



TD Assurance

Assurance médicale de voyage

Régime d'assurance annuelle

Guide de distribution

Nom du produit d'assurance

Assurance médicale de voyage – Régime d'assurance annuelle

Type de produit d'assurance

Assurance de voyage collective

Coordonnées de l'assureur :

TD, Compagnie d'assurance-vie

P.O. Box 1

Toronto Dominion Centre

Toronto (Ontario) M5K 1A2

Téléphone : 1-888-788-0839

Coordonnées de l'administrateur :

Allianz Global Assistance

P.O. Box 277

Waterloo (Ontario) N2J 4A4

Téléphone : 1-800-293-4941

416-977-2039

Télécopieur : 519-742-9471

Coordonnées du distributeur :

La Banque Toronto-Dominion

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 la couverture	2
Résumé des caractéristiques particulières	3
Admissibilité	3
Assurance individuelle	4
Assurance pour deux personnes	4
Assurance familiale	4
Couverture prolongée	4
Cas exigeant un questionnaire médical	5
<i>Date d'entrée en vigueur de l'assurance médicale de voyage</i>	5
Confirmation d'assurance	5
Renouvellement et fin de l'assurance	5
Description des risques couverts et des indemnités	5
Frais admissibles aux termes de l' <i>assurance soins médicaux d'urgence</i>	6
Exclusions, restrictions ou réductions propres à l' <i>assurance soins médicaux d'urgence</i>	7
Assurance annulation de voyage	9
Exclusions, restrictions ou réductions propres à l'assurance annulation de voyage	9
Assurance interruption de voyage	9
Exclusions, restrictions ou réductions propres à l'assurance interruption de voyage	11
Fausse déclaration	12
Conditions générales	12
Primes	13
Fin de la couverture d'assurance	13
Résiliation et droit d'examiner ou de résilier l'assurance	13
Autres renseignements	14
Preuve de sinistre ou réclamation	14
Mesures à prendre en cas d'urgence	14
Comment présenter une réclamation?	15
Date limite pour présenter une réclamation	16
Comment communiquer avec <i>notre administrateur?</i>	16
Réponse de l'assureur	16
Appel de la décision de l'assureur et recours	17
Produits similaires	17
Référence à l'Autorité des marchés financiers	17
Définitions	17

Introduction

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

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

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

Nature de la couverture

Soins médicaux d'urgence

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

Assurance annulation de voyage

Nous verserons une indemnité à une *personne assurée* si elle doit annuler un *voyage couvert* en raison d'un *motif d'annulation couvert* indiqué à l'article « Description des risques couverts et des indemnités » du présent *guide de distribution*.

Assurance interruption de voyage

Nous verserons une indemnité à une *personne assurée* si elle n'est pas en mesure de poursuivre un *voyage couvert* en raison d'un *motif d'interruption couvert* indiqué à l'article « Description des risques couverts et des indemnités » du présent *guide de distribution*.

Résumé des caractéristiques particulières

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

Indemnité	Indemnité maximale payable (par <i>personne assurée</i> , par <i>voyage couvert</i>)
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 \$ par <i>personne assurée</i> par <i>voyage couvert</i> , sans aucun maximum global par <i>année d'assurance</i>
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 \$
Assurance annulation de voyage	Pour chaque <i>voyage couvert</i> : <ul style="list-style-type: none">• 1 000 \$ par <i>personne assurée</i>; OU• le montant qui est indiqué sur <i>votre</i> plus récente <i>demande</i> ou lettre de confirmation s'il est plus élevé. Ce montant ne peut excéder 3 000 \$. Un montant maximal global s'applique par <i>année d'assurance</i> : <ul style="list-style-type: none">• 5 000 \$ pour toutes les <i>personnes assurées</i> pour tous les <i>voyages couverts</i>; ou• le montant qui est indiqué sur <i>votre</i> plus récente <i>demande</i> ou lettre de confirmation s'il est plus élevé. Ce montant ne peut excéder 15 000 \$.
Assurance interruption de voyage	• 5 000 \$ par <i>personne assurée</i> , par <i>voyage couvert</i>

Admissibilité

Les clients âgés de moins de 85 ans peuvent faire une demande en ligne en se rendant à *notre* site Web à l'adresse tdassurance.com, au téléphone en communiquant avec *notre administrateur* ou en personne dans l'une de *nos* succursales de TD Canada Trust. Veuillez *vous* reporter au tableau qui suit pour plus de précisions.

Admissibilité	En personne	En ligne	Au téléphone avec <i>notre administrateur</i>
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 85 ans	Oui	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 annuelle* : 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 de 18 à 84 ans à la *date d'entrée en vigueur* de votre *régime d'assurance annuelle*;
- vous êtes un résident du Canada;
- vous êtes couvert par un régime d'assurance maladie gouvernemental d'une province ou d'un territoire du Canada;
- 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 d'entrée en vigueur* de votre *régime d'assurance annuelle*.

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 un *régime annuel d'assurance médicale de voyage* TD et que vous planifiez un voyage de plus de 17 jours, vous pouvez demander une prolongation de la couverture, 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 couverture prolongée; et
 - vous pouvez faire la demande avant ou après votre départ en voyage, si :
 - 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) le 17^e jour de votre voyage (veuillez noter que la date de départ compte comme une journée complète); et
 - le *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.
 - vous payez la prime requise relative à la prolongation de la couverture.
- Toute prolongation doit être approuvée par *notre administrateur*.

ii. Comment augmenter les indemnités de l'assurance annulation de voyage dans le cadre du *régime d'assurance annuelle*

Si vous avez un *régime d'assurance annuelle* et que vous désirez augmenter les indemnités de l'assurance annulation de voyage par rapport à la couverture standard globale de 1 000 \$ par *personne assurée*, par *voyage couvert* et de 5 000 \$ au total par *certificat* de *régime d'assurance annuelle*, par *année d'assurance*, vous pouvez demander les augmentations suivantes si chaque *personne assurée* remplit les critères applicables énoncés dans le présent article. Les couvertures maximales offertes sont les suivantes :

- 1 500 \$ par *personne assurée*, par *voyage couvert*, et jusqu'à un maximum global de 7 500 \$ pour toutes les *personnes assurées* et tous les *voyages couverts*, par *police*.
- 3 000 \$ par *personne assurée*, par *voyage couvert* et jusqu'à un maximum global de 15 000 \$ pour toutes les *personnes assurées* et tous les *voyages couverts*, par *police*.

REMARQUE : Une prime additionnelle sera exigible.

Cas exigeant un questionnaire médical

Les clients âgés d'au moins 55 ans qui souhaitent faire une demande de prolongation de la couverture devront répondre à des questions d'ordre médical afin de déterminer si l'assurance peut leur être accordée. Dans de tels cas, la prime 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 prolongation de la couverture.

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, le cas échéant, 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;
- *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 « Confirmation de l'assurance » du présent *guide de distribution*.

Confirmation de l'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 annuelle est automatiquement renouvelé à la *date anniversaire* si les conditions suivantes sont remplies :

- *vous avez souscrit votre régime d'assurance annuelle* par Internet ou en communiquant par téléphone avec *notre administrateur*;
- à la *date anniversaire*, nous avons dans nos dossiers les renseignements relatifs à une carte de crédit valide;
- aucune *personne assurée* aux termes du *certificat* n'est âgée de 85 ans ou plus à la *date anniversaire*; **ET**
- la prime de renouvellement est reçue et acceptée pour l'*année d'assurance* suivante aux termes du *régime d'assurance annuelle*.

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

Si des changements ont été apportés, nous *vous* ferons parvenir un nouveau *certificat* dans lequel seront énoncées les modalités de l'assurance pour la nouvelle *année d'assurance* aux termes du *régime d'assurance annuelle*. S'il n'y a eu aucun changement, *votre plus récent certificat* continuera de s'appliquer. Si *vous* désirez résilier *votre assurance*, *vous* pouvez le faire en suivant la procédure décrite à l'article « Résiliation et droit d'examiner ou de résilier l'assurance ».

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 annuelle* commence au moment où la *personne assurée* entreprend le *voyage couvert* et prend fin à la première des éventualités suivantes :

- la date de retour de la *personne assurée* après le *voyage couvert*,
- à 23 h 59 le 17^e jour du *voyage couvert* si ce dernier dure plus de 17 jours et que *vous* n'avez souscrit aucune couverture prolongée pour le *voyage couvert*.

La *personne assurée* devra fournir une preuve, que nous jugeons satisfaisante, de la date réelle de départ de sa province ou de son territoire de résidence. La preuve de *votre* date de départ peut être, notamment :

- l'itinéraire de vol,
- des reçus d'essence, **OU**
- des reçus de péage;

- à 23 h 59 la dernière journée de la couverture prolongée, tel qu'il est indiqué dans la plus récente *déclaration de couverture*;
- la date de fin du *certificat*;

Si une *personne assurée* se trouve dans une situation d'*urgence médicale* à la date de fin de la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence*, à moins que le *certificat* fasse l'objet d'une résiliation, la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence* est alors automatiquement prolongée jusqu'à 72 heures après la fin de l'*urgence médicale* pour les personnes suivantes :

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

(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

- les 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

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

6. Ambulance aérienne

- les 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

- le 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 qui survient au cours de la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence*.

Les *traitements* d'urgence requis pour soulager la douleur dentaire sont couverts jusqu'à concurrence de 200 \$.

9. Appareils médicaux

■ les frais liés aux plâtres, béquilles, éclisses, écharpes, attelles, bandages herniaires et/ou coût de location d'un fauteuil roulant ou d'un déambulateur :

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

10. Billet d'avion

■ les 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; **ET**
- *notre administrateur* approuve le transport au préalable.

Cette indemnité sera réduite de tout montant versé en guise d'indemnité aux termes de l'assurance interruption de voyage afin de permettre à la *personne assurée* de retourner à son lieu de départ.

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*

■ les frais pour un billet d'avion aller simple en classe économique si :

- une *urgence médicale* couverte touche une *personne assurée*;
- par conséquent, un *compagnon de voyage*, qui doit prolonger son séjour après la date de retour prévue; **ET**
- *notre administrateur* approuve au préalable, les frais pour un billet d'avion aller simple en classe économique jusqu'au lieu de départ du *compagnon de voyage*.

Cette indemnité sera réduite de tout montant versé en guise d'*indemnité aux termes de l'assurance interruption de voyage* afin de permettre au *compagnon de voyage* de retourner à son lieu de départ, si ce dernier est également une *personne assurée* aux termes du *certificat*.

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*

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 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 votre âge à la *date d'entrée en vigueur* de votre *certificat*. 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 65 ans	<i>Nous</i> ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à une <i>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 65 ans et plus	<i>Nous</i> ne verserons pas de frais ni d'indemnités liés à une <i>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 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 sont considérées comme <i>stables</i> : <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>	signifie une blessure ou une maladie qui ne requiert pas : <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. 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 la 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*.

Par exemple, aucune indemnité ne sera versée à l'égard d'une *urgence médicale* qui survient après 23 h 59 le 17^e jour d'un *voyage couvert*, si vous n'avez souscrit aucune couverture prolongée pour le voyage.

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.

B. Assurance annulation de voyage

(i) Période de couverture

La *période de couverture* prend effet à la plus tardive des dates suivantes :

■ la *date d'entrée en vigueur* de votre régime d'assurance annuelle; **OU**

■ la date à laquelle le *voyage couvert* est réservé.

La *période de couverture* prend fin à la première des éventualités suivantes :

■ la date de départ de la *personne assurée* pour le *voyage couvert*; **OU**

■ la date de fin du *certificat*.

(ii) Risque couvert

Si vous avez souscrit le régime d'assurance annuelle, nous verserons à la *personne assurée* une indemnité aux termes de l'assurance annulation de voyage si cette personne doit annuler un *voyage couvert* pour l'un des motifs d'annulation couverts.

Les **frais admissibles aux termes de l'assurance interruption de voyage** correspondent à l'une des deux options suivantes :

■ le remboursement :

– d'une partie des réservations de voyage inutilisées de la *personne assurée* qui :

• ont été payées à l'avance;

• ont été perdues en raison d'un motif d'annulation couvert; **ET**

• n'étaient pas remboursables à la date de l'événement du motif d'annulation couvert; **ET**

– des frais administratifs d'annulation liés aux points de voyage, applicables à la date de l'événement du motif d'annulation couvert, le cas échéant.

Aucuns frais engagés pour une assurance de voyage supplémentaire ne seront remboursés.

OU

■ Si la *personne assurée* ne peut partir en voyage à la date de départ prévue en raison d'un motif d'annulation couvert, le paiement des frais de déplacement raisonnables qui sont :

– requis afin que la *personne assurée* puisse se rendre à la destination du *voyage couvert* le plus directement possible; **ET**

– approuvés à l'avance par *notre administrateur*.

Les motifs d'annulation couverts comprennent les éléments suivants :

- le décès d'une *personne assurée*;
- la maladie, la blessure accidentelle ou la mise en quarantaine soudaine et imprévue d'une *personne assurée* si :
 - l'événement ne découle pas d'une *maladie préexistante*;
 - l'événement empêche la *personne assurée* d'entreprendre le *voyage couvert*;
 - un *médecin* atteste par écrit, tout en indiquant les raisons médicales qui motivent sa décision :
 - qu'il a recommandé à la *personne assurée* d'annuler le *voyage couvert*; **OU**
 - que la maladie ou la blessure empêche la *personne assurée* d'entreprendre le *voyage couvert*; **ET**
 - vous remettez l'attestation du *médecin* à *notre administrateur* avant la date de départ prévue;
- le décès d'un *membre de la famille immédiate* de la *personne assurée*;
- la maladie, la blessure accidentelle ou la mise en quarantaine soudaine et imprévue d'un *membre de la famille immédiate* de la *personne assurée*; **OU**
- l'*hospitalisation* ou le décès soudain et imprévu de l'hôte de la *personne assurée* à sa destination.

(iii) Exclusions, restrictions ou réductions propres à l'assurance annulation de voyage

MISE EN GARDE

1. Maladie préexistante

■ Aucune indemnité ne sera versée à l'égard d'un trouble médical de la *personne assurée* qui est lié à une *maladie préexistante* ou qui en découle. Se reporter à l'article (iii) Exclusions, restrictions ou réductions propres à l'assurance soins médicaux d'urgence, 2. *Maladie préexistante*, pour en savoir plus sur la période de *stabilité* qui s'applique à vous.

2. Maladies raisonnablement prévisibles

■ Aucune indemnité ne sera versée relativement à une maladie, à une blessure accidentelle ou à la mise en quarantaine de la *personne assurée* si l'événement était raisonnablement prévisible au début de la *période de couverture* de l'*assurance annulation de voyage*.

3. Pénalités d'annulation lorsqu'un motif d'annulation couvert est invoqué

■ L'indemnité sera limitée aux pénalités d'annulation en vigueur à la date de l'événement du *motif d'annulation couvert*; il est donc essentiel d'annuler promptement vos réservations de voyage.

4. Programme de points pour grands voyageurs

■ En aucun cas une indemnité ne sera versée relativement à la valeur des *points pour grands voyageurs* qui ont été perdus. Toutefois, les *Points TD* accumulés dans le compte de votre carte *Visa Infinite** TD Classe ultime Voyages^{MD} peuvent faire l'objet d'une indemnité aux termes du *certificat*.

C. Assurance interruption de voyage

(i) Période de couverture

La *période de couverture* prend effet à la plus tardive des dates suivantes :

- la *date d'entrée en vigueur* de votre *régime d'assurance annuelle*;
- la date à laquelle la *personne assurée* effectue une partie du *voyage couvert*, tel qu'il est indiqué sur sa facture ou son billet.

La *période de couverture* prend fin à la première des éventualités suivantes :

- la date de retour prévue de la *personne assurée* après le *voyage couvert*;
- à 23 h 59 le 17^e jour du *voyage couvert* si ce dernier dure plus de 17 jours et que vous n'ayez souscrit aucune couverture prolongée pour le *voyage couvert*;
- à 23 h 59 le dernier jour de votre couverture prolongée si le *voyage couvert* dure plus de 17 jours et que vous ayez souscrit une couverture prolongée pour le *voyage couvert*; **ET**
- la date de fin du *certificat*.

(ii) Risque couvert

Si vous avez souscrit le *régime d'assurance annuelle*, nous verserons à la *personne assurée* une indemnité aux termes de l'assurance interruption de voyage si cette personne doit mettre fin prématurément à un *voyage couvert* pour l'un des *motifs d'interruption couverts*.

Les frais admissibles aux termes de l'assurance interruption de voyage comprennent les éléments suivants :

- Si la *personne assurée* doit mettre fin au *voyage couvert* en raison d'un événement figurant dans la liste des motifs d'interruption couverts, le moins élevé des montants suivants :
 - le coût d'un billet d'avion aller simple en classe économique afin de retourner au lieu de départ, sous réserve de l'approbation préalable de *notre administrateur*; **OU**
 - les frais exigés par le transporteur aérien pour changer la date de retour de la *personne assurée*.
- Si la *personne assurée* ne peut atteindre l'étape suivante de son *voyage couvert* dans le délai prévu en raison d'un *motif d'interruption couvert*, le paiement des frais de déplacement raisonnables qui sont :
 - requis afin que la *personne assurée* puisse rejoindre un groupe de voyageurs le plus directement possible; **ET**
 - approuvés à l'avance par *notre administrateur*; **ET**
- La partie des réservations inutilisées relatives à la portion terrestre du voyage et qui :
 - sont prévues au *voyage couvert* de la *personne assurée*;
 - ont été payées avant la date de départ de la *personne assurée*; et
 - n'étaient pas remboursables à la date de l'événement du *motif d'interruption couvert*.

Les motifs d'interruption couverts comprennent les éléments suivants :

- le décès d'une *personne assurée*;
- la blessure accidentelle ou la maladie d'une *personne assurée* si :
 - l'événement ne découle pas d'une *maladie préexistante*; **ET**
 - de l'avis de *notre administrateur* :
 - des soins médicaux immédiats sont requis et, pour cette raison :
 - la *personne assurée* ne pourra pas continuer son *voyage couvert*; **OU**
 - la *personne assurée* ne pourra pas atteindre à temps la prochaine étape de son *voyage couvert*;
- le décès d'un membre de la famille immédiate de la *personne assurée*;
- la maladie soudaine et imprévue ou la blessure accidentelle d'un *membre de la famille immédiate* qui nécessite une *hospitalisation*.

(iii) Exclusions, restrictions ou réductions propres à l'assurance interruption de voyage

MISE EN GARDE

1. Maladies préexistantes

- Aucune indemnité ne sera versée à l'égard d'un *trouble médical* de la *personne assurée* qui est lié à une *maladie préexistante* ou qui en découle. Se reporter à l'article (iii) Exclusions, restrictions ou réductions propres à l'assurance soins médicaux d'urgence, 2. *Maladie préexistante*, pour en savoir plus sur la période de *stabilité* qui s'applique à *vous*.

2. Maladies raisonnablement prévisibles

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

3. Interruption en dehors de la période de couverture

- Aucune indemnité ne sera versée à l'égard d'une interruption qui survient avant le début de la *période de couverture* ou après la fin de cette dernière.
Par exemple, aucune indemnité ne sera versée à l'égard d'une interruption qui survient après 23 h 59 le 17^e jour d'un *voyage couvert*, si *vous* n'avez souscrit aucune couverture prolongée pour le voyage.

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

4. Sommes non remboursables après l'événement d'un motif d'interruption couvert

- Seules les sommes non remboursables à la date de l'événement du *motif d'interruption couvert* sont admissibles aux fins de la réclamation. Il est donc important d'appeler *notre administrateur* immédiatement afin de prendre d'autres dispositions.

5. Programme de points pour grands voyageurs

- En aucun cas une indemnité ne sera versée relativement à la valeur des points pour grands voyageurs qui ont été perdus. Toutefois, les Points TD accumulés dans le compte de votre carte *Visa Infinite** TD Classe ultime Voyages peuvent faire l'objet d'une indemnité aux termes du *certificat*.

6. Voyage de retour inutilisé

- En aucun cas un voyage de retour prépayé inutilisé ne sera remboursé.

(iii) Exclusions, restrictions ou réductions propres à toutes les assurances

MISE EN GARDE

Veillez *vous* reporter à l'article approprié pour de plus amples 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 aux *hospitalisations*, aux *traitements* ou aux médicaments.

3. 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

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*, **OU**

– la *date anniversaire* à laquelle *votre certificat* est renouvelé, le cas échéant; **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 *votre date anniversaire*, à moins que *votre* assurance ne soit renouvelée.

REMARQUE : Si une *personne assurée* se trouve dans une situation d'*urgence médicale* à la date à laquelle *votre 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 annuelle* 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 annuelle* peut être résilié.

Type de régime	Comment résilier le régime?	Quand résilier le régime?	Remboursement de la prime/Frais
Régime d'assurance annuelle	<ul style="list-style-type: none">• par téléphone – la résiliation prend effet à la date de <i>votre</i> appel, ou• au moyen d'une demande	Au plus tard dix (10) jours à compter de la date de réception de <i>votre certificat</i> , du <i>certificat</i> de remplacement ou de l'avis de renouvellement	Remboursement intégral

écrite, envoyée par la poste
– la résiliation prend effet à la
date d'oblitération postale de
votre demande

Autres renseignements

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

- communiquer avec le service à la clientèle de *notre administrateur*, veuillez vous 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**

Preuve de sinistre ou réclamation

Présentation d'une réclamation – formulaire de réclamation

Mesures à prendre en cas d'urgence

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

- les *urgences médicales*; **ET**
- toutes les urgences couvertes qui pourraient nécessiter :
 - l'annulation d'un voyage; **OU**
 - l'interruption d'un voyage.

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

Si *vous* souhaitez présenter une réclamation relativement à une *urgence médicale*, conformément aux exigences énumérées à l'article 18 du *certificat* (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).

En cas d'urgence médicale

Vous 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.

En cas d'annulation de voyage

Il est important d'appeler immédiatement la ligne d'assistance 24 h de *notre administrateur* au numéro indiqué à l'article « Comment communiquer avec *notre administrateur* ».

Le montant payable aux termes de l'assurance annulation de voyage se limite aux pénalités d'annulation de *votre* fournisseur de voyage en vigueur à la date de l'événement du *motif d'annulation couvert*. Il est donc important d'annuler rapidement *votre régime d'assurance annuelle*, soit dans un délai d'un jour ouvrable.

Une fois que la *personne assurée* aura annulé ses réservations de voyage auprès du fournisseur de voyage, *vous* devrez suivre les directives indiquées à l'article « Comment présenter une réclamation » du présent *guide de distribution*.

En cas d'interruption de voyage

Vous devez appeler immédiatement la ligne d'assistance 24 h de *notre administrateur* au numéro indiqué à l'article « Comment communiquer avec *notre administrateur*? ».

Certains frais seront couverts seulement si *notre administrateur* les approuve préalablement. Tous les frais de transport doivent être approuvés au préalable.

Seuls les frais non remboursables à la date de l'événement du *motif d'interruption couvert* sont admissibles à un remboursement. Vous devez communiquer avec *notre administrateur* dès que possible, dans un délai d'un jour ouvrable, en vue de prendre d'autres dispositions de voyage.

Comment présenter une réclamation?

En cas d'urgence médicale

Si vous souhaitez présenter une réclamation relativement à une *urgence médicale*, conformément aux exigences énumérées à l'article 18 du *certificat* (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 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 (y compris toute interruption qui survient au cours d'un *voyage couvert*) dans sa province ou son territoire de résidence.

En cas d'annulation ou d'interruption de voyage

Une fois que la *personne assurée* a annulé ses réservations de voyage auprès du fournisseur de voyage, vous devez appeler le service à la clientèle de *notre administrateur*, au numéro indiqué à l'article « Comment communiquer avec *notre administrateur*? », afin d'obtenir un formulaire de réclamation.

Vous devez soumettre un formulaire de réclamation dûment rempli et les documents justificatifs à l'appui de la réclamation, y compris :

- les originaux des documents suivants : la facture, les billets (y compris les billets inutilisés), les reçus et l'itinéraire;
- la preuve que l'annulation ou l'interruption du voyage est occasionnée par un *motif d'annulation couvert* ou un *motif d'interruption couvert*. Il peut s'agir :
 - d'un certificat médical;
 - d'une déclaration écrite du *médecin*; **OU**
 - d'un certificat de décès; **ET**
- une « autorisation de divulgation des renseignements médicaux » signée qui nous permettra d'obtenir les renseignements nécessaires pour évaluer la réclamation.

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.

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*.

Si vous souhaitez présenter une réclamation relativement à une *urgence médicale*, nous aurons besoin des 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).

Comment communiquer avec *notre administrateur*?

Ligne d'assistance d'urgence 24 h

Pour déclarer une *urgence médicale* ou pour prendre des dispositions concernant une *interruption* ou une *annulation de voyage*, 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.

Service à la clientèle

Pour souscrire de l'assurance ou majorer les indemnités offertes aux termes de l'*assurance annulation voyage* dans le cadre de *votre régime d'assurance annuelle*, 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 informerons de l'approbation de *votre* 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 *votre* réclamation aura été approuvée, l'assureur effectuera le paiement dans les 30 jours.

Nous vous informerons 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*.

année d'assurance s'entend de la période qui commence à la *date d'entrée en vigueur* de *vo*tre assurance et qui se termine une (1) année plus tard, soit à la *date anniversaire* et si *vous* renouvelez *vo*tre *régime d'assurance annuelle*, les périodes subséquentes de douze mois, le cas échéant.

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 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 anniversaire s'entend, dans le cadre du *régime d'assurance annuelle* :

■ de la date une (1) année après la *date d'entrée en vigueur* de *vo*tre assurance; **ET**

■ si *vous* renouvelez *vo*tre *certificat*, des dates anniversaires subséquentes, le cas échéant, à compter de la *date d'entrée en vigueur* de *vo*tre assurance.

date d'entrée en vigueur s'entend de la date à laquelle *votre certificat* entre en vigueur et correspond à la date du départ précisée dans *votre demande* ou *votre 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 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* ou d'augmentation de la couverture. La *demande* fait partie de *votre* contrat d'assurance et est utilisée aux fins de *traitement* de *votre* demande d'assurance.

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 et d'usage 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.

hôpital s'entend d'un établissement habilité par les autorités compétentes en tant qu'hôpital à offrir des services médicaux et des services de diagnostic et de chirurgie aux malades *hospitalisés* sous la supervision d'un personnel composé de *médecins* et qui offre des soins proposés par des infirmiers autorisés 24 heures sur 24.

REMARQUE : Cette définition ne comprend pas les cliniques, les centres de soins prolongés ou palliatifs, les centres de réadaptation, les centres de traitement des toxicomanes, les maisons de convalescence, de repos ou de soins infirmiers, les centres d'accueil ou les stations thermales.

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* ou le 1^{er} jour de *votre période de couverture* pour un *voyage couvert* .

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 d'une période de dix-sept (17) jours qui tombe dans *votre année d'assurance* qui commence le jour où *vous* entrenez *votre voyage couvert* et qui prend fin à la première des éventualités suivantes : le dix-septième (17^e) jour de *votre voyage couvert* ou le jour où *vous* rentrez réellement de *votre voyage couvert* . 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.

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 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 *vos* *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 annuelle*.

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 ou de symptômes, 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 **vos** s'entendent de la ou des personnes qui sont désignées à titre de *personnes assurées* dans *vos* 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;
- dont la durée est d'au plus 17 jours consécutifs; **ET**
- qui commence et qui prend fin lorsque le *régime d'assurance annuelle* est en vigueur.

Votre guide de distribution se termine ici.

