prolongation de la couverture si *vous* êtes couvert par un autre assureur

Si *vous* avez une assurance voyage auprès d'un autre assureur et que *vous* souhaitez demander *notre* prolongation de la couverture, *vous* pouvez demander *notre* régime d'assurance occasionnelle **avant** *votre* départ de *votre* province ou territoire de résidence, si :

- *vous* remplissez les critères d'admissibilité de l'assurance *individuelle* ;
- la durée de *votre voyage couvert* est de un 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 pour la prolongation de la couverture avant *votre* départ.

Les modalités, les conditions et les exclusions de *notre certificat* émis à titre de prolongation de la couverture s'appliquent à *vous* .

Cas exigeant un questionnaire médical et obligations importantes

Dans certains cas, une personne qui souhaite souscrire une assurance devra répondre à des questions d'ordre médical afin de déterminer si l'assurance peut lui être accordée. Dans de tels cas, la prime de la couverture d'assurance ou de la prolongation de la couverture 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 ni à la prolongation de la couverture.

Cas exigeant un questionnaire médical

Un questionnaire médical est requis si la personne à assurer est âgée d'au moins 55 ans et si elle souhaite souscrire le régime d'assurance occasionnelle ou demande une prolongation du régime d'assurance occasionnelle.

Vous devez nous informer de tout changement dans *votre état de santé*

Si une *personne assurée* doit remplir un questionnaire médical dans le cadre de la *demande* d'assurance, elle doit communiquer avec *notre administrateur* si son état de santé change de quelque façon que ce soit entre la date de son adhésion et la date de son départ.

REMARQUE :

- La prime minimale pour une prolongation de couverture est de **15 \$**, et le montant sera porté à *votre* carte de crédit; **ET**
- La date de départ compte comme une journée complète.

Date d'entrée en vigueur de l'assurance médicale de voyage

Votre *certificat* entre en vigueur à la *date d'entrée en vigueur* indiquée dans votre *demande* ou dans votre dernière *déclaration de couverture*, si les conditions suivantes sont remplies :

- vous avez demandé de l'assurance;
- toutes les personnes à assurer remplissent les critères d'admissibilité;
- les personnes à assurer qui devaient remplir un questionnaire médical l'ont fait et *notre administrateur* a confirmé qu'elles pouvaient être assurées;
- vous avez payé la prime requise; **ET**
- vous avez reçu la confirmation de l'émission de votre assurance, tel qu'il est expliqué à l'article « Preuve d'assurance » du présent guide de distribution.

Preuve d'assurance

Votre assurance sera confirmée dès que

- vous aurez reçu un *numéro de certificat*; **ET**
- vous aurez reçu une *déclaration de couverture*.

Renouvellement et fin de l'assurance

Votre régime d'assurance occasionnelle ne se renouvellera pas et prendra fin après votre voyage et la fin de votre couverture.

Description des risques couverts et des indemnités

A. Assurance soins médicaux d'urgence

(i) Période de couverture

La *période de couverture* du régime d'assurance occasionnelle commence à la plus tardive des dates suivantes :

- la date de départ prévue de la *personne assurée* indiquée dans la *demande* ou dans la dernière *déclaration de couverture*;
 - la date de départ réelle de la *personne assurée* pour le *voyage couvert*;
- et prend fin à l'une des dates suivantes, selon la première éventualité :
- la date de retour prévue de la *personne assurée* indiquée dans la *demande* ou dans la dernière *déclaration de couverture*;
 - la date de retour réelle de la *personne assurée*;
 - la date de fin du *certificat*.

La *période de couverture* ne prend pas fin si une *personne assurée* retourne temporairement dans sa province ou son territoire de résidence avant la date à laquelle prend fin votre couverture aux termes du régime d'assurance occasionnelle, pourvu que les conditions énoncées ci-après soient respectées :

- la *personne assurée* n'a présenté aucune réclamation aux termes du *certificat* ni ne s'est trouvée dans une situation d'*urgence médicale* au cours du *voyage couvert* ou pendant son retour temporaire dans sa province ou son territoire de résidence;
- il n'y a eu aucun changement quant à une *maladie préexistante* au cours du *voyage couvert* ou pendant le retour temporaire de la *personne assurée* dans sa province ou son territoire de résidence;
- le *trouble médical* de la *personne assurée* n'a pas changé pendant son retour temporaire dans sa province ou son territoire de résidence; **ET** outre ce qui précède,
- la *personne assurée* était apte à poursuivre son *voyage couvert*.

(ii) Risque couvert

Dans le cadre d'un *voyage couvert*, nous paierons 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 paierons 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 « Résumé des caractéristiques particulières », 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.

Les frais admissibles aux termes de l'assurance soins médicaux d'urgence comprennent :

1. Frais d'hospitalisation

2. Honoraires de médecin

3. Soins infirmiers privés

- 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.

4. Services de diagnostic

- frais pour les tests diagnostiques, les tests de laboratoire et les radiographies qui sont :
 - prescrits par le *médecin* traitant; et
 - autorisés au préalable par *notre administrateur*, si les tests comprennent :
 - des examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM);
 - des examens tomodensitométriques (examens TDM);
 - des échogrammes;
 - des échographies; **OU**
 - des techniques diagnostiques effractives, y compris l'angiographie.

5. Ambulance

- frais pour le transport d'urgence dans une ambulance à destination de l'*hôpital* autorisé le plus proche.

6. Ambulance aérienne

- frais pour le transport d'urgence par ambulance aérienne seulement si *notre administrateur* :
 - conclut que l'état physique de la *personne assurée* exclut tout autre moyen de transport;
 - tire cette conclusion avant que le service ne soit fourni;
 - approuve ce service au préalable; **ET**
 - prend les dispositions nécessaires pour ce service.

7. Ordonnances

- remboursement des frais de médicaments sur ordonnance requis pour un *traitement* d'urgence, sauf pour les médicaments brevetés, exclusifs ou expérimentaux et les vitamines.

8. Soins dentaires à la suite d'un accident

- jusqu'à 2 000 \$ pour un *traitement* dentaire qui est :
 - requis pendant la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence*; **ET**
 - requis pour un coup porté à des dents naturelles ou des dents artificielles permanentes à la suite d'un accident causant une *urgence médicale*.Les *traitements* d'urgence requis pour soulager la douleur dentaire sont couverts jusqu'à concurrence de 200 \$.

9. Appareils médicaux

- 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 prescrits par un *médecin* et requis en raison d'une *urgence médicale*.

10. Billet d'avion

- frais supplémentaires engagés pour acheter un billet d'avion aller 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 :
 - par suite d'une *urgence médicale*, *notre administrateur* juge qu'une *personne assurée* doit retourner au Canada pour des raisons médicales; **ET**
 - *notre administrateur* approuve le transport au préalable.

11. Transport jusqu'au chevet du malade

- lorsque la *personne assurée* est *hospitalisée* et devra vraisemblablement demeurer à l'*hôpital* pendant au moins trois jours consécutifs, les frais pour un billet d'avion aller-retour en classe économique à partir du Canada, selon les conditions suivantes :
 - le billet sert au transport du *conjoint*, du père, de la mère, d'un enfant, d'un frère ou d'une sœur de la *personne assurée*; **ET**
 - *notre administrateur* approuve le transport au préalable.

12. Indemnité pour le *compagnon de voyage*

- le montant d'un billet d'avion simple en classe économique si :
 - une *urgence médicale* couverte touche la *personne assurée*;
 - de ce fait, le *compagnon de voyage* prolonge son séjour au-delà de la date de retour prévue; **ET**
 - *notre administrateur* approuve, au préalable, le coût d'un billet d'avion simple en classe économique qui permettra au *compagnon de voyage* de retourner à son lieu de départ.

13. Indemnité pour le *compagnon de chevet*

- jusqu'à 150 \$ par jour en frais de repas et de logement, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ pour une personne, si :
 - *notre administrateur* a approuvé le transport de la personne aux termes de l'indemnité de transport jusqu'au chevet du malade ou de l'indemnité pour le *compagnon de voyage*; **ET**

– *notre administrateur* a approuvé au préalable l'indemnité pour le *compagnon de chevet*.

14. Retour de véhicule

- jusqu'à 1 000 \$ pour les frais engagés pour le retour du véhicule de la *personne assurée* à sa résidence ou, le cas échéant, à l'agence de location de véhicules appropriée la plus proche, si :
 - la *personne assurée* ne peut retourner le véhicule elle-même en raison d'une *urgence médicale* couverte; **ET**
 - *notre administrateur* prend les dispositions nécessaires pour le retour du véhicule.

15. 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; **ET**
- un billet d'avion aller-retour en classe économique si :
 - un *membre de la famille immédiate* doit aller identifier la personne défunte ou recueillir les autorisations nécessaires pour rapatrier sa dépouille; **ET**
 - *notre administrateur* approuve le transport au préalable.

Les frais engagés pour l'achat d'un cercueil ou d'une urne funéraire ne sont pas couverts aux termes de cette indemnité.

(iii) Exclusions, restrictions ou réductions propres à l'assurance soins médicaux d'urgence

ATTENTION

1. Omission de déclaration

- Toute *urgence médicale* doit être déclarée à *notre administrateur* dans les 48 heures qui suivent une *hospitalisation*, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire.
- Si l'*urgence médicale* n'est pas déclarée comme il se doit, l'indemnité maximale payable sera limitée à 80 % des frais admissibles aux termes de l'*assurance soins médicaux d'urgence*, sous réserve d'un maximum de 30 000 \$.

2. Maladie préexistante

Votre exclusion relative aux *maladies préexistantes* est déterminée selon la catégorie de tarif qui vous a été remise lorsque vous avez rempli votre demande d'assurance et votre questionnaire médical (si vous êtes âgé de 55 ans ou plus). Veuillez vous reporter au tableau suivant pour bien comprendre la période pendant laquelle une *maladie préexistante* doit être *stable* pour que vous soyez admissible à une couverture advenant une réclamation.

Catégorie de tarif	Exclusion relative aux <i>maladies préexistantes</i> qui s'applique à vous :
Clients âgés de moins de 55 ans	<i>Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à une urgence médicale</i> qui sont engagés directement ou indirectement par suite de <i>votre 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 90 jours précédant <i>votre départ</i> pour le <i>voyage couvert</i> , <i>votre trouble médical</i> ou un trouble connexe n'était pas <i>stable</i> .
Clients âgés de 55 ans et plus avec la catégorie de tarif A & B	<i>Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à une urgence médicale</i> qui sont engagés directement ou indirectement par suite de <i>votre 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 90 jours précédant <i>votre départ</i> pour le <i>voyage couvert</i> , <i>votre trouble médical</i> ou un trouble connexe n'était pas <i>stable</i> .
Clients âgés de 55 ans et plus avec la catégorie de tarif C & D	<i>Nous ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à une urgence médicale</i> qui sont engagés directement ou indirectement par suite de <i>votre 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 180 jours précédant <i>votre départ</i> pour le <i>voyage couvert</i> , <i>votre trouble médical</i> ou un trouble connexe n'était pas <i>stable</i> .
REMARQUE	
<i>stable</i>	signifie que, pour tout <i>trouble médical</i> ou trouble connexe, sauf une <i>affection bénigne</i> , il n'y a pas eu : <ul style="list-style-type: none">■ de nouveaux symptômes ni de symptômes plus fréquents ou plus sévères;■ de nouveaux tests montrant une détérioration;■ d'<i>hospitalisations</i>;■ de nouveau <i>traitement</i> ni de nouvelle prise en charge médicale ni de prescription de nouveaux médicaments;■ de changement dans le <i>traitement</i> ni de changement dans la prise en charge médicale ni dans la prescription de nouveaux médicaments;■ de chirurgie en attente, de renvoi à un spécialiste ni aucun autre <i>traitement</i>. Les exceptions suivantes NE sont PAS considérées comme instables : <ul style="list-style-type: none">■ 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 votre <i>trouble médical</i> ; ■ tout changement d'un médicament de marque pour un médicament générique dont les doses sont les mêmes.
<i>affection bénigne</i>	signifie une blessure ou une maladie qui ne requiert pas : ■ la prise de médicaments pendant plus de 15 jours; ■ plus d'une visite de suivi auprès d'un <i>médecin</i> ni une <i>hospitalisation</i> , une intervention chirurgicale ou le renvoi à un spécialiste; et ■ qui prend fin au moins 30 jours consécutifs avant la date de départ du voyage. REMARQUE : Une maladie chronique ou les complications découlant d'une maladie chronique ne sont pas considérées comme des <i>affections bénignes</i> .

3. Troubles raisonnablement prévisibles

- Aucune indemnité ne sera versée relativement à une maladie, à une blessure accidentelle ou à une *urgence médicale* qui était raisonnablement prévisible :
 - lorsque la *personne assurée* a entrepris le *voyage couvert*; **OU**
 - à la date de souscription d'une prolongation de couverture, si *vous* l'avez souscrite après la date de départ.

4. Urgence médicale en dehors de la période de couverture

- Aucune indemnité ne sera versée à l'égard d'une *urgence médicale* qui survient avant ou après la *période de couverture*.

5. 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.

6. Récurrence

- Une *urgence médicale* est réputée terminée dès que le dossier médical indique que la *personne assurée* est en mesure de regagner sa province ou son territoire de résidence. Aucune indemnité ne sera versée en raison d'une maladie qui a entraîné une *urgence médicale* si les frais correspondants sont engagés après ce moment.

7. Défaut d'obtenir une approbation préalable

- En ce qui concerne les frais admissibles qui doivent être préalablement approuvés par *notre administrateur*, aucune indemnité ne sera versée si l'approbation préalable n'a pas été obtenue.
- Aucune indemnité ne sera versée pour toute chirurgie ou toute intervention effractive qui n'a pas été approuvée à l'avance par *notre administrateur*, sauf dans les situations extrêmes mettant la vie en danger où une demande d'approbation préalable retarderait une chirurgie nécessaire.

8. Services non urgents

- Aucune indemnité ne sera versée pour tout service médical facultatif, expérimental ou non urgent, y compris tout *traitement*, toute chirurgie ou tout médicament pour lesquels, selon le dossier médical, la *personne assurée* aurait pu attendre son retour au Canada.

9. Tous les paiements et toutes les garanties de paiement sont assujettis aux conditions du *certificat*, y compris les limites et les exclusions.

10. Si un montant a été payé par anticipation pour des frais et que *nous* découvrons ultérieurement que ceux-ci n'étaient pas couverts aux termes du *certificat*, la *personne assurée* doit *nous* le rembourser.

REMARQUE : Le jour du départ compte comme une journée complète à cet égard.

ATTENTION

Veuillez *vous* reporter à l'article approprié pour plus de renseignements sur les exclusions, restrictions ou réductions particulières qui s'appliquent à une couverture précise. En outre, les dispositions suivantes s'appliquent à toutes les couvertures :

1. Aucune indemnité ne sera versée pour des traitements, des services ou des frais liés aux éléments ci-après ou qui en résultent :

■ Grossesse

- toute grossesse ou tout accouchement survenant dans les neuf semaines précédant la date d'accouchement prévue;

- toute complication, liée à une grossesse, qui survient dans les neuf semaines précédant la date d'accouchement prévue ou qui survient après cette date;
- tout enfant né pendant le *voyage couvert* en cause.

■ **Automutilation volontaire**

- 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*.

■ **Omission de prendre des médicaments**

- toute omission de prendre des médicaments prescrits par le *médecin* de la *personne assurée*.

■ **Abus d'alcool, de médicaments ou de drogues**

- tout abus de médicaments ou d'alcool, ou toute utilisation de drogues illicites.

■ **Crime**

- la participation à une infraction criminelle.

■ **Sports professionnels ou épreuve de course**

- la pratique d'un sport à un niveau professionnel, ou la participation à une course ou à une épreuve de vitesse organisée.

■ **Guerre ou terrorisme**

- tout acte de guerre, qu'elle soit déclarée ou non, tout acte d'hostilité ou de guerre en temps de paix ou de guerre, toute insurrection, révolte, révolution, guerre civile ou tout détournement ou acte de terrorisme.

■ **Troubles mentaux**

- tout trouble mental, nerveux ou affectif, y compris toute *urgence médicale* découlant de tels troubles.

■ **Activités dangereuses**

- la plongée récréative en scaphandre autonome (à moins que la *personne assurée* ne détienne un certificat de plongée en scaphandre autonome de niveau élémentaire, conféré par une école agréée ou un organisme d'attribution de permis), l'alpinisme, le saut à l'élastique, le parachutisme, la paravoile, la spéléologie, le deltaplane, la chute libre ou toute activité aérienne dans un aéronef autre qu'un aéronef de passagers pour lequel un certificat de navigabilité valide a été délivré.

■ **Avis aux voyageurs**

- un voyage dans un pays pour lequel le gouvernement canadien avait émis un avis aux voyageurs, lequel est entré immédiatement en vigueur, avant le début de la *période de couverture* de la protection en cause.

2. Votre certificat sera nul et non avenu, et aucune indemnité ne sera versée aux termes de ce dernier, dans les cas suivants :

■ **Fausse déclaration**

- tout *trouble médical* pour lequel *nous* ou *notre administrateur* avons reçu de *votre* part ou de la part d'une *personne assurée* des renseignements faux ou inexacts en ce qui a trait au diagnostic, aux *hospitalisations*, aux *traitements* ou aux médicaments.

■ **Vous devez nous informer de tout changement dans votre état de santé**

Si une *personne assurée* doit remplir un questionnaire médical, elle doit communiquer avec *notre administrateur* si son *trouble médical* change et/ou n'est pas *stable* entre la date de son adhésion et la date de son départ. Si *vous* ne savez pas si *vous* devez *nous* informer du changement dans *votre* état de santé, veuillez communiquer avec *notre administrateur* pour obtenir de l'aide.

Nous pouvons **résilier** le *certificat* et *nous* ne verserons aucune indemnité aux termes de celui-ci, si la *personne assurée* omet de communiquer avec *notre administrateur* de la manière exigée.

3. Preuve médicale

Modification ou résiliation de la couverture en raison d'un changement dans un *trouble médical*

Lorsqu'une preuve médicale est requise, *notre* décision d'assurer une personne et les raisons qui la motivent dépendent de l'état de santé de la *personne assurée* à la date de son départ pour le *voyage couvert*. Par conséquent, si le *trouble médical* de la personne assurée change et/ou n'est pas *stable*, tel qu'il est décrit ci-dessus à la rubrique « *Vous devez nous informer de tout changement dans votre état de santé* », avant que le *voyage couvert* ne commence, *nous* pouvons :

- résilier l'assurance de la *personne assurée* pour ce *voyage couvert*; ou
- exiger une prime plus élevée de la *personne assurée* pour le *voyage couvert*.

Si *vous* n'avez pas payé la prime supplémentaire à la date du départ de la *personne assurée*, nous résilierons l'assurance de la *personne assurée* pour le *voyage couvert*. Si nous résilions l'assurance aux termes de la présente clause, nous rembourserons toute prime qui a été payée pour la couverture résiliée.

4. Conditions générales

■ Examen

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

■ Subrogation

- Nous avons pleins droits de subrogation, y compris le droit de poursuivre, à nos frais, au nom de la *personne assurée*, des tiers pouvant être responsables d'une réclamation ou du versement d'une indemnité semblable à celles aux termes du *certificat*.
- Vous, ainsi que la *personne assurée*, devez nous fournir toute l'aide raisonnablement requise pour faire valoir nos droits et recours, y compris la signature de tous les documents nous permettant d'intenter une poursuite en votre nom ou au nom de la *personne assurée*, selon le cas.

■ Autre assurance

- L'ensemble des indemnités payables aux termes de toute assurance, qu'elle soit offerte par nous ou par un autre assureur, à l'égard d'une réclamation, ne peut dépasser les frais réels engagés en lien avec la réclamation. Si une personne qui est assurée aux termes du *certificat* 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.

■ 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.

■ Fausse réclamation

- Si vous ou une *personne assurée* faites une réclamation en la sachant fausse ou frauduleuse à quelque égard que ce soit, ni vous ni la *personne assurée* n'aurez droit à une indemnité au titre de la présente protection, ni à un paiement relatif à une réclamation aux termes de la *police collective*.

■ Devise

- Tous les montants indiqués sont en dollars canadiens.

■ Accès aux soins médicaux

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

Primes

Si une personne à assurer doit remplir un questionnaire médical, tel qu'il est décrit à l'article « Admissibilité » du présent guide de distribution, les primes du *certificat* seront établies en fonction :

- des renseignements médicaux fournis lorsque vous faites votre demande en ligne à tdassurance.com ou par téléphone en appelant notre administrateur; ET
- de la durée de votre voyage couvert.

Autrement, les primes seront fondées sur :

- l'âge de la personne la plus âgée à assurer aux termes du *certificat* :
 - à la date d'entrée en vigueur de votre *certificat*;
 - pendant la durée de votre voyage couvert; ET
- notre barème de primes alors en vigueur pour le type d'assurance demandé.

REMARQUE : La date de départ compte comme une journée complète.

Fin de la couverture d'assurance

- Votre *certificat* prendra fin à l'une des dates suivantes, selon la première éventualité :
 - la date de retour prévue indiquée dans votre demande ou, le cas échéant, dans la dernière déclaration de couverture;

- la date à laquelle la dernière *personne assurée* aux termes du *certificat* retourne dans sa province ou son territoire de résidence après le *voyage couvert*;
- la date à laquelle la dernière *personne assurée* aux termes du *certificat* cesse d'être admissible à la couverture;
- la date à laquelle l'assurance de la dernière *personne assurée* aux termes du *certificat* est résiliée en raison d'un changement dans son *trouble médical* avant son départ pour le *voyage couvert*; **ET**
- la date à laquelle *vo*tre demande de résiliation du *certificat* entre en vigueur.

REMARQUE : Si une *personne assurée* se trouve dans une situation d'*urgence médicale* à la date à laquelle *vo*tre *certificat* prendrait autrement fin pour un motif autre que la résiliation, la durée du *certificat* est automatiquement prolongée jusqu'à 72 heures après la fin de l'*urgence médicale* en question.

Résiliation et droit d'examiner ou de résilier l'assurance

Toutes les demandes de résiliation du régime d'assurance occasionnelle doivent être présentées à *notre administrateur*, que ce soit par écrit ou par téléphone. Dans le tableau qui suit, il est expliqué comment et quand le régime d'assurance occasionnelle peut être résilié.

REMARQUE : Aucune indemnité ne sera versée aux termes du *certificat* en cas de sinistre après la fin de l'assurance ou aux termes de tout *certificat* dont *vo*us avez demandé la résiliation.

Comment résilier le régime?	Quand résilier le régime?	Remboursement de la prime/Frais
par téléphone – la résiliation prend effet à la date de <i>vo</i> tre appel, ou	Avant la date de départ figurant dans <i>vo</i> tre demande ou <i>vo</i> tre déclaration de couverture.	Remboursement intégral
au moyen d'une demande écrite, envoyée par la poste – la résiliation prend effet à la date d'oblitération postale de <i>vo</i> tre demande.	Après la date de départ et <u>aucune réclamation</u> n'a été présentée.	Remboursement au prorata, déduction faite de frais d'administration de 15 \$.

Autres renseignements

Afin d'obtenir d'autres renseignements à propos de l'assurance médicale de voyage, *vo*us pouvez :

- communiquer avec le service à la clientèle de *notre administrateur*; veuillez *vo*us reporter à l'article « Comment communiquer avec *notre administrateur*? » du présent guide de distribution pour en savoir plus; **OU**
- consulter le *certificat* d'assurance médicale de voyage en ligne à l'adresse **tdassurance.com/voyage**.

Mesures à prendre en cas d'urgence

Toutes les urgences doivent être signalées immédiatement à *notre administrateur*, ce qui comprend les *urgences médicales*.

Si *vo*us ne communiquez pas avec *notre administrateur* rapidement, il est possible que les indemnités soit réduites ou refusées.

En cas d'urgence médicale

*Vo*us devez appeler *notre administrateur* immédiatement, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Sinon, les indemnités seront limitées, tel qu'il est décrit à la rubrique « Exclusions, restrictions ou réductions propres à l'assurance soins médicaux d'urgence » de l'article « Description des risques couverts et des indemnités » du présent guide de distribution.

Certains frais seront couverts seulement si *notre administrateur* les approuve au préalable.

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* paiera le fournisseur de services médicaux ou prendra les dispositions nécessaires pour le paiement de ce dernier. *Notre administrateur* gèrera l'*urgence médicale* de la *personne assurée*, 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. La personne assurée recevra le remboursement des frais admissibles qu'elle aura payés, tel qu'il est décrit dans le présent guide de distribution, une fois qu'elle aura présenté une réclamation et que celle-ci aura été approuvée.

Comment présenter une réclamation?

En cas d'urgence médicale

Si *vo*us souhaitez présenter une réclamation relativement à une *urgence médicale*, conformément aux exigences énumérées à l'article 14, « 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 *vo*tre part ou d'un autre régime d'assurance;
- les reçus détaillés originaux pour l'ensemble des factures;
- une preuve de voyage (y compris les dates de départ et de retour);

- 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;
- 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* n'avez pas présenté la réclamation immédiatement, tel qu'il est exigé :

Si une *personne assurée* engage des frais admissibles aux termes de l'*assurance soins médicaux d'urgence*, sans avoir communiqué avec *notre administrateur* pour obtenir son aide et ses services de gestion de réclamations, elle doit d'abord présenter les reçus et autres preuves :

- au *RAMG*;
- 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*, les régimes ou les assureurs devront alors être réclamés à *notre administrateur* avec les preuves de réclamation, les reçus et les relevés de paiement. Dans ce cas, veuillez *vous* procurer des formulaires de réclamation auprès des représentants du service à la clientèle de *notre administrateur*, en composant le numéro indiqué à l'article « Comment communiquer avec *notre administrateur*? ».

En outre, la *personne assurée* sera tenue de fournir une preuve indiquant la date réelle de son départ de sa province ou de son territoire de résidence. Il peut s'agir, notamment :

- d'un itinéraire de vol;
- de reçus d'essence; **OU**
- de reçus de péage.

Si *vous* avez présenté la réclamation immédiatement, tel qu'il est exigé :

Si des frais d'*hospitalisation* ou d'autres frais médicaux ont été payés par *notre administrateur* ou que celui-ci a pris des arrangements à cet effet au nom de la *personne assurée*, alors *vous* et, le cas échéant, la *personne assurée* devrez signer un formulaire d'autorisation permettant à *notre administrateur* de recouvrer ces sommes :

- auprès du *RAMG* de la *personne assurée*;
- au titre de tout autre régime d'assurance maladie ou de toute autre police d'assurance;
- au moyen de droits de subrogation contre toute tierce partie responsable.

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

En outre, la *personne assurée* sera tenue :

- de fournir une preuve indiquant la date réelle de son départ de sa province ou de son territoire de résidence;
- de confirmer, sur demande, les dates de tout voyage de retour dans sa province ou son territoire de résidence.

Date limite pour présenter une réclamation

Les formulaires de réclamation pertinents ainsi qu'une preuve de sinistre écrite doivent être fournis dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais dans tous les cas dans un délai de un (1) an à compter de la date à laquelle le sinistre s'est produit ou de la date à laquelle une réclamation est déposée aux termes du *certificat*.

Comment communiquer avec *notre administrateur*?

Ligne d'assistance d'urgence 24 h

Pour déclarer une *urgence médicale*, *vous* pouvez appeler *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.

Vous pouvez également composer ces numéros pour demander une prolongation de la couverture pour un *voyage couvert*.

Service à la clientèle

Pour acheter de l'assurance, *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**.

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 poster *votre* demande à :

Objet : TD Assurance – Assurance médicale de voyage

Allianz Global Assistance

P.O. Box 277

Waterloo (Ontario) N2J 4A4

Télécopieur : 519-742-9471

Réponse de l'assureur

Nous vous informons de l'approbation de *vo*tre réclamation environ 60 jours ouvrables après réception de tous les documents et renseignements nécessaires à la prise de cette décision. Une fois que la preuve nécessaire aura été reçue et que *vo*tre réclamation aura été approuvée, l'assureur effectuera le paiement dans les 30 jours. *Nous* vous informons du refus de la réclamation ainsi que des motifs de ce refus dans les 60 jours ouvrables environ, à compter de la réception de tous les documents et renseignements nécessaires à la prise de cette décision.

Appel de la décision de l'assureur et recours

Si *vo*tre 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 *vo*tre 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^e 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**

Courriel : information@lautorite.qc.ca

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

Définitions

Les termes et les expressions définis sont présentés en italique dans le présent guide de distribution.

administrateur s'entend de l'entreprise que *nous* 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 *police collective*.

affection bénigne s'entend d'une blessure ou d'une maladie qui ne requiert pas :

- la prise de médicaments pendant plus de 15 jours;
- plus d'une visite de suivi auprès d'un *médecin* ni une *hospitalisation*, une intervention chirurgicale ou le renvoi à un spécialiste; et
- qui prend fin au moins 30 jours consécutifs avant la date de départ du voyage.

REMARQUE : Une maladie chronique ou les complications découlant d'une maladie chronique ne sont pas considérées comme des *affections bénignes*.

assurance familiale s'entend de la couverture aux termes du *certificat* pour *vous*, *vo*tre conjoint et, le cas échéant, *vos enfants à charge*.

assurance individuelle s'entend de l'assurance pour une seule personne, soit :

- *vous*; **OU**
- *vo*tre ou *vos enfants à charge* âgés de moins de 18 ans, si une mention en ce sens figure dans la *demande*.

assurance pour deux personnes s'entend de la couverture aux termes du *certificat* pour *vous* et un *compagnon de voyage* désigné.

certificat s'entend du certificat d'assurance.

compagnon de chevet s'entend de la personne que *vous* choisissez pour être présente avec *vous* dans *vo*tre chambre lorsque *vous* êtes *hospitalisé* pendant *vo*tre voyage.

compagnon de voyage s'entend de toute personne qui voyage avec *vous* pendant le *voyage couvert* et qui partage le transport et/ou l'hébergement avec *vous*.

conjoint s'entend :

- de la personne qui est légalement mariée à la *personne assurée*; **OU**
- de la personne qui vit avec la *personne assurée* depuis au moins un an et qui est reconnue publiquement comme son conjoint de fait.

date d'entrée en vigueur s'entend de la date à laquelle *vo*tre *certificat* entre en vigueur et correspond à la date du départ précisée dans *vo*tre *demande* ou *vo*tre dernière *déclaration de couverture*.

déclaration de couverture s'entend du document que *vous* recevez lorsque *vous* présentez une demande en succursale, en ligne ou par téléphone afin d'obtenir une nouvelle couverture ou une couverture supplémentaire aux termes de la police collective. Elle inclut *votre numéro de certificat* et confirme la couverture que *vous* avez souscrite.

demande s'entend :

- de la série de questions qui fait partie de *votre demande* et qui est remise en *votre* nom lorsque *vous* présentez une demande d'assurance à une succursale TD Canada Trust ou par téléphone; ou
- de la page d'adhésion que *vous* avez remplie en ligne; ou
- de la série de questions d'ordre médical qui fait partie de *votre demande* dans le cas d'une souscription en ligne ou par téléphone ainsi que des réponses que *vous* avez données à ces questions.

La *demande* qui sert à établir *votre* admissibilité au régime d'assurance comprend également toute question posée et toute réponse donnée relativement à une demande de prolongation d'une *période de couverture*. La *demande* fait partie de *votre* contrat d'assurance et est utilisée aux fins de traitement de *votre* demande d'assurance.

dollars et **\$** s'entendent des dollars canadiens.

enfants à charge s'entend de vos enfants naturels, adoptés ou issus d'une union antérieure :

- qui ne sont pas mariés;
- dont *vous* assurez entièrement la subsistance, et qui sont :
 - âgés de moins de 22 ans; **OU**
 - âgés de moins de 26 ans et qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement supérieur au Canada; ou
- qui sont atteints d'une déficience mentale ou physique.

REMARQUE : Un enfant qui naît pendant que sa mère effectue un *voyage couvert* à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence n'est pas considéré comme un *enfant à charge* et ne sera pas assuré dans le cadre de ce voyage.

frais raisonnables s'entend des frais engagés relativement à une *urgence médicale* qui sont comparables aux frais exigés par d'autres fournisseurs dans la même région pour des *traitements*, des services ou des fournitures comparables.

frais raisonnables et d'usage s'entend des frais qui ne dépassent pas le seuil général des frais exigés par d'autres fournisseurs de même profession dans la région où les frais sont engagés, pour des *traitements*, des services ou des fournitures comparables se rapportant à une *urgence médicale* similaire.

hôpital s'entend :

- d'un établissement habilité par les autorités compétentes à offrir des services médicaux aux malades *hospitalisés* ainsi que des services ambulatoires et des services de soins d'urgence; ou
- de l'établissement médical approprié le plus près qui a été autorisé au préalable par *notre administrateur*.

REMARQUE : Cette définition ne comprend pas les établissements pour malades chroniques, les maisons de convalescence et les maisons de soins infirmiers.

hospitalisation ou **hospitalisé** s'entend du malade hospitalisé dans un *hôpital*.

maladie préexistante s'entend d'un *trouble médical* qui existait avant *votre date d'entrée en vigueur*.

médecin s'entend du médecin ou du chirurgien qui détient les autorisations et permis nécessaires pour pratiquer la médecine dans le territoire où il fournit des services de consultation ou des *traitements* médicaux, et qui n'est pas un parent par le sang ni un parent par alliance d'une *personne assurée* aux termes du *certificat*.

membre de la famille immédiate s'entend :

- du conjoint, 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 *personne assurée*; et
- de la belle-mère, du beau-père et des beaux-frères, belles-sœurs, gendres et brus de la *personne assurée*; et
- des grands-parents, beaux-frères et belles-sœurs du conjoint de la *personne assurée*.

nous, nos et **notre** s'entendent de TD, Compagnie d'assurance-vie.

numéro de certificat s'entend du numéro d'identification unique que *vous* recevez lorsque *vous* souscrivez la présente assurance.

période de couverture s'entend de la période s'échelonnant entre la *date d'entrée en vigueur* de *votre certificat* et la date de retour indiquée dans *votre demande* ou *votre dernière déclaration de couverture*. Advenant une *urgence médicale*, *votre période de couverture* sera prolongée jusqu'à 72 heures après la fin de l'*urgence médicale*.

personne assurée s'entend de toute personne :

- qui est admissible à l'assurance offerte aux termes du *certificat*;
- qui est nommée dans la *demande*;
- pour laquelle la prime requise a été payée; **ET**
- pour laquelle une assurance a été émise en conformité avec le *certificat*.

régime d'assurance maladie gouvernemental (RAMG) s'entend du régime d'assurance maladie gouvernemental d'une province ou d'un territoire au Canada.

résident canadien et/ou **résident du Canada** s'entend de toute personne :

- qui a vécu au Canada au moins 183 jours au total (pas nécessairement consécutifs) au cours de l'année précédente; ou
- qui est membre des Forces canadiennes.

Pour obtenir plus de précisions, veuillez visiter le site Web de l'Agence du revenu du Canada.

stable signifie que, pour tout *trouble médical* ou trouble connexe, sauf une affection bénigne, il n'y a pas eu :

- de nouveaux symptômes ni de symptômes plus fréquents ou plus sévères;
 - de nouveaux tests montrant une détérioration;
 - d'*hospitalisations*;
 - de nouveau *traitement* ni de nouvelle prise en charge médicale ni de prescription de nouveaux médicaments;
 - de changement dans le *traitement* ni de changement dans la prise en charge médicale ni dans la prescription de nouveaux médicaments;
 - de chirurgie en attente, de renvoi à un spécialiste ni aucun autre *traitement*.
- Les exceptions suivantes NE sont PAS considérées comme instables :
- 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 votre *trouble médical*;
 - tout changement d'un médicament de marque pour un médicament générique dont les doses sont les mêmes.

titulaire du certificat s'entend du client du Groupe Banque TD dont la demande de souscription d'une assurance individuelle, d'une assurance pour deux personnes ou d'une assurance familiale a été acceptée aux termes du régime d'assurance occasionnelle.

traité ou **traitement** s'entend de tout acte médical, thérapeutique ou diagnostique prescrit, effectué ou recommandé par un médecin, notamment les médicaments prescrits ou non prescrits, les examens et les chirurgies. Le terme « *traitement* » n'englobe pas l'utilisation inchangée de médicaments prescrits pour un *trouble médical stable*.

trouble médical 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 requiert l'admission dans un *hôpital*.

urgence médicale s'entend de toute maladie imprévue ou blessure corporelle accidentelle qui survient pendant un *voyage couvert* et qui nécessite immédiatement un *traitement* médical d'urgence de la part d'un *médecin*.

vous, vos et **votre** s'entendent de la ou des personnes qui sont désignées à titre de *personnes assurées* dans votre dernière *déclaration de couverture* à l'égard desquelles *nous* avons appliqué une couverture et reçu la prime appropriée.

voyage couvert s'entend de tout voyage

- effectué par une *personne assurée* à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence;
- qui commence à la date de départ et qui prend fin à la date de retour indiquée dans la *demande* ou votre dernière *déclaration de couverture*; **ET**
- dont la durée est de un 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.

Votre guide de distribution se termine ici.



531193 (0916)