



## Sommaire du produit

### Assurance médicale de voyage TD - Régime d'assurance séjour prolongé 55+

**Note** : Les termes définis sont en italique et figurent dans la rubrique « Définitions » du certificat d'assurance (le « certificat »).

Le présent sommaire du produit offre un aperçu des caractéristiques et des avantages de la présente assurance. Les modalités et les conditions de cette assurance figurent dans le *certificat* et les polices d'assurance collective qui la régissent.

#### Qu'est-ce qui est compris dans la présente assurance?

Le régime d'assurance séjour prolongé 55+ (le « régime ») est une assurance voyage collective facultative qui peut payer une indemnité si une *personne assurée* de plus de 55 ans fait l'objet d'une *urgence médicale* admissible au cours d'un *voyage assuré*.

#### Les indemnités offertes

L'assurance *soins médicaux d'urgence* en voyage offre des indemnités aux voyageurs lors d'urgences médicales ayant lieu à l'extérieur de leur province ou de leur pays de résidence qui comprennent ce qui suit :

Couverture	Indemnité maximale payable (par <i>personne assurée</i> , par <i>voyage assuré</i> )
Assurance <i>soins médicaux d'urgence</i> et autres indemnités, y compris : <ul style="list-style-type: none"><li>• Indemnité pour <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'urgence au domicile</li></ul>	Jusqu'à 5 000 000 \$
Soins infirmiers privés	Jusqu'à 5 000 \$
Honoraires professionnels (physiothérapeute, chiropraticien, etc.)	Jusqu'à 300 \$ par profession
Soins pour blessures dentaires accidentelles	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>	Prix d'un billet d'avion aller simple en classe économique
Repas et hébergement	Jusqu'à 3 500 \$
Frais d' <i>hôpitaux</i> accessoires	Jusqu'à 500 \$
Rapatriement et accompagnement d' <i>enfants à charge</i>	Aller simple par avion en classe économique et accompagnateur, si la compagnie aérienne l'exige
Rapatriement d'animaux de compagnie	Jusqu'à 500 \$
Retour du véhicule	Jusqu'à 2 000 \$
Rapatriement de la dépouille	Jusqu'à 10 000 \$

**Note** : Trois options sont offertes à l'égard de chaque garantie présentée ci-dessus : l'assurance individuelle, l'assurance pour deux personnes et l'assurance familiale. De plus, *vous* pouvez modifier *votre* couverture existante ou demander son option complémentaire en communiquant avec *notre administrateur* par téléphone, si chaque *personne assurée* remplit les critères d'admissibilité applicables. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez *vous* reporter aux articles « Restrictions relatives à toutes les indemnités » et « Conditions générales » de *votre certificat*.

#### Qui peut adhérer au régime?

*Vous* pouvez présenter une proposition si *vous* :

- êtes âgé d'au moins 55 ans à la *date d'entrée en vigueur* de *votre* régime; et
- êtes un *résident du Canada*; et
- êtes couvert par un RAMG ou un régime d'assurance-maladie valide au Canada destiné aux membres des Forces armées canadiennes et aux *membres de leurs familles immédiates*; et
- êtes un client du Groupe Banque TD, ou le *conjoint* ou un *enfant à charge* d'un client du Groupe Banque TD; et
- *vous* trouvez au Canada au moment où *vous* souscrivez la couverture; et
- avez répondu aux questions d'ordre médical visant à établir si *vous* êtes admissible à la présente couverture (lorsque le processus de proposition l'exige); et
- souscrivez la présente couverture dans les 120 jours avant la *date d'entrée en vigueur* de *votre* police; et
- la durée de *votre voyage assuré* est d'au moins 30 jours jusqu'au nombre maximal de jours autorisé aux termes de *votre RAMG* pour les voyages à l'extérieur du Canada.

## Combien le régime coûte-t-il?

Les primes seront calculées en fonction :

- de l'âge de la personne la plus âgée devant être assurée aux termes de  *votre certificat*  à compter de la  *date d'entrée en vigueur de votre certificat* ; et
- de  *notre*  tarification en vigueur au moment de  *votre proposition* ; et
- de la durée de  *votre voyage assuré* ; et
- du type d'assurance que  *vous*  souscrivez (l'assurance individuelle, l'assurance pour deux personnes ou l'assurance familiale).

Si  *vous*  êtes tenu de remplir le questionnaire médical dans le cadre de  *votre proposition* , vos primes seront déterminées selon ce qui est indiqué dans vos réponses aux questions. La prime minimale applicable à la souscription de l'option complémentaire dans le cadre du régime est de 15 \$.

**Note** : Les taux des primes peuvent être modifiés sans préavis.

Par exemple, si aucun questionnaire médical n'est requis, les primes d'un voyage de 8 jours pour une personne seule âgée de 55 ans seraient de 48 \$\*. Veuillez consulter le tableau ci-après pour obtenir des exemples de tarification applicables aux options de couverture du régime d'assurance séjour prolongé 55+ :

Âge de la <i> personne assurée la plus âgée </i> : 55			
Durée du <i> voyage assuré </i>	Régime d'assurance séjour prolongé 55+ : assurance individuelle	Régime d'assurance séjour prolongé 55+ : assurance pour deux personnes	Régime d'assurance séjour prolongé 55+ : assurance familiale
8 jours	48,00 \$	86,00 \$	96,00 \$

\* Les exemples de primes sont donnés à titre d'illustration uniquement et reposent sur la tarification en vigueur au mois de décembre 2019, laquelle peut faire l'objet de modification.

## Limites et exclusions

La présente assurance comprend des limites et des exclusions (p. ex. les  *problèmes de santé*  qui ne sont pas  *stables* , la grossesse, un enfant né au cours du voyage, l'abus de l'alcool, les activités à risque élevé, etc.). Il est possible que la présente assurance ne couvre pas des réclamations liées aux  *maladies préexistantes*  (par exemple, les troubles cardiaques, l'hypertension artérielle, l'arthrite, etc.), qu'elles soient divulguées au moment de la souscription ou non. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez  *vous*  reporter aux articles « Restrictions relatives à toutes les indemnités » et « Conditions générales » de  *votre certificat* .

## Fausse déclaration

Lorsque  *vous*  faites affaire avec  *nous* , vos réponses doivent être exactes et exhaustives en tout temps.  *Nous*  ne réglerons pas une réclamation si  *vous* , une  *personne assurée*  aux termes du présent  *certificat*  ou toute personne agissant pour  *votre*  compte, faites une fausse déclaration, tentez de  *nous*  tromper ou de  *nous*  induire en erreur ou faites une déclaration ou soumettez une réclamation frauduleuse, fausse ou exagérée.

## Qui est l'assureur, le distributeur et l'administrateur de l'assurance?

L'assurance médicale de voyage est offerte par TD, Compagnie d'assurance-vie aux termes du contrat collectif T1002 établi en faveur de La Banque Toronto-Dominion (le « titulaire de la police » ou « TD Canada Trust »). Allianz Global Assistance fournit des services d'administration et d'évaluation dans le cadre du contrat collectif. Ces sociétés se sont inscrites auprès de l'Autorité des marchés financiers sous les numéros 2000444011 et 2000726724. Il est possible de communiquer avec l'Autorité des marchés financiers à l'adresse [www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca).

TD, Compagnie d'assurance-vie (Assureur)	La Banque Toronto-Dominion (Distributeur)	Allianz Global Assistance (Administrateur)
P.O. Box 1, TD Centre Toronto (Ontario) M5K 1A2 Téléphone : 1-888-788-0839	P.O. Box 1 TD Centre Toronto (Ontario) M5K 1A2	P.O. Box 277 Waterloo (Ontario) N2J 4A4 Téléphone : 1-800-293-4941

## À quel moment le présent régime prend-il fin?

Le régime prendra fin à l'une des dates suivantes, selon la première éventualité :

- la date de retour prévue indiquée dans  *votre proposition*  ou dans  *votre*  dernière  *déclaration de couverture* ; ou
- la date à laquelle  *vous*  retournez dans  *votre*  province ou territoire de résidence après le  *voyage assuré* ; ou
- la date à laquelle  *vous*  cessez d'être admissible à la couverture; ou
- la date à laquelle  *votre*  assurance est résiliée en raison d'un changement dans  *votre problème de santé*  avant le départ pour le  *voyage assuré* ; ou
- la date à laquelle  *votre*  demande visant l'annulation de  *votre certificat*  prend effet.

## Puis-je annuler la couverture d'assurance?

Vous pouvez annuler la couverture en communiquant avec *notre administrateur* au **1-800-293-4941**, en envoyant par la poste une demande écrite ou en soumettant l'avis d'annulation dûment rempli ci-joint à *l'administrateur* à l'adresse ci-dessus, au plus tard dix (10) jours à partir de la date à laquelle vous achetez votre *certificat*. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez vous reporter à l'article « Primes d'assurance » de votre *certificat*.

À quel moment pouvez-vous annuler le régime?	Remboursement de la prime/Frais
Avant la <i>date d'entrée en vigueur</i> figurant dans votre <i>proposition</i> ou dans la <i>déclaration de couverture</i>	Remboursement intégral
Après la <i>date d'entrée en vigueur</i> figurant dans votre <i>proposition</i> ou votre <i>déclaration de couverture</i> , et <u>aucune réclamation</u> n'a été présentée	Remboursement au prorata, déduction faite de frais d'administration de 15 \$.

## Comment puis-je présenter une réclamation?

Vous devez présenter votre réclamation et fournir un formulaire de réclamation dûment rempli ainsi que les pièces justificatives à *notre administrateur* le plus rapidement possible, mais au plus tard un (1) an suivant la date à laquelle l'incident a eu lieu.

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 demande d'indemnité écrite. 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 demande d'indemnité écrite. Vous pouvez en appeler de cette décision en soumettant de nouveaux renseignements à *notre administrateur*. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez vous reporter à l'article « Comment présenter une réclamation » de votre *certificat*.

## Plaintes

Veuillez consulter notre page Service à la clientèle : Trouver la meilleure solution possible en ligne à l'adresse : <https://www.tdassurance.com/service-a-la-clientele/la-resolution-de-problemes>

**Pour de plus amples renseignements sur l'assurance médicale de voyage et pour consulter le certificat d'assurance, veuillez consulter la page suivante :**  
<https://www.tdassurance.com/system/assets/pdf/534571.pdf>

L'objectif de cette fiche de renseignements est de vous informer sur vos droits.  
Elle ne dégage ni l'assureur ni le distributeur de leurs obligations envers vous.

## PARLONS ASSURANCE !

Nom du distributeur : \_\_\_\_\_

Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

Nom du produit d'assurance : \_\_\_\_\_



### LIBERTÉ DE CHOISIR

**Vous n'êtes jamais obligé** d'acheter une assurance :

- qui vous est offerte chez votre distributeur;
- auprès d'une personne que l'on vous désigne;
- ou pour obtenir un meilleur taux d'intérêt ou tout autre avantage.

Même si vous êtes tenus d'être assuré, **vous n'êtes pas obligé** d'acheter l'assurance que l'on vous offre présentement. **C'est à vous de choisir** votre produit d'assurance et votre assureur.



### COMMENT CHOISIR

Pour bien choisir le produit d'assurance qui vous convient, nous vous recommandons de lire le sommaire qui décrit le produit d'assurance et que l'on doit vous remettre.



### RÉMUNÉRATION DU DISTRIBUTEUR

Une partie de ce que vous payez pour l'assurance sera versée en rémunération au distributeur. Lorsque cette rémunération est supérieure à 30 %, il a l'**obligation** de vous le dire.



### DROIT D'ANNULER

La Loi vous permet de mettre fin à votre assurance, **sans frais**, dans les 10 jours suivant l'achat de votre assurance. L'assureur peut toutefois vous accorder un délai plus long. Après ce délai, si vous mettez fin à votre assurance, des frais pourraient s'appliquer. **Informez-vous** auprès de votre distributeur du délai d'annulation **sans frais** qui vous est accordé.

Lorsque le coût de l'assurance est ajouté au montant du financement et que vous annulez l'assurance, il est possible que les versements mensuels de votre financement ne changent pas. Le montant du remboursement pourrait plutôt servir à **diminuer la durée du financement**. **Informez-vous** auprès de votre distributeur.

---

L'Autorité des marchés financiers peut vous fournir de l'information **neutre et objective**.  
Visitez le [www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca) ou appelez-nous au 1 877 525-0337.

---

Espace réservé à l'assureur :

Cette fiche ne peut être modifiée.

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

### AVIS DONNÉ PAR LE CABINET

Article 64 de la Loi sur les assureurs (2018, chapitre 23, article 3)

### LA LOI SUR LES ASSUREURS VOUS DONNE DES DROITS IMPORTANTS.

La Loi vous permet de mettre fin au contrat d'assurance que vous avez conclu sans l'entremise d'un représentant dans les 10 jours suivant la date de réception de la police, **sans pénalité**, à moins que votre contrat n'ait pris fin au moment de le résoudre.

Pour mettre fin au contrat, vous devez donner à l'assureur, à l'intérieur de ce délai, un avis par poste recommandée ou par tout autre moyen vous permettant de recevoir un accusé de réception.

Attention, il est possible que vous perdiez des conditions avantageuses qui vous ont été consenties en raison de cette assurance; informez-vous auprès de l'assureur ou consultez votre contrat.

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

Pour de plus amples informations, communiquez avec l'Autorité des marchés financiers au 1-877-525-0337 ou visitez le [www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca).

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

À:

\_\_\_\_\_ (nom de l'assureur)

\_\_\_\_\_ (adresse de l'assureur)

Date: \_\_\_\_\_ (date d'envoi de cet avis)

En vertu de l'article 64 de la Loi sur les assureurs, j'annule le contrat d'assurance no:

\_\_\_\_\_ (numéro du contrat s'il est indiqué)

conclu le: \_\_\_\_\_ (date de la signature du contrat)

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

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

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

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

### AVIS DONNÉ PAR LE DISTRIBUTEUR

Article 440 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers (chapitre D-9.2)

### 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, **sans pénalité**, dans les 10 jours suivant la date de la signature du contrat d'assurance. L'assureur peut toutefois vous accorder un délai plus long.

Pour mettre fin au contrat, vous devez donner à l'assureur, à l'intérieur de ce délai, un avis par poste recommandée ou par tout autre moyen vous permettant de recevoir un accusé de réception.

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 cette assurance; informez-vous auprès du distributeur ou consultez votre contrat.

Après l'expiration du délai applicable, vous avez la faculté d'annuler le contrat d'assurance en tout temps, mais des pénalités pourraient s'appliquer.

Pour de plus amples informations, communiquez avec l'Autorité des marchés financiers au 1-877-525-0337 ou visitez le [www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca).

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

À:

\_\_\_\_\_ (nom de l'assureur)

\_\_\_\_\_ (adresse de l'assureur)

Date: \_\_\_\_\_ (date d'envoi de cet avis)

En vertu de l'article 441 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers, j'annule le contrat

d'assurance no: \_\_\_\_\_ (numéro du contrat s'il est indiqué)

conclu le: \_\_\_\_\_ (date de la signature du contrat)

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

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

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

