



TD Assurance

L'assurance médicale de voyage pour séjour prolongé des 55 ans et plus de TD Guide de distribution

Nom du produit d'assurance

L'assurance médicale de voyage pour séjour prolongé des 55 ans et plus de TD

Type de produit d'assurance

Assurance de voyage collective

Nom et adresse de l'assureur :

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

Nom et adresse 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

Nom et adresse 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 offert 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'assurance | 2 |
| Résumé des caractéristiques particulières | 3 |
| Admissibilité | 3 |
| Couverture prolongée | |
| Montant de la protection | 3 |
| <i>Période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence</i> | 4 |
| Montant de la couverture | 4 |
| Personne à qui l'indemnité sera versée | 6 |
| Montant des primes et périodicité de paiement | 6 |
| <i>Date d'entrée en vigueur</i> ou d'expiration du contrat d'assurance et conditions qui y sont rattachées | 7 |
| Confirmation de l'assureur | 7 |
| Exclusions, limitations ou réductions de la couverture | 7 |
| Conditions générales | 10 |
| Résiliation | 11 |
| Autres renseignements | 11 |
| Preuve de sinistre ou réclamation | 12 |
| Présentation d'une réclamation – formulaire de 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 *vous* donne une description de l'assurance médicale de voyage pour séjour prolongé des 55 ans et plus de TD (« l'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus » souscrite par TD, Compagnie d'assurance-vie (« *nous* », « *notre* » ou « *nos* ») aux termes de la *police collective* TI002, émise à l'intention de La Banque Toronto-Dominion (le « titulaire de la police » ou « TD Canada Trust »). Ce guide *vous* aidera à prendre une décision informée quant au type de couverture qui répond le mieux à vos besoins, sans la présence d'un conseiller en assurance.

Toutes les indemnités prévues par le *certificat* sont régies en tous points par les dispositions de la *police collective* et cette dernière constitue, à elle seule, la convention en vertu 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 dans les bureaux du *titulaire de la police* et *vous* avez le droit sur demande d'en recevoir et d'en consulter un exemplaire.

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

DESCRIPTION DU PRODUIT OFFERT

NATURE DE L'ASSURANCE

Ce produit vise à assurer les *personnes assurées* âgées d'au moins 55 ans pour un montant pouvant aller jusqu'à 5 000 000 \$ dans le cadre d'une *assurance soins médicaux d'urgence* lorsqu'elles voyagent à l'extérieur de leur province de résidence pendant plus de 30 jours. Les *personnes assurées* doivent faire l'objet d'une souscription médicale pour être admissibles à ce produit.

Les indemnités supplémentaires couvertes par le produit incluent un maximum de 5 000 \$ pour les services d'une infirmière autorisée et les fournitures que celle-ci juge nécessaires ainsi que le retour d'urgence au domicile, notamment les frais engagés pour acheter un aller simple par avion en classe économique, y compris une civière, au besoin.

Nous pouvons annuler le *certificat*, et aucune indemnité ne sera versée en cas :

- d'omission de communiquer l'ensemble des *troubles médicaux*, des médicaments actuels, des médicaments sur ordonnance et des périodes d'*hospitalisation* en réponse aux questions d'ordre médical posées;

- d'omission de répondre de façon exhaustive et exacte aux questions d'ordre médical posées au cours de l'entrevue téléphonique avec *notre administrateur*.

RÉSUMÉ DES CONDITIONS PARTICULIÈRES

L'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus procure une *assurance soins médicaux d'urgence* pour un montant pouvant aller jusqu'à 5 000 000 \$ par *voyage couvert*. Veuillez *vous* reporter au tableau qui figure à l'article « MONTANT DE LA PROTECTION » du présent guide de distribution.

ADMISSIBILITÉ

Vous pouvez soumettre une *demande* d'assurance en appelant *notre administrateur* et en remplissant une *demande* par téléphone ou en ligne sur **tdassurance.com**. *Vous* pouvez également demander une prolongation de la couverture en appelant *notre administrateur* au numéro d'aide accessible en tout temps et en remplissant une *demande* par téléphone. Le numéro de téléphone est le 1-800-359-6704 à partir du Canada ou des États-Unis ou le 416-977-5040 (à frais virés) à partir de tout autre pays.

Vous pouvez faire une *demande* de couverture si :

- *vous* êtes âgé d'au moins 55 ans à la *date d'entrée en vigueur* de *notre* régime d'assurance séjour prolongé 55+;
- *vous* êtes un *résident du Canada*;
- *vous* êtes couvert par un *RAMG*;
- *vous* êtes un client du Groupe Banque TD;
- *vous* *vous* trouvez au Canada au moment de *notre* inscription à la couverture;
- *vous* avez répondu aux questions d'ordre médical visant à établir si *vous* êtes admissible à cette couverture;
- *vous* *vous* êtes inscrit à l'assurance au plus tôt 120 jours avant la *date d'entrée en vigueur* de *notre* assurance séjour prolongé 55+.

COUVERTURE PROLONGÉE

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 *notre* 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 *notre* 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 *notre voyage couvert* est de un jour à au plus 212 jours, mais ne dépasse pas le nombre maximal de jours autorisé aux termes de *notre 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*.

MONTANT DE LA PROTECTION

Le tableau qui suit montre les indemnités maximales payables.

Vous avez acheté l'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus :

| Indemnité | Indemnité maximale payable (par <i>personne assurée par voyage couvert</i>) |
|--|---|
| Assurance soins médicaux d'urgence | Jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ |
| Soins infirmiers privés | Jusqu'à concurrence de 5 000 \$ |
| Honoraires (physiothérapie, chiropratique, etc.) | Jusqu'à concurrence de 300 \$ par profession |
| Soins dentaires en cas d'accident | Jusqu'à concurrence de 2 000 \$ |
| Rapatriement d'urgence au domicile | Aller simple par avion en classe économique |
| Indemnité pour le compagnon de chevet | Aller-retour par avion en classe économique et jusqu'à concurrence de 1 500 \$ pour les repas et l'hébergement du compagnon de chevet |
| Indemnité pour le compagnon de voyage | Aller simple par avion en classe économique |
| Repas et hébergement | Jusqu'à concurrence de 3 500 \$ |
| Frais d'hôpitaux accessoires | Jusqu'à concurrence de 500 \$ |
| Rapatriement et accompagnement d'enfants | Aller simple par avion en classe économique et accompagnateur, si la compagnie aérienne l'exige |

| Indemnité | Indemnité maximale payable (par <i>personne assurée par voyage couvert</i>) |
|-------------------------------------|---|
| Rapatriement d'animaux de compagnie | Jusqu'à concurrence de 500 \$ |
| Retour du véhicule | Jusqu'à concurrence de 2 000 \$ |
| Rapatriement de la dépouille | Jusqu'à concurrence de 10 000 \$ |

PÉRIODE DE COUVERTURE DE L'ASSURANCE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

La *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence* commence à la plus tardive des dates suivantes :

- *votre date d'entrée en vigueur* indiquée dans la *demande* ou la plus récente *déclaration de couverture*;
 - *votre date de départ réelle* pour le *voyage couvert*;
- et prend fin à l'une des dates suivantes, selon la première éventualité :
- *votre date d'expiration prévue* indiquée dans la *demande* ou la plus récente *déclaration de couverture*;
 - *votre date de retour réelle*;
 - la date de fin du *certificat*.

La *période de couverture d'assurance soins médicaux d'urgence*, dans le cadre du régime assurance séjour prolongé des 55 ans et plus, ne prend pas fin si *vous* retournez temporairement dans *votre province* ou *votre territoire de résidence* avant la date à laquelle ce régime prend fin, pourvu que les conditions suivantes soient respectées :

- *vous* n'avez subi aucun sinistre ni présenté aucune réclamation aux termes du *certificat* et n'avez pas eu besoin de *soins médicaux d'urgence* au cours du *voyage couvert* ou durant *votre séjour de retour temporaire* dans *votre province* ou *votre territoire de résidence*; et
- aucun changement n'est survenu dans *vos maladies préexistantes* au cours du *voyage couvert* ou durant *votre séjour de retour temporaire* dans *votre province* ou *votre territoire de résidence*;
- *votre trouble médical* n'a pas changé durant *votre séjour de retour temporaire* dans *votre province* ou *votre territoire de résidence*; et
- *vous* êtes apte à poursuivre *votre voyage couvert*.

Prolongation automatique du certificat en cas d'urgence médicale

Si *vous* nécessitez des *soins médicaux d'urgence* à la date à laquelle est censée prendre fin la *période de couverture d'assurance soins médicaux d'urgence* pour toute autre raison que la résiliation du *certificat*, cette *période* est automatiquement prolongée de 72 heures immédiatement après la fin de l'*urgence médicale* en question.

MONTANT DE LA COUVERTURE

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

1. Couverture d'assurance soins médicaux d'urgence

Les *soins médicaux d'urgence* sont couverts jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ par *voyage couvert*. Aucune limite globale par année d'application de la police.

2. Indemnité pour hospitalisation

L'indemnité pour *hospitalisation* fait partie de l'indemnité globale. Elle vise tout séjour dans un *hôpital* ou un établissement médical approprié pour un *traitement* en tant que malade *hospitalisé*, dans le cadre de services ambulatoires et de services de soins d'urgence qui a été approuvé au préalable par *notre administrateur*.

EXCLUSIONS : Établissements pour malades chroniques, maisons de convalescence, maisons de soins infirmiers ou centres de réadaptation

3. Honoraires de médecin

4. Soins infirmiers privés

- Maximum de 5 000 \$ pour les services d'une infirmière autorisée et les fournitures que celle-ci juge nécessaires.

5. Services de diagnostic

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

6. Ambulance

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

7. Avion-ambulance

- Frais pour le service de transport aérien d'urgence 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**
 - se charge d'offrir le service.

8. Ordonnances

- Remboursement des frais de médicaments d'ordonnance requis pour le *traitement* d'une *urgence médicale* pendant un séjour à l'*hôpital*, à l'exclusion des vitamines et des médicaments brevetés, exclusifs ou expérimentaux.

9. Honoraires

- Jusqu'à concurrence de 300 \$ par profession pour les frais engagés à l'égard d'une *urgence médicale* couverte nécessitant un *traitement* de la part d'un physiothérapeute, d'un chiropraticien, d'un podologue, d'un podiatre ou d'un ostéopathe agréé :
 - Le *traitement* doit être nécessaire pour soulager immédiatement un symptôme aigu ou un *médecin* doit juger qu'il ne peut attendre *notre* retour dans *votre* province ou *votre* territoire de résidence.
 - Le *traitement* doit être ordonné par un *médecin* au cours de la durée du *voyage couvert* et fourni par un professionnel agréé qui est désigné aux termes de la présente indemnité.

10. Soins dentaires en cas d'accident

- Jusqu'à concurrence de 2 000 \$ pour un traitement des dents qui est requis pendant la *période de couverture d'assurance soins médicaux d'urgence*; **ET**
- requis pour des dents naturelles ou des dents artificielles permanentes qui sont endommagées par suite d'un coup à la bouche dans le cadre d'une *urgence médicale*.

Les *traitements* requis afin de soigner d'urgence un mal de dent sont couverts séparément jusqu'à concurrence de 200 \$.

11. Appareils médicaux

- Frais pour les plâtres, les béquilles, les bandages herniaires, les éclisses, les écharpes, les attelles, les bottes de marche médicales et/ou le coût de location d'un déambulateur ou d'un fauteuil roulant, lorsqu'ils sont requis par suite d'une *urgence médicale* et prescrits par un *médecin*.

12. Retour d'urgence au domicile

- Frais engagés pour acheter un aller simple en classe économique ainsi qu'un aller simple supplémentaire en classe économique, si nécessaire pour transporter une civière, si :
 - par suite d'une *urgence médicale*, *notre administrateur* juge que *vous* devriez retourner dans *votre* province ou territoire de résidence; **ET**
 - *notre administrateur* approuve le transport au préalable.

13. Compagnon de chevet

- Aller-retour par avion en classe économique en provenance de la province ou du territoire de résidence de cette personne, et jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour, pour un montant maximal de 1 500 \$, à l'égard des repas et de l'hébergement; **ET**
 - si *vous* êtes *hospitalisé* pour une *urgence médicale* couverte et que *vous* devrez vraisemblablement demeurer *hospitalisé* pendant au moins trois jours consécutifs; **ET**
 - que *notre administrateur* a approuvé cette indemnité au préalable.

14. Compagnon de voyage

- Aller simple par avion en classe économique permettant au *compagnon de voyage* de retourner dans sa ville d'origine si :
 - *vous* subissez une *urgence médicale* de sorte que le *compagnon de voyage* doit reporter sa date de retour prévue; **ET**
 - *notre administrateur* a approuvé ce déplacement au préalable.

15. 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;
 - les frais liés aux appels téléphoniques et à l'utilisation d'Internet de première nécessité;

- 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 remplir les conditions suivantes : la recommandation d'un *médecin* et l'autorisation préalable de *notre administrateur*.

16. Frais d'hôpitaux accessoires

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

17. Rapatriement et accompagnement d'enfants

- Si des *enfants* ou des petits-enfants 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 efficace pour que ces *enfants* puissent retourner dans leur province ou 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 efficace pour un accompagnateur, si la compagnie aérienne exige que les *enfants* soient accompagnés.

18. Rapatriement d'animaux de compagnie

- Maximum de 500 \$ pour un aller simple par avion en classe économique pour rapatrier *votre* ou *vos* chien(s) ou chat(s) domestiques dans *votre* province ou territoire de résidence, si :
 - *votre* ou *vos* chien(s) ou chat(s) domestiques voyagent avec *vous* pendant *votre voyage couvert* et que *vous* devez retourner dans *votre* province ou territoire de résidence en raison de *votre urgence médicale* couverte par la présente assurance; **ET**
 - *notre administrateur* a approuvé cette indemnité au préalable.

19. Retour du véhicule

- Maximum de 2 000 \$ pour les frais engagés à l'égard du rapatriement de *votre* véhicule dans *votre* province ou territoire de résidence ou de son retour à l'agence de location la plus proche, si :
 - *vous* ne pouvez pas rapporter le véhicule *vous-même* en raison d'une *urgence médicale*; **ET**
 - *notre administrateur* se charge du retour du véhicule.

20. Rapatriement de la dépouille

- Un montant maximal de 10 000 \$ sera payable pour les frais engagés afin de préparer et de transporter *votre* dépouille de l'endroit où *vous* êtes décédé jusqu'à *votre* ville de résidence; **OU**
 - l'enterrement ou l'incinération de *votre* dépouille à l'endroit où *vous* êtes décédé; **ET**
 - un aller-retour par avion 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 ce transport au préalable.

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

PERSONNE À QUI L'INDEMNITÉ SERA VERSÉE

Les indemnités offertes aux termes du *certificat* sont payables à *vous* ou, en *votre* nom, à *votre* prestataire de soins médicaux. *Vous* n'avez pas le droit de choisir le bénéficiaire des indemnités payables aux termes du *certificat*.

MONTANT DES PRIMES ET PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT

Vos primes aux termes du *certificat* seront établies d'après :

- *votre* âge à la *date d'entrée en vigueur* de *votre certificat*; **ET**
- les renseignements de nature médicale fournis au moment de *votre demande*; **ET**
- les primes en vigueur au moment de *votre demande*; **ET**
- la durée de *votre voyage couvert*.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR OU D'EXPIRATION DU CONTRAT D'ASSURANCE ET CONDITIONS QUI Y SONT RATTACHÉES

Si les conditions suivantes sont réunies, *votre certificat* prend effet à la *date d'entrée en vigueur* qui est indiquée dans *votre demande* ou, s'il y a lieu, dans *votre dernière déclaration de couverture* :

- *vous* remplissez les critères d'admissibilité pour pouvoir obtenir une assurance;
- *vous* avez soumis une *demande* d'assurance;
- *vous nous* avez fourni une preuve d'assurabilité complète et exacte;
- *vous* avez payé la prime requise au moment de *votre* inscription; **ET**
- *vous* avez une confirmation de l'émission de *votre* assurance, tel qu'il est expliqué à l'article « CONFIRMATION DE L'ASSUREUR » du présent guide de distribution.

Expiration de l'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 plus récente *déclaration de couverture* ;
- la date à laquelle *vous* retournez dans *votre* province ou territoire de résidence après le *voyage couvert* ;
- la date à laquelle *vous* cessez d'être admissible à la couverture;
- la date à laquelle *votre* assurance est résiliée en raison d'un changement dans *votre trouble médical* avant *votre* départ pour le *voyage couvert* ;
- la *date d'entrée en vigueur* de *votre* demande de résiliation à l'égard de *votre certificat* .

Si *vous* souhaitez résilier *votre* assurance, *vous* pouvez le faire de la manière décrite à l'article « RÉSILIATION ».

CONFIRMATION DE L'ASSUREUR

Vous aurez une confirmation de l'assurance dès que :

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

EXCLUSIONS, LIMITATIONS OU RÉDUCTIONS DE COUVERTURE

Vous devez communiquer avec *notre administrateur* si un changement de *votre trouble médical* survient et/ou n'est pas *stable* entre la date de *votre* adhésion et la date de *votre* 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.

Applicable à la couverture médicale

MISE EN GARDE

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 à l'égard de l' *urgence médicale* sera ramenée 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 avec la catégorie de tarif A & 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 90 jours précédant votre départ pour le voyage couvert, votre trouble médical ou un trouble connexe n'était pas stable.</i> | |
| Clients avec la catégorie de tarif C & D | <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 180 jours précédant votre départ pour le voyage couvert, votre trouble médical ou un trouble connexe n'était pas stable.</i> | |
| NOTE | | |
| <i>stable</i> | <p>signifie que, pour tout <i>trouble médical</i> ou trouble connexe, il n'y a pas eu :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ de nouveaux symptômes ni de symptômes plus fréquents ou plus sévères; ■ de nouveaux tests montrant une détérioration; ■ d'hospitalisations; ■ 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 de changement 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 <i>votre trouble médical</i>; ■ tout changement d'un médicament de marque pour un médicament générique dont les doses sont les mêmes. | |
| <i>affection bénigne</i> | <p>signifie une blessure ou une maladie qui ne requiert pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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. <p>REMARQUE : Une maladie chronique ou les complications découlant d'une maladie chronique ne sont pas considérées comme des <i>affections bénignes</i>.</p> | |

3. Généralités

- Les indemnités payables aux termes du *certificat* équivaldront aux frais admissibles qui ont été réellement engagés, moins la somme recouvrable en vertu de *votre RAMG* et/ou d'une autre assurance ou d'un autre régime d'assurance maladie dont *vous* pourriez disposer.

4. Maladies raisonnablement prévisibles

- *Nous* ne rembourserons aucuns frais et ne verserons aucune indemnité aux termes du présent *certificat* relativement à un *trouble médical* :
 - si *vous* saviez, ou s'il était raisonnable de prévoir avant que *vous* ne quittiez *votre* province ou *votre* territoire de résidence ou avant la *date d'entrée en vigueur* de la *période de couverture*, que *vous* auriez besoin ou *vous* seriez obligé d'obtenir un *traitement*, et/ou
 - à l'égard duquel un examen ou *traitement* futur était prévu avant que *vous* ne quittiez *votre* province ou *votre* territoire de résidence; et/ou
 - qui a produit des symptômes qui auraient fait en sorte qu'une personne généralement prudente obtienne un *traitement* dans les trois (3) mois précédant son départ de sa province ou de son territoire de résidence; et/ou
 - qui a amené *votre médecin* à *vous* déconseiller d'effectuer tout voyage.

5. Urgence médicale en dehors de la période de couverture

- Aucune indemnité ne sera payable à l'égard d'une *urgence médicale* qui survient en dehors de la *période de couverture*.

Par exemple, aucune indemnité ne sera versée à l'égard d'une *urgence médicale* qui survient après 23 h 59 (HNE) le dernier jour de la *période de couverture*, si *vous* n'avez souscrit aucune couverture prolongée.

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

6. Incapacité d'effectuer un transfert vers un établissement approprié en vue d'obtenir un traitement

- *Nous nous réservons le droit de vous faire transférer à un établissement de santé approprié ou vers votre province ou votre territoire de résidence afin d'obtenir des traitements supplémentaires, compte tenu de l'avis de votre médecin traitant.*
- Le refus de se conformer à un transfert prévu nous déchargera de toute responsabilité pour ce qui est du remboursement des frais engagés après la date de transfert fixée.

7. Récurrence

- Une *urgence médicale* est réputée ne plus exister dès que le dossier médical indique que vous êtes en mesure de regagner votre province ou votre territoire de résidence. Aucune *urgence médicale* subséquente causée par le même *trouble médical* ne sera couverte après la fin de l'*urgence médicale* initiale si vous choisissez de ne pas revenir à votre domicile.

8. Incapacité d'obtenir une approbation préalable

- Dans les cas où nous exigeons que les *frais admissibles* soient approuvés au préalable par notre *administrateur*, nous ne verserons aucune indemnité à l'égard de ces frais si l'approbation préalable n'a pas été obtenue.
- Nous ne verserons aucune indemnité pour toute chirurgie ou tout procédé effractif qui n'a pas été approuvé à l'avance par notre *administrateur*, sauf dans les cas extrêmes où une demande d'approbation préalable retarderait une chirurgie nécessaire dans le cadre d'une *urgence médicale* présentant un danger de mort.

9. Services non urgents

- Nous ne verserons aucune indemnité pour tout *traitement* facultatif, expérimental ou non urgent, tel qu'une chirurgie cosmétique, des soins liés à une maladie chronique, une thérapie de réadaptation, ou toute complication en découlant directement ou indirectement, y compris tout *traitement*, toute chirurgie ou tout médicament pour lesquels, selon le dossier médical, vous auriez pu attendre votre retour dans votre province ou votre territoire de résidence.

Applicable à toute la couverture

MISE EN GARDE

Pour connaître les restrictions et les exclusions propres à une indemnité donnée, veuillez consulter la description de chaque indemnité. En outre, dans tous les cas, la présente assurance ne couvre aucun *traitement* ou service ni aucuns frais de quelque nature que ce soit causés directement ou indirectement par ce qui suit :

1. Omission de prendre des médicaments

- selon les ordonnances de votre *médecin*

2. Abus d'alcool ou de drogues

- tout abus ou utilisation impropre de médicaments sur ordonnance ou en vente libre ou d'alcool, ou toute utilisation de drogues illicites

3. 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*

4. Grossesse

- toute grossesse ou tout accouchement survenant dans les neuf semaines de 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 durant un *voyage couvert*

5. Activités dangereuses

- une activité de plongée en scaphandre autonome à titre récréatif (à moins que vous ne déteniez un titre élémentaire de plongeur autonome, conféré par une école agréée ou un organisme d'attribution de permis), d'alpinisme, de saut en bungee, de parachutisme, de parapente, de spéléologie, de deltaplane, de chute libre ou une activité aérienne dans un aéronef autre qu'un aéronef de passagers pour lequel un certificat de navigabilité valide a été émis

6. Sports professionnels ou épreuve de course

- la participation à un sport professionnel, de même qu'à une course ou à une épreuve de vitesse organisée

7. Traitement facultatif

- dans le cas où vous auriez souscrit la présente assurance dans le but exprès d'obtenir un *traitement*, qu'il ait été autorisé ou non par un *médecin*

8. Avis aux voyageurs

- acquisition d'un *trouble médical* spécifique ou connexe dans un pays, une région ou une ville à l'étranger si, avant que *vous* ne quittiez *votre* province ou territoire de résidence, un avis écrit officiel avait été publié par Affaires étrangères et Commerce international Canada déconseillant aux Canadiens de séjourner dans ce pays, cette région ou cette ville au moment de *votre voyage couvert*

9. Guerre ou terrorisme

- tout acte de guerre, qu'elle soit déclarée ou non, toute action hostile ou assimilable à une guerre en temps de paix ou de guerre, toute insurrection, révolution, guerre civile ou tout détournement ou acte de terrorisme

10. Versement d'une indemnité interdite en vertu de la loi canadienne

- *nous* ne verserons aucune indemnité si cela est interdit par la loi canadienne, ou si le Canada a conclu un traité ou convenu d'imposer une sanction à l'égard de tels versements

11. Troubles mentaux

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

12. Crime

- la participation à une infraction criminelle, y compris la conduite avec facultés affaiblies ou les excès de vitesse

13. Fausse déclaration

- dans le cas d'un *trouble médical* au sujet duquel *vous nous* avez fourni, ou avez fourni à *notre administrateur*, des renseignements faux ou inexacts concernant tout diagnostic, toute *hospitalisation*, tout *traitement*, toute ordonnance ou tout médicament

14. Preuve d'assurabilité insatisfaisante

- incapacité de fournir une preuve d'assurabilité complète et exacte, tel qu'il est décrit à l'article « PERSONNES À QUI S'ADRESSE LA PROTECTION »

CONDITIONS GÉNÉRALES

Preuve de sinistre et déclaration en temps voulu

Si *vous* faites une réclamation, *vous* devez envoyer à *notre administrateur* les formulaires de réclamation pertinents ainsi qu'une preuve de sinistre écrite (p. ex., les originaux des factures et des billets, les certificats médicaux et/ou le certificat de décès) dans les meilleurs délais. En toute éventualité, *vous* devez déclarer *votre* réclamation dans un délai de un (1) an après la date de l'accident ou la date à laquelle la réclamation s'est produite.

Révision et examen médical

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

Subrogation

Il pourrait y avoir des circonstances où une autre personne ou entité aurait dû *vous* verser un montant à l'égard d'un sinistre mais où *nous* *vous* avons plutôt versé ce montant. Si une telle situation devait se produire, *vous* convenez de coopérer avec *nous* pour que *nous* puissions exiger ce paiement auprès de la personne ou de l'entité qui aurait dû *vous* verser ce montant à l'égard du sinistre. Cette coopération pourrait notamment *vous* amener à :

- *nous* céder la dette ou l'obligation que l'autre personne ou entité a envers *vous*;
- *nous* permettre d'intenter une poursuite en *votre* nom;
- si *vous* recevez des fonds de l'autre personne ou de l'autre entité, les détenir en fiducie pour *notre* compte;
- éviter de porter atteinte à *nos* droits à l'égard du recouvrement du paiement auprès de l'autre personne ou de l'autre entité.

Nous paierons le coût des actions que *nous* entreprendrons.

Autre assurance

Si *vous* possédez une autre assurance en plus du *certificat*, que ce soit auprès de *nous* ou d'un autre assureur, l'ensemble des indemnités payables aux termes de toutes vos assurances, y compris le *certificat*, ne peut dépasser les dépenses réelles liées à une réclamation donnée. Si *vous* êtes également couvert par un autre *certificat* d'assurance ou par une autre police, *nous* coordonnerons le versement des indemnités avec l'autre assureur.

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* faites une réclamation en la sachant fautive ou frauduleuse à quelque égard que ce soit, *vous* n'aurez droit à aucune indemnité aux termes de la présente protection, ni à aucun paiement d'une réclamation en vertu de la police collective.

Monnaie

Tous les montants indiqués sont exprimés en *dollars* canadiens.

Accès aux soins médicaux

TD Vie, le 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 *vous* d'obtenir un *traitement* médical.

Police collective

Toutes les indemnités prévues par le *certificat* sont régies en tous points par les dispositions de la *police collective* et cette dernière constitue, à elle seule, la convention en vertu de laquelle les indemnités sont payables. Les principales dispositions de la *police collective* se rapportant à *vous* sont résumées dans le *certificat*. La *police collective* est conservée en dossier dans les bureaux du *titulaire de la police* et *vous* avez le droit d'en recevoir et d'en consulter un exemplaire sur demande.

Liens entre nous et le titulaire de la police collective

TD, Compagnie d'assurance-vie est un membre du groupe de La Banque Toronto-Dominion (« La Banque TD »).

RÉSILIATION

Toute demande de résiliation d'un régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus doit être faite auprès de *notre administrateur*, 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 *vous* 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>votre</i> appel, ou au moyen d'une demande écrite, envoyée par la poste – la résiliation prend effet à la date d'oblitération postale de <i>votre</i> demande | Avant la <i>date d'entrée en vigueur</i> figurant dans <i>votre demande</i> ou <i>votre déclaration de couverture</i> Après la <i>date d'entrée en vigueur</i> et <u>aucune réclamation</u> n'a été présentée | Remboursement intégral Remboursement au prorata, déduction faite de frais d'administration de 15 \$ |

Fin de la protection 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 plus récente *déclaration de couverture*;
- la date à laquelle *vous* retournez dans *votre* province ou *votre* territoire de résidence après le *voyage couvert*;
- la date à laquelle *vous* cessez d'être admissible à la couverture;
- la date à laquelle *votre* assurance est résiliée en raison d'un changement dans *votre trouble médical* avant *votre* départ pour le *voyage couvert*, et
- la *date d'entrée en vigueur* de *votre* demande de résiliation à l'égard de *votre certificat*.

REMARQUE : Si *vous* souffrez d'une *urgence médicale* à la date à laquelle est censée prendre fin la *période de couverture d'assurance soins médicaux d'urgence* pour toute autre raison que la résiliation du *certificat*, cette période est automatiquement prolongée de 72 heures immédiatement après la fin de l'*urgence médicale* en question.

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Pour obtenir plus de renseignements sur l'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus, *vous* pouvez :

- communiquer avec le service à la clientèle de *notre administrateur*. Veuillez *vous* reporter à l'article « COMMENT JOINDRE NOTRE ADMINISTRATEUR » du présent guide de distribution pour plus de renseignements; OU

- vous reporter au *certificat* d'assurance de l'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus que vous pouvez consulter en ligne à l'adresse <http://www.tdassurance.com/produits-et-services/assurance-medicale-de-voyage/index.jsp>.

PREUVE DE SINISTRE OU RÉCLAMATION

PRÉSENTATION D'UNE RÉCLAMATION – FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Vous devez déclarer *votre* sinistre et soumettre les documents justificatifs à *notre administrateur* dans les plus brefs délais et au plus tard un (1) an après la date à laquelle il est survenu.

Réclamation pour des soins médicaux d'urgence

En tout temps, une *urgence médicale* doit être immédiatement déclarée, sans quoi les indemnités seront réduites. Si vous souhaitez présenter une réclamation relativement à une *urgence médicale* , conformément aux exigences énumérées à l'article 18 (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;
- 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 déclarez l'urgence médicale immédiatement

Si *notre administrateur* garantit ou paie des *frais admissibles* en *votre* nom, vous devrez alors signer un formulaire d'autorisation permettant à *notre administrateur* de recouvrer ces sommes :

- auprès de *votre* RAMG;
- auprès de tout autre régime d'assurance maladie ou police d'assurance;
- au moyen de droits que vous pourriez avoir à l'encontre d'autres assureurs ou d'autres parties (veuillez vous reporter à l'article « Conditions générales », sous « Subrogation »).

Si *notre administrateur* paie un montant pour des *frais admissibles* qui sont couverts aux termes d'un autre régime ou d'une autre assurance, vous devrez aider *notre administrateur* à obtenir le remboursement de ce montant, le cas échéant.

En outre, vous devez fournir une preuve indiquant la date réelle à laquelle vous avez quitté *votre* province ou *votre* territoire de résidence. Le cas échéant, vous devez également confirmer toute date de retour dans *votre* province ou *votre* territoire de résidence.

REMARQUE : Si *notre administrateur* avance un montant pour des frais qui sont inadmissibles aux termes du *certificat* , vous devez nous rembourser ce montant.

Si vous ne déclarez pas l'urgence médicale immédiatement

Si vous engagez des *frais admissibles aux termes de l'assurance soins médicaux d'urgence* sans avoir communiqué au préalable avec *notre administrateur* pour obtenir son aide et ses services de gestion des réclamations, vous devez d'abord présenter les reçus et les 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* non couverts par un RAMG ou un autre régime ou une autre assurance devront être réclamés à *notre administrateur* avec les preuves de ce qui suit :

- le sinistre, les reçus et les relevés de paiement;
- la date réelle à laquelle vous avez quitté *votre* province ou *votre* territoire de résidence (cette preuve peut notamment comprendre l'itinéraire de vol, des reçus d'essence ou des reçus de péage).
- une copie de *votre* formulaire de réclamation dûment rempli pour vos dossiers.

Veuillez vous reporter à l'article « COMMENT JOINDRE NOTRE ADMINISTRATEUR », sous « Service à la clientèle » pour savoir comment obtenir un formulaire de réclamation.

COMMENT COMMUNIQUER AVEC NOTRE ADMINISTRATEUR?

Service d'aide en cas d'urgence accessible en tout temps

Pour déclarer une *urgence médicale* , vous pouvez appeler *notre administrateur* en tout temps aux numéros ci-dessous :

- du Canada ou des États-Unis, composez le **1-800-359-6704**
- ailleurs, appelez à frais virés au **416-977-5040**.

Vous pouvez également composer ce numéro pour demander une prolongation de la couverture pour un voyage couvert.

Service à la clientèle

Pour obtenir un formulaire de réclamation, pour résilier *vo*tre assurance ou pour obtenir des renseignements généraux, veuillez appeler *notre administrateur* du lundi au samedi, de 8 h à 21 h (HE), au numéro sans frais 1-800-293-4941 ou au 416-977-2039 ou envoyer *vo*tre demande à l'adresse suivante :

Objet : Assurance médicale de voyage TD Assurance

Allianz Global Assistance

P.O Box 277

Waterloo (Ontario) N2J 4A4

Télécopieur : 519-742-9471

RÉPONSE DE L'ASSUREUR

Nous vous aviserons de notre décision d'accepter votre réclamation environ 60 jours ouvrables après la réception de tous les documents et renseignements requis pour prendre une décision.

Une fois les preuves reçues et la demande de réclamation approuvée, l'assureur versera le paiement dans les 30 jours.

Nous vous informerons du refus d'une réclamation et des motifs qui ont justifié cette décision dans les 60 jours ouvrables suivant la réception de tous les documents et renseignements requis pour prendre une décision.

APPEL DE LA DÉCISION DE L'ASSUREUR ET RECOURS

Si *vo*tre réclamation est refusée, *vous* pouvez faire appel de la 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

D'autres sociétés d'assurance peuvent proposer d'autres produits d'assurance voyage.

RÉFÉRENCE À L'AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

Pour toute information supplémentaire sur les obligations de l'assureur et du distributeur envers *vous*, le client, *vous* pouvez communiquer avec l'Autorité des marchés financiers :

Autorité des marchés financiers

Place de la Cité, Tour Cominar

2640, boulevard Laurier, 4^e étage

Québec (Québec) G1V 5C1

Numéros de téléphone

Sans frais : 1-877-525-0337

Québec : 418-525-0337

Montréal : 514-395-0337

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

DÉFINITIONS

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

administrateur s'entend de la société que *nous* choisissons pour fournir des services d'assistance médicale et d'aide à la soumission des réclamations, de règlement de réclamations et d'administration et d'évaluation des demandes dans le cadre de la *police collective*.

certificat s'entend du *certificat* d'assurance que *nous* émettons, lequel renferme l'ensemble des renseignements sur la couverture.

compagnon de voyage s'entend de toute personne qui *vous* accompagne pendant le *voyage couvert* et avec qui *vous* partagez *vo*tre mode de transport et/ou d'hébergement.

conjoint s'entend :

- de la personne à qui *vous* êtes légalement marié; ou
- de la personne avec qui *vous* vivez depuis au moins un (1) an et que *vous* désignez comme *vo*tre partenaire domestique.

date d'entrée en vigueur s'entend de la date à laquelle *votre certificat* prend effet. Il s'agit de la date indiquée sur *votre plus récente 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 par téléphone; ou
- de la page d'adhésion que *vous* avez remplie en ligne; et
- 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.

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

enfants 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 et d'usage s'entend des frais que *vous* avez engagés lors d'une *urgence médicale* qui sont comparables à ceux que d'autres fournisseurs facturent pour un traitement, des services ou des fournitures comparables dans la même région géographique.

hôpital s'entend :

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

EXCLUSION : Cette définition ne comprend pas les établissements pour malades chroniques, les maisons de convalescence, les centres de réadaptation ni les maisons de soins infirmiers.

hospitalisé ou hospitalisation s'entend du fait d'être une personne admise dans un *hôpital* en tant que malade *hospitalisé* .

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

médecin s'entend d'un médecin ou d'un chirurgien qui détient les autorisations et permis nécessaires pour pratiquer la médecine dans le territoire où il fournit des conseils médicaux ou un *traitement* médical, et qui n'est pas *votre* parent de naissance ou par mariage.

membre de la famille immédiate s'entend :

- de *votre conjoint* , de vos parents, du nouveau *conjoint* de vos parents, de vos grands-parents, de vos enfants naturels ou adoptés ou de ceux de *votre conjoint* , de vos pupilles légaux, de vos petits-enfants, de vos frères et sœurs par alliance, de vos tantes et de vos oncles, et de vos nièces et de vos neveux; et
- de *votre* belle-mère et de *votre* beau-père, de vos beaux-frères et de vos belles-sœurs, et de vos gendres et de vos brus; et
- des grands-parents et des beaux-frères et des belles-sœurs de *votre conjoint* .

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

numéro de certificat s'entend du numéro d'identification unique que *vous* avez reçu lorsque *vous* avez acheté cette assurance.

période de couverture s'entend de la *période de couverture d'assurance soins médicaux d'urgence* , selon la définition figurant à l'article « RISQUES COUVERTS PAR L'ASSURANCE ».

personne assurée s'entend de toute personne :

- qui est admissible à l'assurance offerte aux termes du *certificat* ;
- 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 du Canada.

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

- a vécu au Canada pendant un total de 183 jours (consécutifs ou non) au cours de la dernière année; ou

- est membre des Forces canadiennes.

Pour de plus amples renseignements, prière de consulter le site Web de l'Agence du revenu du Canada.

stable signifie que, pour tout *trouble médical* ou trouble connexe, 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 de changement 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 au régime d'assurance séjour prolongé des 55 ans et plus a été acceptée.

traité(e) ou traitement s'entend de tout acte médical, de toute intervention thérapeutique ou de tout examen diagnostique prescrits, effectués ou recommandés par un *médecin*, notamment les médicaments, les chirurgies et les tests d'investigation prescrits. Le terme *traitement* exclut l'utilisation non modifiée de médicaments prescrits dans le cadre de *troubles médicaux* qui sont *stables*.

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 ou **soins médicaux d'urgence** 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 :

- que *vous* effectuez à l'extérieur de *votre* province ou territoire de résidence;
- dont la durée est d'au moins 30 jours;

et qui débute à la dernière des dates suivantes :

- *votre date d'entrée en vigueur*, indiquée sur *votre demande* ou dans *votre plus récente déclaration de couverture*;
- la date réelle de *votre* départ dans le cadre du *voyage couvert*;

et prend fin à la première des dates suivantes :

- *votre date d'expiration prévue*, indiquée sur *votre demande* ou dans *votre plus récente déclaration de couverture*;
- la date réelle de *votre* retour;
- la date de résiliation du présent *certificat*.

REMARQUE : Consultez les règlements concernant *votre régime d'assurance maladie gouvernemental (RAMG)* en ce qui a trait à la prolongation de *votre* couverture en cas de séjour à l'extérieur de *votre* province ou de territoire pour une période précise. Chaque *RAMG* prévoit des limites de couverture maximale différentes s'appliquant au nombre de jours autorisés à l'extérieur de la province ou du territoire avant que la couverture ne soit interrompue.

REMARQUE : Tout voyage dont le but est de se rendre de *votre* domicile à *votre* lieu de travail habituel ou d'en revenir ne constitue pas un *voyage couvert*.

REMARQUE : La journée du départ compte comme une journée complète.

Le guide de distribution prend fin ici.

Annexe 1
(Article 2)
AVIS DE RÉSOLUTION 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 sa part, l'assureur vous offre 10 jours suivant l'émission du certificat d'assurance pour mettre fin à cette assurance. Pour ce faire, vous devez envoyer un avis par courrier recommandé dans ce délai à l'adresse de l'assureur ci-dessous. Vous pouvez à cet effet utiliser le modèle ci-joint.
- 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 RÉSOLUTION 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°: TI002.

conclu le : _____ à : _____
(date de la signature du contrat) (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 apparaître 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.

