



TD Assurance
Assurance médicale de voyage
Régime d'assurance annuelle
Certificat d'assurance

Émis par : TD, Compagnie d'assurance-vie (« TD Vie ») aux termes du contrat collectif TI002 (le « contrat collectif ») à l'intention de la Banque Toronto-Dominion (le « titulaire de la police » ou « TD Canada Trust »). Gestion Global Excel Inc. (« Global Excel ») offre des services de réclamation et de soutien et CanAm Services d'Assurance (2018) Limitée (« CanAm »), une filiale de Global Excel, fournit des services de ventes et d'administration des polices dans le *cadre du contrat collectif*.

AVIS IMPORTANT – À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE VOYAGER

Vous avez souscrit une assurance voyage. Et ensuite? *Nous* voulons que *vous* compreniez (et il est dans *votre* intérêt de savoir) ce que comprend *votre* couverture, ce qu'elle exclut et ce qui est limité (payable, mais avec des limites). Veuillez prendre le temps de lire *votre certificat* avant de partir. **Les termes en italique sont définis dans votre certificat.**

- L'assurance voyage couvre les réclamations résultant de situations soudaines et inattendues (accidents et urgences, par exemple).
- Pour être admissible à cette assurance, *vous* devez satisfaire à tous les critères d'admissibilité.
- Cette assurance contient des limites et des exclusions (par exemple, dans le cas de *problèmes de santé* qui ne sont pas *stables*, d'une grossesse, d'un enfant né pendant un voyage, d'une consommation excessive d'alcool, d'activités comportant des risques élevés, etc.).
- Cette assurance peut ne pas couvrir les réclamations liées à des *maladies préexistantes*, qu'elles soient divulguées ou non au moment de la souscription.
- Communiquez avec *notre* administrateur au 1-800-359-6704 ou +1-416-977-5040 (à frais virés) avant de devoir annuler ou interrompre *votre voyage assuré*, sans quoi vos indemnités pourraient être limitées ou refusées.
- En cas de réclamation, vos antécédents médicaux pourraient être revus.
- Si l'un ou l'autre de vos renseignements n'est pas exact ou exhaustif, *votre* régime d'assurance sera susceptible d'annulation.

VOUS AVEZ LA RESPONSABILITÉ DE COMPRENDRE VOTRE COUVERTURE. Veuillez lire votre certificat pour connaître la couverture, les détails, les limites et les exclusions.

SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, COMPOSEZ LE 1-800-775-1669, ou visitez le
www.td.com/voyagerenconfiance

Ligne d'assistance d'urgence 24 h

Si une urgence médicale survient, vous devez communiquer par téléphone avec notre administrateur immédiatement, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Si vous omettez de le faire, les indemnités seront limitées, tel qu'il est décrit à l'article 6, sous la rubrique « Limites et exclusions relatives aux urgences médicales ». Certains frais seront couverts seulement si notre administrateur les approuve préalablement. Vous pouvez obtenir de l'aide en tout temps en composant l'un des numéros suivants :

- Canada et États-Unis, sans frais, 1-800-359-6704; ou
- autre pays, à frais virés, +1-416-977-5040.

Réclamations et service à la clientèle

Pour demander un formulaire de réclamation ou obtenir de l'aide, appelez Gestion Global Excel Inc. du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HE), sans frais au 1-800-359-6704 ou au +1-416-977-5040.

Changements à votre couverture

Pour demander un formulaire de réclamation, pour résilier votre assurance ou pour obtenir des renseignements généraux, appelez CanAm du lundi au vendredi, de 8 h à 21 h (HE), et le samedi, de 9 h à 17 h (HE), sans frais au 1-800-775-1669.

Droit d'examiner le présent *certificat*

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

Table des matières

Article 1 : Introduction	3
Article 2 : Admissibilité	3
Article 3 : Résumé des indemnités aux termes du régime annuel d'assurance	4
Article 4 : Définitions	5
Article 5 : Description de la couverture d'assurance	5
Couverture des <i>soins médicaux d'urgence</i> en voyage	5
Que faire en cas d' <i>urgence médicale</i>	5
Indemnités pour les <i>urgences médicales</i>	5
Article 6 : Limites et exclusions s'appliquant à toutes les indemnités	8
Article 7 : Comment devenir assuré, ou étendre ou modifier la couverture	13
Comment devenir assuré	13
Quand la couverture entre-t-elle en vigueur et quand prend-elle fin	13
Fin de votre <i>certificat</i>	14
Comment renouveler <i>votre</i> régime annuel d'assurance	14
Comment choisir une option complémentaire si le voyage est prolongé	14
Demander une option complémentaire de <i>votre</i> régime annuel d'assurance	14
Article 8 : Primes d'assurance	14
Primes et remboursements de primes	14
Remboursement des primes	15
Article 9 : Résiliation ou annulation du contrat ou de la couverture par l'assureur	15
Article 10 : Comment présenter une réclamation	16
Avec qui communiquer pour soumettre une réclamation	16
Remplir le formulaire approprié	16
Fournir les renseignements demandés	16
Si <i>vous</i> avez présenté la réclamation immédiatement	16
Si <i>vous</i> n'avez pas présenté la réclamation immédiatement	17
Ce que le demandeur peut attendre de l'assureur	17
Article 11 : Comment communiquer avec <i>notre</i> administrateur	17
Article 12 : Dispositions générales	18
Accès aux soins médicaux	18
Versement des prestations	18
Coordination des indemnités avec d'autres assureurs	18
Devise	18
Contrat collectif	18
Délai de prescription applicable aux poursuites judiciaires	18
Liens entre <i>nous</i> et le titulaire du <i>contrat collectif</i>	18
Vérification et examen médical	18
Droit de subrogation	19
Définitions	19
Processus de traitement des plaintes – TD, Compagnie d'assurance-vie	23

La couverture offerte aux termes du présent <i>certificat</i> est offerte par :	Les services d'administration et d'évaluation des réclamations sont fournis par :	Les services des ventes et d'administration des polices sont fournis par :
TD, Compagnie d'assurance-vie (assureur) C.P. 1, TD Centre Toronto (Ontario) M5K 1A2	Gestion Global Excel Inc (administrateur) 73, rue Queen Sherbrooke (Quebec) J1M 0C9 Numéro de téléphone: 1-800-359-6704 ou +1-416-977-5040	CanAm Services D'Assurance (2018) Limitee (administrateur) 73 rue Queen Sherbrooke (Quebec) J1M 0C9 Numéro de téléphone: 1-800-775-1669

Article 1 : Introduction

Certificat d'assurance

Votre certificat d'assurance fait partie de *votre* contrat et indique les couvertures et l'assurance qu'il offre. *Vous* ne pouvez bénéficier des couvertures que si *vous* les avez souscrites.

Comment *nous* joindre

- Avant de partir :
 - Appelez CanAm du lundi au vendredi, de 8 h à 21 h (HE), et le samedi, de 9 h à 17 h (HE), sans frais au 1-800-775-1669
- Lorsque *vous* voyagez et que *vous* avez besoin de soins d'urgence :
 - Canada et États-Unis, sans frais – **1-800-359-6704**; autres pays, à frais virés – **+1-416-977-5040**.
 - **Ligne d'assistance d'urgence 24 h :**
Si une *urgence médicale* survient, *vous* devez communiquer par téléphone avec GGE immédiatement, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Si *vous* omettez de le faire, les indemnités seront limitées, tel qu'il est décrit à l'article 6 : Limites et exclusions s'appliquant à toutes les indemnités, sous la rubrique « Limites et exclusions relatives aux *urgences médicales* ». Certains frais seront couverts seulement si GGE les approuve préalablement.

Article 2 : Admissibilité

Critères d'admissibilité

Vous pouvez faire une demande d'assurance annuelle si *vous* :

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

Quels types de couvertures sont offerts

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

1. Assurance individuelle

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

- *vous* indiquez dans *votre proposition* que le *certificat* doit couvrir l' *enfant* ou les *enfants à charge* plutôt que *vous* ; et

- *vos enfants à charge* remplissent les critères susmentionnés, sauf :
 - qu'ils peuvent ne pas être clients du Groupe Banque TD; et
 - qu'ils peuvent être âgés de moins de 18 ans.

2. Assurance pour deux personnes

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

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

3. Assurance familiale

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

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

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

Cas exigeant un questionnaire médical

Un questionnaire médical sera exigé si *vous* présentez une *proposition* visant le régime annuel d'assurance ou l'option complémentaire du régime, et que *vous* êtes âgé :

- de 60 à 64 ans pour un *voyage assuré* de 30 jours ou plus; ou
- de 65 ans ou plus.

Si le questionnaire médical est exigé, la prime de la couverture d'assurance ou de l'option complémentaire sera fondée sur les réponses données aux questions d'ordre médical. Selon ces réponses, certains demandeurs pourraient ne pas être admissibles à la couverture d'assurance.

Article 3 : Résumé des indemnités aux termes du régime annuel d'assurance

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

Protection	Prestation maximale payable (par <i>personne assurée</i> , par <i>voyage assuré</i>)
Assurance <i>soins médicaux d'urgence</i> et autres indemnités, notamment : • Indemnité pour <i>hospitalisation</i> • Honoraires de <i>médecin</i> • Services de diagnostic • Ambulance • Appareils médicaux • Retour d'urgence au domicile	Jusqu'à 10 000 000 \$ par <i>personne assurée</i> par <i>voyage assuré</i> (aucun maximum global par année d'assurance)
Soins infirmiers privés	Jusqu'à 5 000 \$
Honoraires (physiothérapeute, chiropraticien, etc.)	Jusqu'à 300 \$ par profession
Soins pour blessures dentaires accidentelles	Jusqu'à 2 000 \$
Indemnité pour le <i>compagnon de chevet</i>	Aller-retour par avion en classe économique et jusqu'à 1 500 \$ pour les repas et l'hébergement du <i>compagnon de chevet</i>

Indemnité pour le <i>compagnon de voyage</i>	Aller simple par avion en classe économique
Repas et hébergement	Jusqu'à 3 500 \$
Frais d' <i>hôtels</i> accessoires	Jusqu'à 500 \$
Rapatriement et accompagnement d' <i>enfants à charge</i>	Aller simple par avion en classe économique et accompagnateur, si la compagnie aérienne l'exige
Rapatriement d'animaux de compagnie	Jusqu'à 500 \$
Retour d'un véhicule	Jusqu'à 2 000 \$
Rapatriement de la dépouille	Jusqu'à 10 000 \$

Article 4 : Définitions

Les termes en italiques sont définis plus loin. Au fur et à mesure que *vous* lisez le *certificat*, veuillez *vous* reporter aux définitions de la page 20 afin de *vous* assurer que *vous* comprenez *votre* couverture ainsi que les limites et les exclusions qui s'appliquent à *vous*.

Article 5 : Description de la couverture d'assurance

Couverture des *soins médicaux d'urgence* en voyage

La couverture des *soins médicaux d'urgence* en voyage offre des indemnités aux voyageurs en situation d'*urgence médicale* en dehors de leur province/territoire/pays de résidence.

Que faire en cas d'*urgence médicale*

Si une *urgence médicale* survient, *vous* devez communiquer par téléphone avec *notre* administrateur immédiatement, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Si *vous* omettez de le faire, les indemnités seront limitées, tel qu'il est décrit ci-dessous à la rubrique 2a) « Approbation préalable obligatoire pour les *traitements médicaux d'urgence* » de l'article 6. Certains frais seront couverts seulement si *notre* administrateur les approuve préalablement.

Vous pouvez obtenir de l'aide en tout temps en composant l'un des numéros suivants :

- Canada et États-Unis, sans frais – **1-800-359-6704**; ou
- autre pays, à frais virés – **+1-416-977-5040**.

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

Si un tel paiement direct est impossible, *vous* pouvez être appelé à payer les services, et à présenter ensuite une réclamation afin de recevoir le remboursement des frais admissibles.

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

Quand *votre* couverture entre-t-elle en vigueur et quand prend-elle fin

Consultez la rubrique « Quand la couverture entre-t-elle en vigueur et quand prend-elle fin » de l'article 7 pour savoir quand *votre* couverture commence, et la rubrique « Fin de *votre certificat* » de l'article 7 pour savoir quand *votre* couverture prend fin.

Indemnités pour les *urgences médicales*

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

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

La couverture des *soins médicaux d'urgence* pouvant atteindre 10 000 000 \$ par voyage assuré. Aucun maximum global par *année d'assurance*.

Indemnité pour hospitalisation	Tout séjour dans un <i>hôpital</i> ou un établissement médical approprié pour un <i>traitement</i> en tant que malade <i>hospitalisé</i> , dans le cadre de services ambulatoires et de services de soins d'urgence, qui a été approuvé au préalable par <i>notre</i> administrateur.
Honoraires de médecin	Les frais facturés par un <i>médecin</i> et nécessaires dans le cadre d'un <i>traitement</i> pour une <i>urgence médicale</i> , et autorisés au préalable par <i>notre</i> administrateur.
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.
Services de diagnostic	Les frais pour les tests diagnostiques, les tests de laboratoire et les radiographies qui sont prescrits par le <i>médecin</i> traitant, et autorisés au préalable par <i>notre</i> administrateur si les tests comprennent, selon le cas : • des examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM); ou • des examens tomodensitométriques (examens TDM); ou • des échogrammes; ou • des échographies; ou • des techniques diagnostiques effractives, y compris l'angiographie.
Ambulance	Les frais pour le transport d'urgence dans une ambulance à destination de l' <i>hôpital</i> autorisé le plus proche.
Ambulance aérienne	Les frais pour le transport d'urgence par ambulance aérienne seulement si <i>notre</i> administrateur conclut que l'état physique de la <i>personne assurée</i> exclut tout autre moyen de transport et : • tire cette conclusion avant que le service ne soit fourni; et • approuve ce service au préalable; et • prend les dispositions nécessaires pour ce service.
Médicaments sur ordonnance	Remboursement des frais de médicaments sur ordonnance requis pour un <i>traitement</i> d'urgence au cours d'un <i>voyage assuré</i>. REMARQUE : Les médicaments brevetés, exclusifs ou expérimentaux et les vitamines sont exclus.
Honoraires professionnels	Jusqu'à concurrence de 300 \$ par profession pour les frais engagés à l'égard d'une <i>urgence médicale</i> couverte nécessitant un <i>traitement</i> de la part d'un physiothérapeute, d'un chiropraticien, d'un podologue, d'un podiatre ou d'un ostéopathe agréé, si : • le <i>traitement</i> est nécessaire pour soulager immédiatement un symptôme aigu et un <i>médecin</i> juge qu'il ne peut attendre <i>votre</i> retour dans <i>votre</i> province ou territoire de résidence; et • le <i>traitement</i> est ordonné par un <i>médecin</i> au cours de la durée d'un <i>voyage assuré</i> et fourni par un professionnel agréé qui est désigné aux termes de la présente indemnité.
Soins pour blessures dentaires accidentelles	Jusqu'à concurrence de 2 000 \$ pour un <i>traitement</i> dentaire qui est : • requis pendant la <i>période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence</i>; et • requis pour un coup porté à des dents naturelles ou des dents artificielles permanentes à la suite d'un accident causant une <i>urgence médicale</i>.
Traitement d'urgence requis pour soulager la douleur dentaire	Les <i>traitements</i> requis afin de soigner d'urgence un mal de dents sont couverts jusqu'à concurrence de 200 \$.
Appareils médicaux	Les frais liés aux plâtres, béquilles, éclisses, écharpes, attelles, bandages herniaires, bottes de marche médicales et/ou coûts de location d'un fauteuil roulant ou d'un déambulateur s'ils sont : • prescrits par un <i>médecin</i>; et • requis en raison d'une <i>urgence médicale</i>.

Retour d'urgence au domicile	Les frais engagés pour acheter un billet simple en classe économique ainsi qu'un billet d'avion aller simple supplémentaire en classe économique, s'il le faut pour transporter une civière, selon les conditions suivantes : • par suite d'une <i>urgence médicale</i>, <i>notre</i> administrateur juge qu'une <i>personne assurée</i> doit retourner dans sa province au Canada; et • <i>notre</i> administrateur approuve le transport au préalable. REMARQUE : <i>Nous</i> verserons également les frais relatifs à un accompagnateur médical qualifié pour <i>vous</i> accompagner jusqu'à <i>votre</i> province ou territoire de résidence si le <i>médecin</i> traitant pendant <i>votre urgence médicale</i> le recommande et <i>notre</i> administrateur l'approuve au préalable.
Indemnité pour le compagnon de chevet	Les frais pour un billet d'avion aller-retour en classe économique à partir de la province ou du territoire de résidence de <i>votre compagnon de chevet</i> et jusqu'à 150 \$ par jour en frais de repas et de logement, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ si : • <i>vous</i> êtes <i>hospitalisé</i> en raison d'une <i>urgence médicale</i> couverte et devrez vraisemblablement rester à l'<i>hôpital</i> pendant au moins trois (3) jours consécutifs; et • <i>notre</i> administrateur approuve l'indemnité au préalable.
Indemnité pour le compagnon de voyage	Les frais pour un billet d'avion aller simple en classe économique pour un (1) <i>compagnon de voyage</i> afin qu'il retourne à sa ville de départ, selon les conditions suivantes : • une <i>urgence médicale</i> couverte touche une <i>personne assurée</i> et exige le retour du <i>compagnon de voyage</i>; et • <i>notre</i> administrateur approuve le transport au préalable.
Repas et hébergement	• Jusqu'à concurrence de 350 \$ par jour, pour un montant maximal de 3 500 \$, à l'égard de ce qui suit : - l'hébergement et les repas que <i>vous</i> avez obtenus dans des établissements commerciaux; et - les frais liés aux appels téléphoniques et à l'utilisation d'Internet de première nécessité; et - les factures de taxi (ou les frais de location d'une voiture en remplacement du taxi); • si, à l'appréciation d'un <i>médecin</i>, <i>vous</i> ou <i>votre compagnon de voyage</i> êtes transférés afin de recevoir des soins médicaux pour une <i>urgence médicale</i> couverte aux termes de la présente assurance; ou • si <i>vous</i> devez reporter <i>votre</i> date de retour afin de recevoir un <i>traitement médical d'urgence</i>; ou • si <i>votre compagnon de voyage</i> nécessite un <i>traitement médical d'urgence</i> pour tout <i>problème de santé</i> couvert aux termes de la présente assurance. REMARQUE : Sous réserve de l'autorisation préalable de <i>notre</i> administrateur.
Frais d'hôpitaux accessoires	Jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour, pour un montant maximal de 500 \$, à l'égard des frais d'<i>hôpitaux</i> accessoires (appels téléphoniques, location de téléviseur, stationnement) que <i>vous</i> engagez pendant que <i>vous</i> êtes <i>hospitalisé</i> pour au moins 48 heures.
Rapatriement et accompagnement d'enfants à charge	Si des <i>enfants à charge</i> voyagent avec <i>vous</i> ou <i>vous</i> rejoignent au cours de <i>votre voyage assuré</i> et que <i>vous</i> êtes <i>hospitalisé</i> pour plus de 24 heures ou devez retourner dans <i>votre</i> province ou territoire de résidence en raison de <i>votre urgence médicale</i> 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 <i>enfants à charge</i> puissent retourner dans leur province ou leur territoire de résidence ou le coût engagé pour changer la date de retour aux termes d'un billet existant sur un vol commercial; et • le coût d'un aller-retour par avion en classe économique suivant l'itinéraire le plus efficace pour un accompagnateur, si la compagnie aérienne exige que les <i>enfants à charge</i> soient accompagnés.

Rapatriement d'animaux de compagnie	Le coût d'un aller simple pouvant aller jusqu'à 500 \$ pour rapatrier vos chiens ou chats domestiques dans <i>vos</i> province ou territoire de résidence si : • vos chiens ou chats domestiques voyagent avec <i>vous</i> pendant <i>votre voyage assuré</i> et <i>vous</i> devez retourner dans <i>votre</i> province ou territoire de résidence en raison de <i>votre urgence médicale</i> couverte par la présente assurance, et <i>notre</i> administrateur approuve cette indemnité au préalable.
--	--

Retour d'un véhicule	Jusqu'à 2 000 \$ pour les frais engagés pour le retour du véhicule d'une <i>personne assurée</i> à sa province ou à son territoire de résidence ou, le cas échéant, à l'agence de location de véhicules la plus proche, si : • la <i>personne assurée</i> ne peut retourner le véhicule elle-même en raison d'une <i>urgence médicale</i>; et • <i>notre</i> administrateur se charge du retour du véhicule.
-----------------------------	--

Rapatriement de la dépouille	• Un montant maximum de 10 000 \$ sera payable pour les frais engagés afin de préparer et de transporter au pays la dépouille de la <i>personne assurée</i>, si la <i>personne assurée</i> est décédée par suite d'une <i>urgence médicale</i> couverte; ou • l'enterrement ou l'incinération des restes de la <i>personne assurée</i> à l'endroit où le décès est survenu; et • un billet d'avion aller-retour en classe économique si : - un <i>membre de la famille immédiate</i> doit aller identifier la dépouille ou recueillir les autorisations nécessaires pour la rapatrier; et - <i>notre</i> administrateur approuve le transport au préalable.
-------------------------------------	---

REMARQUE : Les frais engagés pour l'achat d'un cercueil ou d'une urne funéraire ne sont pas couverts. Les frais funéraires dans la province de résidence ne sont pas non plus couverts.

Article 6 : Limites et exclusions s'appliquant à toutes les indemnités

Exclusion relative aux *maladies préexistantes*

Votre exclusion relative aux *maladies préexistantes* est déterminée selon les réponses que *vous* avez données lorsque *vous* avez rempli *votre proposition* d'assurance et, le cas échéant, le questionnaire médical (selon *votre* âge et le type de régime annuel d'assurance que *vous* choisissez). Pour que *vous* soyez admissible aux indemnités prévues aux termes du présent *certificat*, *votre maladie préexistante* doit être *stable* pendant une période donnée avant *votre date d'entrée en vigueur*. Le tableau ci-dessous indique les exclusions relatives aux *maladies préexistantes* et la période de stabilité qui s'appliquent à *vous*. Au besoin, reportez-vous à *votre déclaration de couverture* pour connaître *votre* catégorie de tarif.

Couvertures de 9 jours et de 17 jours régime annuel d'assurance

Votre âge	Catégorie de tarif	Exclusion relative aux <i>maladies préexistantes</i> qui s'applique à <i>vous</i> :
Clients âgés de 64 ans ou moins	Aucune catégorie de tarif	<i>Nous</i> ne prendrons en charge aucune indemnité ni aucuns frais pour <i>urgence médicale</i> encourus directement ou indirectement en raison de <i>votre problème de santé</i> ou de tout problème connexe (que le diagnostic ait été établi ou non) si, à un moment quelconque dans les 90 jours précédant <i>votre</i> départ pour <i>votre voyage assuré</i> , <i>votre problème de santé</i> ou problème connexe n'a pas été <i>stable</i> , exception faite des <i>affections bénignes</i> .
Clients âgés de 65 ans et plus	Catégorie de tarif A et B	<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 problème de santé</i> ou d'un problème connexe (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné pendant la période de 90 jours précédant <i>votre</i> départ pour le

Votre âge	Catégorie de tarif	Exclusion relative aux <i>maladies préexistantes</i> qui s'applique à vous :
		<i>voyage assuré, votre problème de santé</i> ou un problème connexe n'était pas <i>stable</i> , exception faite des <i>affections bénignes</i> .
	Catégorie de tarif C, D et E	<i>Nous</i> ne prendrons en charge aucune indemnité ni aucuns frais pour <i>urgence médicale</i> encourus directement ou indirectement en raison de <i>votre problème de santé</i> ou de tout problème connexe (que le diagnostic ait été établi ou non) si, à un moment quelconque dans les 180 jours précédant <i>votre</i> départ pour <i>votre voyage assuré, votre problème de santé</i> ou problème connexe n'a pas été <i>stable</i> , exception faite des <i>affections bénignes</i> .

Couvertures de 30 jours et de 60 jours du régime annuel d'assurance

Votre âge	Catégorie de tarif	Exclusion relative aux <i>maladies préexistantes</i> qui s'applique à vous :
Clients âgés de 59 ans ou moins	Aucune catégorie de tarif	<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 problème de santé</i> ou d'un problème connexe (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné pendant la période de 90 jours précédant <i>votre</i> départ pour le <i>voyage assuré, votre problème de santé</i> ou un problème connexe n'était pas <i>stable</i> , autre qu'une <i>affection bénigne</i> .
Clients âgés de 60 ans et plus	Catégorie de tarif A et B	<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 problème de santé</i> ou d'un problème connexe (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné pendant la période de 90 jours précédant <i>votre</i> départ pour le <i>voyage assuré, votre problème de santé</i> ou un problème connexe n'était pas <i>stable</i> , autre qu'une <i>affection bénigne</i> .
	Catégorie de tarif C, D et E	<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 problème de santé</i> ou d'un problème connexe (que le diagnostic ait été posé ou non) si, à un moment donné pendant la période de 180 jours précédant <i>votre</i> départ pour le <i>voyage assuré, votre problème de santé</i> ou un problème connexe n'était pas <i>stable</i> , autre qu'une <i>affection bénigne</i> .

Limites et exclusions relatives aux *urgences médicales*

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

1. Fausse déclaration générale

Vous devez *nous* communiquer des renseignements précis et complet en tout temps dans vos rapports avec *nous*.

a. Fausse déclaration de vos renseignements médicaux/de santé

- Le présent *certificat* est émis sur la base des renseignements fournis dans *votre* demande ou relativement à *votre* demande (notamment les réponses au questionnaire médical, le cas échéant). Les réponses que *vous* fournissez au moment de remplir la demande et de répondre aux questions

d'ordre médical doivent être complètes et exactes. En cas de réclamation, *nous* examinerons vos antécédents médicaux. Si l'une ou l'autre de vos réponses s'avère incomplète ou inexacte :

- *votre* couverture sera nulle, ce qui signifie qu'aucune indemnité ne *vous* sera versée relativement à *votre* réclamation; et
- *nous* *vous* rembourserons la prime.

- b. Fausse déclaration relative à des faits importants sans lien avec vos renseignements médicaux/de santé, par exemple la *date de départ*

- *Nous* ne verserons pas d'indemnité si *vous*, ou toute autre *personne assurée* en vertu du présent *certificat* ou toute personne agissant en *votre* nom tente de *nous* tromper ou fait une réclamation frauduleuse, fausse ou exagérée.

2. Recevoir un *traitement médical d'urgence* sans en informer *notre* administrateur. Procéder à une investigation, à un *traitement* ou à une chirurgie sans *notre* approbation préalable et que *nous* ne considérons pas comme un *traitement médical d'urgence*.

- a. Approbation préalable obligatoire pour les *traitements médicaux d'urgence*

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

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

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

- b. *Traitement* une fois que *vous* êtes apte à être transféré dans un autre établissement ou à retourner dans *votre* province/territoire de résidence

Si *notre* administrateur détermine que *vous* devez être transféré dans un autre établissement ou retourner dans *votre* province/territoire de résidence à des fins de *traitement*, et que *vous* refusez, aucune indemnité ne sera versée pour tout *traitement* médical ultérieur et la couverture sera limitée aux événements non connexes.

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

Après le début de *votre traitement médical d'urgence*, *notre* administrateur doit évaluer et approuver au préalable tout *traitement* médical supplémentaire. Si *vous* subissez des tests dans le cadre d'un examen médical, recevez un *traitement* ou subissez une chirurgie sans obtenir *notre* approbation préalable, *nous* ne *vous* verserons pas d'indemnité pour *votre* réclamation. Cela comprend, sans toutefois s'y limiter, les examens effractifs, les chirurgies, les cathétérismes cardiaques ou autres interventions visant le système cardiaque, les transplantations et les IRM.

- d. Services non urgents

Nous ne verserons pas d'indemnité liée à tout *traitement* non lié à une *urgence médicale*, expérimental ou facultatif, y compris :

- la chirurgie esthétique, les soins pour maladies chroniques et la réadaptation, notamment les frais pour toute complication qui y serait reliée directement ou indirectement;
- les nouvelles couronnes, les nouveaux implants et les nouvelles prothèses dentaires.

3. Obligation d'être couvert par un *RAMG* ou par un régime de soins de santé des Forces armées canadiennes

Nous ne verserons pas d'indemnité si *vous* n'êtes pas couvert par le *RAMG* de *votre* province ou de *votre* territoire de résidence pendant toute la durée du voyage. Il *vous* incombe de vérifier que *vous* bénéficiez de cette couverture. Si *vous* n'êtes pas couvert par un *RAMG* valide, *vous* ne disposez d'aucune couverture. Les membres des Forces armées canadiennes et les *membres de leur famille immédiate* doivent avoir un régime de soins de santé valide au Canada pour toute la durée du *voyage assuré*.

4. a. Dépenses liées à un *problème de santé* non *stable* :
- Aucune indemnité ne sera versée pour tout *problème de santé* non *stable* pendant une période donnée (tel qu'indiqué dans le tableau de la rubrique « Exclusion relative aux *maladies préexistantes* » au début de l'article 6 ci-dessus) avant *votre date de départ*.
- b. Voyager dans le but d'obtenir un *traitement* :
- Aucune indemnité ne sera versée pour un voyage effectué dans le but d'obtenir un diagnostic, un *traitement* médical, une chirurgie, un examen, des soins palliatifs ou toute thérapie parallèle, ainsi que pour toute complication directement ou indirectement liée.
- c. Voyager quand *vous* avez des motifs de croire que *vous* pourriez avoir besoin d'un *traitement* :
- Aucune indemnité ne sera versée pour tout *problème de santé* ou tout symptôme pour lequel il est raisonnable de croire ou de prévoir que des *traitements* ou que l'*hospitalisation* seront requis pendant *votre* voyage.
 - Aucune indemnité ne sera versée pour tout symptôme évident à l'égard duquel *nous* pouvons raisonnablement *nous* attendre à ce que *vous* consultiez un professionnel de la santé trois (3) mois avant *votre* départ pour un *voyage assuré*.
5. **Récurrence ou poursuite du *traitement* après la fin de l'*urgence médicale***
- Situation dans laquelle aucune indemnité ne *vous* sera versée relativement à *votre* réclamation :
- la poursuite du *traitement* ou la récurrence ou une complication d'un *problème de santé* ou d'un problème connexe survenant après un *traitement* pendant *votre* voyage si *notre* administrateur juge que *votre urgence médicale* est terminée;
 - la poursuite du *traitement*, à la récurrence ou à une complication d'un *problème de santé* ou d'un problème connexe pour lequel un *traitement* a été reçu sans notification à *notre* administrateur, si *votre urgence médicale* est terminée.
6. **Acte illégal**
- Situation dans laquelle aucune indemnité ne *vous* sera versée relativement à *votre* réclamation :
- une réclamation qui résulte de *votre* participation à la commission ou à la tentative de commission d'une infraction pénale ou d'un acte illégal dans le territoire où la réclamation a été formulée ou qui y est liée, y compris la conduite avec les facultés affaiblies ou dépassant la limite légale.
7. **Abus d'alcool, de drogues ou de substances enivrantes**
- Situations dans lesquelles aucune indemnité ne *vous* sera versée relativement à *votre* réclamation :
- les *problèmes de santé*, notamment les symptômes de sevrage, découlant de *votre* consommation chronique d'alcool, de drogues ou de substances enivrantes, ou liés de quelque manière que ce soit à celle-ci, avant ou pendant *votre voyage assuré*; ou
 - les *problèmes de santé* survenant pendant *votre voyage assuré* en raison d'un abus d'alcool, de drogues ou d'autres substances enivrantes ou liés de quelque manière que ce soit à un tel abus.
8. **Non-observance du *traitement* prescrit**
- Situation dans laquelle aucune indemnité ne *vous* sera versée relativement à *votre* réclamation :
- tout *problème de santé* résultant de *votre* non-suivi du *traitement* médical qui *vous* a été prescrit, y compris un médicament prescrit ou en vente libre.
9. **Réclamations relatives à des complications liées à une grossesse ou un accouchement**
- Situations dans lesquelles aucune indemnité ne *vous* sera versée relativement à *votre* réclamation :
- réclamation liée à des soins prénatals ou postnatals courants; ou
 - réclamation liée à la grossesse, à l'accouchement ou aux complications de l'une ou de l'autre, survenant neuf (9) semaines avant la date prévue de l'accouchement ou à tout moment après l'accouchement.
10. **Naissance d'un enfant durant le *voyage assuré***
- Situation dans laquelle aucune indemnité ne *vous* sera versée relativement à *votre* réclamation :
- réclamation liée à *votre* enfant né pendant le *voyage assuré*.
11. **Guerre ou agitation civile**
- Situation dans laquelle aucune indemnité ne *vous* sera versée relativement à *votre* réclamation :
- un acte de guerre, qu'elle soit déclarée ou non; ou
 - une action hostile ou ressemblant à une guerre en temps de paix ou de guerre; ou

- la participation volontaire à une guerre, à une émeute ou à une agitation civile; ou
- une rébellion; ou
- une révolution; ou
- une insurrection; ou
- tout service actif dans les forces armées.

12. Avis aux voyageurs

Situation dans laquelle aucune indemnité ne *vous* sera versée relativement à *votre* réclamation, ou dans laquelle les indemnités versées seront limitées :

- Lorsqu'un avis aux voyageurs officiel a été émis par le gouvernement canadien, indiquant d'éviter tous les voyages non essentiels ou d'éviter tous les voyages dans le pays, la région ou la ville de *votre* destination, avant *votre date de départ*.
- Pour consulter les avis aux voyageurs, visitez le site Web du voyage du gouvernement du Canada.

Cette exclusion ne s'applique pas aux réclamations pour une *urgence médicale* ou un *problème de santé* non liés à l'avis aux voyageurs.

13. Exposition à des substances nucléaires, radioactives, ou autres

Situation dans laquelle aucune indemnité ne *vous* sera versée :

- le fait de s'exposer à une réaction nucléaire, à la radiation nucléaire ou à la contamination radioactive; ou
- tout acte de terrorisme, qu'elle qu'en soit la cause, impliquant des moyens nucléaires, biologiques, chimiques ou radiologiques.

14. Voyage contre l'avis du médecin

Situation dans laquelle aucune indemnité ne *vous* sera versée relativement à *votre* réclamation :

- Toute réclamation survenue après qu'un *médecin* *vous* ait conseillé de ne pas voyager.

15. 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.

16. Autre – Sports et activités à haut risque

Situations dans lesquelles aucune indemnité ne *vous* sera versée relativement à *votre* réclamation :

- accident qui survient pendant que *vous* participez :
 - à toute activité sportive pour laquelle *vous* êtes rémunéré;
 - tout événement sportif dans le cadre duquel les gagnants reçoivent un prix en argent;
 - toute activité ou tout sport extrême comportant un niveau de risque élevé, notamment ce qui suit :
 - la paravoile, le deltaplane et le parapente;
 - le parachutisme et la chute libre;
 - le saut à l'élastique;
 - l'*alpinisme*;
 - la spéléologie;
 - la plongée sous-marine, en dehors des limites de *votre* certification;
 - les activités aériennes dans un aéronef autre qu'un aéronef de passagers pour lequel un certificat de navigabilité valide a été délivré;
 - les compétitions, les courses motorisées ou autres activités terrestres, nautiques ou aériennes à risque élevé, y compris les activités de formation, qu'elles aient lieu sur des pistes approuvées ou non.

17. Preuve d'assurabilité insatisfaisante

Situations dans lesquelles aucune indemnité ne *vous* sera versée relativement à *votre* réclamation :

- *votre* défaut de fournir une preuve d'assurabilité complète et exacte, comme il est expliqué à l'article 9 : Résiliation ou annulation du contrat ou de la couverture par l'assureur.

18. Automutilation volontaire

Situation dans laquelle aucune indemnité ne *vous* sera versée relativement à *votre* réclamation :

- 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*.

19. Urgence médicale en dehors de la période de couverture

Situation dans laquelle aucune indemnité ne *vous* sera versée relativement à *votre* réclamation :

- une *urgence médicale* qui survient en dehors de la *période de couverture*.

Par exemple, aucune indemnité ne sera versée pour une *urgence médicale* survenant après 23 h 59 (HE) le dernier jour de la *période de couverture* si *vous* n'avez pas souscrit l'option complémentaire.

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

20. Services non urgents

Situation dans laquelle aucune indemnité ne *vous* sera versée relativement à *votre* réclamation :

- *traitement* non urgent, expérimental ou facultatif (p. ex., chirurgie esthétique, soins pour maladies chroniques, réadaptation, notamment les frais pour toute complication reliée directement ou indirectement).

21. Interdiction d'une protection ou du versement d'une indemnité en vertu d'un règlement sur les sanctions

- la présente protection est non avenue et aucune indemnité ne sera payable advenant l'interdiction de la protection ou du versement de l'indemnité par les lois canadiennes ou par tout autre règlement sur les sanctions économiques ou commerciales.

Article 7 : Comment devenir assuré, ou étendre ou modifier la couverture

Comment devenir assuré

Vous êtes assuré si *vous* avez une preuve d'assurance. *Votre* preuve d'assurance est le document intitulé *déclaration de couverture* que *vous* recevez lorsque *vous* remplissez *votre proposition* de couverture. Si *vous* ne recevez pas *votre* preuve d'assurance avant *votre* départ pour le *voyage assuré*, *vous* devez communiquer immédiatement avec *notre* administrateur.

Vous serez couvert une fois que *vous* aurez suivi toutes les étapes suivantes :

- les demandeurs satisfont aux critères d'admissibilité pour pouvoir obtenir une assurance figurant à l'article 2 : Admissibilité; et
- *vous* avez soumis une demande d'assurance; et
- s'il y a lieu, *vous nous* avez fourni une preuve d'assurabilité complète et exacte. Veuillez *vous* reporter à la rubrique « Cas exigeant un questionnaire médical » de l'article 2 ainsi qu'à l'article 9 « Résiliation ou annulation du contrat ou de la couverture par l'assureur »; et
- *vous* payez les primes requises.

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

Quand la couverture entre-t-elle en vigueur et quand prend-elle fin

La *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence* pour le plan annuel prend effet lorsque la *personne assurée* commence un *voyage assuré* et prend fin à la plus tardive des dates suivantes :

- la date à laquelle la *personne assurée* retourne du *voyage assuré*; ou
- si *vous* n'avez pas souscrit l'option complémentaire, à 23 h 59, heure de l'Est, le dernier jour de *votre voyage assuré*; ou
- à 23 h 59, heure de l'Est, le dernier jour où *votre* option complémentaire est en vigueur comme il est indiqué dans la *déclaration de couverture* la plus récente; ou
- la date à laquelle le présent certificat prend fin.

Prolongation automatique de la couverture

Si une *personne assurée* souffre d'une *urgence médicale* à la date à laquelle la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence* prend fin pour quelque raison que ce soit, sauf l'annulation du *certificat*, la *période de couverture de l'assurance soins médicaux d'urgence* est automatiquement prolongée à 72 heures immédiatement après la fin de l'*urgence médicale*

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

Si *vous* ne pouvez pas terminer *votre* voyage avant *votre* date de retour en raison du retard d'un transporteur public avec lequel *vous* êtes censé voyager, *votre* couverture sera automatiquement prolongée pour la période de retard jusqu'à un maximum de 72 heures. Peu importe la prolongation automatique, la couverture ne se poursuivra pas au-delà du nombre maximal de jours autorisé aux termes de *votre* RAMG pour les voyages effectués à l'extérieur de *votre* province de résidence.

Fin de votre certificat

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

Comment renouveler votre régime annuel d'assurance

Votre régime annuel d'assurance se renouvellera automatiquement à la *date d'anniversaire* si :

- *vous* avez donné des directives de renouvellement automatique; et
- *nous* avons une carte de crédit valide dans *nos* registres à *votre* date d'anniversaire; et
- aucune *personne assurée* aux termes du *certificat* n'est tenue de remplir un questionnaire médical à la *date d'anniversaire*; et
- *nous* recevons et acceptons la prime de renouvellement.

Pour renouveler un régime annuel d'assurance, *vous* pouvez communiquer avec *notre* administrateur avant votre date d'anniversaire afin d'effectuer le paiement en composant sans frais le **1-844-310-1579**, du lundi au vendredi, de 8 h à 21 h (HE), et le samedi, de 9 h à 17 h (HE),.

En cas de modifications de la couverture d'assurance, *nous* vous parviendrons un nouveau certificat; autrement, *votre* *certificat* le plus récent continuera de s'appliquer. Si *vous* voulez annuler votre assurance, *vous* pouvez le faire comme il est décrit à la « Rubrique 8 – Résiliation de votre régime annuel d'assurance ».

Comment choisir une option complémentaire si le voyage est prolongé

Demander une option complémentaire de votre régime annuel d'assurance

Si *vous* avez déjà souscrit un régime annuel d'assurance de l'assurance médicale de voyage TD et que *vous* envisagez d'entreprendre un voyage dont la durée sera supérieure au nombre maximal de jours autorisé dans le cadre d'un *voyage assuré* aux termes de votre régime annuel d'assurance, *vous* pouvez souscrire une option complémentaire, si chaque *personne assurée* remplit les critères d'admissibilité applicables ci-dessus, sauf que :

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

Toute option complémentaire doit être approuvée par *notre* administrateur.

Les modalités, les conditions et les exclusions de *notre* *certificat* établi à titre d'option complémentaire ou de prolongation de la couverture s'appliquent à *vous* et peuvent être différentes de celles de *votre* couverture existante.

Article 8 : Primes d'assurance

Primes et remboursements de primes

Les primes seront fondées sur :

- l'âge de la personne la plus âgée à assurer aux termes de *votre* *certificat* à l'une des dates suivantes :
 - la *date d'entrée* en vigueur de *votre* *certificat*; et
 - la *date anniversaire* à laquelle *votre* *certificat* est renouvelé, le cas échéant;
- *nos* primes en vigueur au moment de *votre* *proposition*; et
- la durée de *votre voyage assuré*; et
- le type de *votre* assurance (assurance individuelle, assurance pour deux personnes, assurance familiale).

Si *vous* êtes tenu de remplir le questionnaire médical dans le cadre de *votre proposition*, vos primes seront fondées sur ce qui précède et sur vos réponses aux questions.

Si *vous* souscrivez l'option complémentaire du régime annuel d'assurance, la prime minimale est de 15 \$.

Si *vous* résiliez *votre* assurance, vos primes peuvent *vous* être remboursées comme suit.

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

Remboursement des primes

Résiliation de *votre* régime annuel d'assurance

Vous avez dix (10) jours à partir de la date à laquelle *vous* achetez le présent *certificat* pour résilier l'assurance et recevoir un remboursement total de toute prime versée. Toute demande de résiliation du régime annuel d'assurance doit être faite auprès de *notre* administrateur, par écrit ou par téléphone (veuillez *vous* reporter à la rubrique « Comment communiquer avec *notre* administrateur » à l'article 11). Dans le tableau qui suit, il est expliqué comment et quand le régime annuel d'assurance peut être résilié.

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

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

Article 9 : Résiliation ou annulation du contrat ou de la couverture par l'assureur

Quand l'assureur peut-il annuler ou résilier le contrat

Modification ou résiliation de la couverture en raison d'un changement dans le *problème de santé*

Lorsqu'une preuve médicale est requise, *notre* décision d'assurer une personne et les raisons qui la motivent dépendent de l'état de santé de la personne à la date de son départ pour le *voyage assuré*. Par conséquent, si le *problème de santé* de la *personne assurée* change et/ou n'est pas *stable* avant que le *voyage assuré* ne commence, *nous* pouvons :

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

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

Quand l'assureur peut-il résilier la couverture

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

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

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

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

- si l'information non déclarée ou les fausses déclarations ont trait uniquement au montant de la prime qui aurait dû être payée; ou

- même si l'information non déclarée ou les fausses déclarations ne concernent pas l'objet de la réclamation.

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

Nous pouvons **résilier** le présent *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.

Prime

Peut être ou ne pas être totalement ou partiellement remboursée.

Article 10 : Comment présenter une réclamation

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

Avec qui communiquer pour soumettre une réclamation

Toute urgence médicale doit être immédiatement déclarée, tel qu'il est décrit à la rubrique « Que faire en cas d'urgence *médicale* » de l'article 5, sans quoi les indemnités seront limitées. *Vous* pouvez obtenir de l'aide en tout temps en composant l'un des numéros suivants :

- Canada et États-Unis, sans frais – **1-800-359-6704**; ou
- autre pays, à frais virés – **+1-416-977-5040**.

Remplir le formulaire approprié

a) Demander le formulaire

Pour demander un formulaire de réclamation, *vous* devez communiquer avec *notre* administrateur entre 8 h et 21 h, heure de l'Est, du lundi au samedi, au numéro sans frais **1-800-359-6704**

b) Délai prévu à partir de la date de l'événement

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., originaux des factures et des billets, des certificats médicaux et/ou de décès) le plus rapidement possible. Dans tous les cas, *vous* devez soumettre *votre* réclamation 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 prend naissance. **L'omission de fournir la documentation applicable peut invalider *votre* réclamation.**

Fournir les renseignements demandés

Pour faire une réclamation quant à une *urgence médicale*, décrite ci-dessus à la rubrique « Délai prévu à partir de la date de l'événement », *nous* aurons besoin de documents pour étayer la réclamation, entre autres les suivants :

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

Si *vous* avez présenté la réclamation immédiatement

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

- auprès du *RAMG* de la *personne assurée*; et

- auprès de tout autre régime d'assurance maladie ou de toute autre police d'assurance; et
- au moyen de droits que *vous* pouvez avoir contre tout autre assureur ou toute tierce partie responsable (veuillez *vous* reporter à l'article 12 : Dispositions générales, sous « Droit de subrogation »).

Si *notre* administrateur a payé 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, au besoin.

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

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

Si *vous* n'avez pas présenté la réclamation immédiatement

Si une *urgence médicale* survient, *vous* devez communiquer par téléphone avec *notre* administrateur immédiatement, ou dès qu'il est raisonnablement possible de le faire. Si *vous* omettez de le faire, les indemnités seront limitées, tel qu'il est décrit à la rubrique « Limites et exclusions relatives aux *urgences médicales* » de l'article 6. Si, sans avoir communiqué d'abord avec *notre* administrateur pour obtenir son aide et ses services de gestion des réclamations, une *personne assurée* engage des frais admissibles aux termes de l'assurance *soins médicaux d'urgence*, elle doit d'abord présenter les reçus et les autres preuves :

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

Les frais admissibles aux termes de l'assurance *soins médicaux d'urgence* qui ne sont pas couverts par le RAMG ou par les autres régimes ou assureurs doivent être soumis à *notre* administrateur avec les preuves de réclamation, les reçus et les relevés de paiement. Pour savoir comment obtenir un formulaire de réclamation, veuillez *vous* reporter à la rubrique « Comment communiquer avec *notre* administrateur » de l'article 11.

En outre, la *personne assurée* doit fournir une preuve indiquant sa *date de départ* réelle 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.

Ce que le demandeur peut attendre de l'assureur

Une fois que *nous* avons approuvé la réclamation, *nous* *vous* en informerons et le paiement sera effectué dans les 60 jours suivant la réception des formulaires de réclamation requis et de la preuve du sinistre. Si la réclamation a été refusée, *nous* *vous* informerons des motifs du refus dans les 60 jours suivant la réception des formulaires de réclamation requis et de la preuve écrite du sinistre.

Article 11 : Comment communiquer avec *notre* administrateur

Comment communiquer avec *notre* administrateur

1. Ligne d'assistance d'urgence 24 h

Pour déclarer une *urgence médicale* ou pour souscrire une option complémentaire ou une prolongation du régime annuel d'assurance pour un *voyage assuré*, appelez Gestion Global Excel Inc. 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 **+1-416-977-5040** à frais virés.

2. Service à la clientèle

Pour résilier *votre* assurance ou pour obtenir des renseignements généraux, *vous* pouvez appeler CanAm du lundi au vendredi, de 8 h à 21 h (HE), et le samedi, de 9 h à 17 h (HE), sans frais au **1-800-293-4941** ou *vous* pouvez envoyer *votre proposition* à :

Objet : Assurance de voyage de TD
 À l'attention de CanAm
 73, rue Queen
 Sherbrooke, Québec J1M 0C9

Pour demander un formulaire de réclamation ou obtenir de l'aide, appelez Gestion Global Excel Inc. du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HE), sans frais au **1-800-359-6704**.

Article 12 : Dispositions générales

Sauf disposition expresse contraire dans le présent *certificat* ou dans le *contrat collectif*, les conditions ci-dessous s'appliquent à *votre* couverture.

Accès aux soins médicaux

Nous et/ou *notre* administrateur *vous* aiderons à accéder aux soins dans la mesure du possible, mais *nous* ne serons pas responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats de tout *traitement* médical ou de tout transport, ni de l'incapacité de toute *personne assurée* à obtenir un *traitement* médical.

Versement des prestations

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

Coordination des indemnités avec d'autres assureurs

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

Devise

Tous les montants indiqués sont en dollars canadiens.

Contrat collectif

Toutes les indemnités prévues par le présent *certificat* sont régies en tous points par les dispositions du *contrat collectif*, et celui-ci constitue, à lui seul, la convention aux termes de laquelle les indemnités sont payables. Les principales dispositions du *contrat collectif* se rapportant aux *personnes assurées* sont résumées dans le présent *certificat*. Le *contrat collectif* est conservé en dossier au bureau du titulaire de la police, et *vous* pouvez en demander une copie.

Délai de prescription applicable aux poursuites judiciaires

Toute action ou procédure intentée contre l'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 sur les assurances* (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Manitoba), dans la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Ontario) ou dans toute autre loi applicable. Pour les actions ou procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le *Code civil du Québec*.

Liens entre *nous* et le titulaire du *contrat collectif*

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

Vérification et examen médical

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

fréquence raisonnablement nécessaires.

Droit de subrogation

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

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

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

Définitions

Dans le présent *certificat*, les termes et les expressions en italique qui suivent ont le sens qui leur est donné ci-après. Pendant que *vous* lisez le *certificat*, veuillez *vous* reporter à la présente section pour *vous* assurer que *vous* comprenez bien *votre* couverture, les limites et les exclusions.

affection bénigne	s'entend d'une blessure ou d'une maladie qui ne requiert pas : • la prise de médicaments pendant plus de quinze (15) jours; ou • plus d'une (1) visite de suivi auprès d'un <i>médecin</i> ni une <i>hospitalisation</i>, une intervention chirurgicale ou le renvoi à un spécialiste; ou • qui prend fin au moins quatorze (14) jours consécutifs avant la <i>date de départ</i> du voyage. REMARQUE : Un problème de santé chronique ou les complications découlant d'un problème de santé chronique ne sont pas considérés comme des <i>affections bénignes</i> .
alpinisme	s'entend de l'ascension ou de la descente d'une montagne nécessitant l'utilisation d'un équipement spécialisé, notamment des crampons, piolets, relais, pitons à expansion, mousquetons et dispositifs d'ancrage pour l'ascension en moulinette ou en premier de cordée.
année d'assurance	s'entend de la période qui débute à la <i>date d'entrée en vigueur</i> de <i>votre</i> assurance et qui se termine un (1) an après, soit à la <i>date anniversaire</i> et, si <i>vous</i> renouvelez <i>votre</i> régime annuel d'assurance, toute période subséquente de un (1) an, le cas échéant.
certificat	s'entend du présent certificat d'assurance.
compagnon de chevet	s'entend de la personne que <i>vous</i> choisissez pour être présente avec <i>vous</i> dans <i>votre</i> chambre lorsque <i>vous</i> êtes <i>hospitalisé</i> pendant <i>votre</i> voyage.
compagnon de voyage	s'entend de toute personne qui voyage avec <i>vous</i> pendant le <i>voyage assuré</i> et qui partage le transport et/ou l'hébergement avec <i>vous</i> .
conjoint	s'entend : • de la personne qui est légalement mariée à la <i>personne assurée</i>; ou • de la personne qui vit avec la <i>personne assurée</i> depuis au moins un (1) an et qui est reconnue publiquement comme son conjoint de fait.
contrat collectif	s'entend du <i>contrat collectif</i> TI002 émise par <i>nous</i> pour La Banque Toronto-Dominion.
date anniversaire	s'entend de la date une (1) année après la <i>date d'entrée en vigueur</i> de <i>votre</i> assurance et, si <i>vous</i> renouvelez <i>votre certificat</i> , des dates anniversaires subséquentes à compter de la <i>date d'entrée en vigueur</i> de <i>votre</i> assurance.

date d'entrée en vigueur	s'entend de la date à laquelle <i>votre certificat</i> entre en vigueur et correspond à la date du départ précisée dans <i>votre proposition</i> ou <i>votre dernière déclaration de couverture</i> .
date de départ	s'entend de la date à laquelle la <i>personne assurée</i> a quitté sa province ou son territoire de résidence.
déclaration de couverture	s'entend du document que <i>vous</i> recevez lorsque <i>vous</i> présentez une <i>proposition</i> afin d'obtenir une nouvelle couverture ou une couverture supplémentaire aux termes du <i>contrat collectif</i> , qui inclut <i>votre</i> numéro de <i>certificat</i> et confirme la couverture que <i>vous</i> avez souscrite.
enfants à charge	s'entend de vos enfants naturels, adoptés ou issus d'une union antérieure : • qui ne sont pas mariés; et • dont <i>vous</i> assurez entièrement la subsistance, et qui sont : - âgés de moins de 22 ans; ou - âgés de moins de 26 ans 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 <i>voyage assuré</i> à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence n'est pas considéré comme un <i>enfant à charge</i> et ne sera pas assuré dans le cadre de ce voyage.
hôpital	s'entend : • d'un établissement habilité par les autorités compétentes à titre d'hôpital agréé à offrir des soins et des <i>traitements</i> aux malades <i>hospitalisés</i> ainsi que des services ambulatoires. Le <i>traitement</i> doit être supervisé par des <i>médecins</i> et des infirmières autorisées doivent être en poste jour et nuit. Des capacités diagnostiques et chirurgicales doivent également exister sur les lieux ou dans les installations contrôlées par l'établissement; • un <i>hôpital</i> n'est pas un établissement servant principalement de clinique, de centre de soins prolongés ou palliatifs, de centre de réadaptation, de centre de traitement des toxicomanes, de maison de convalescence, de repos ou de soins infirmiers, de centre d'accueil ni de station thermale.
hospitalisé ou hospitalisation	s'entend du malade <i>hospitalisé</i> dans un <i>hôpital</i> .
maladies préexistantes	s'entend de tout <i>problème de santé</i> qui existe avant <i>votre date de départ</i> .
médecin	s'entend d'une personne qui n'est ni <i>vous</i> , ni un <i>membre de votre famille immédiate</i> , ni <i>votre compagnon de voyage</i> , titulaire d'une licence dans le territoire où les services sont fournis, pour prescrire et administrer un traitement médical.
membre de la famille immédiate	s'entend : • du <i>conjoint</i>, du père, de la mère et des beaux-parents, grands-parents, enfants naturels ou adoptés, enfants issus d'une union antérieure ou enfants en tutelle légale, petits-enfants, frères, sœurs, demi-frères, demi-sœurs, tantes, oncles, nièces et neveux de la <i>personne assurée</i>; et • de la belle-mère, du beau-père et des beaux-frères, belles-sœurs, gendres et brus de la <i>personne assurée</i>; et • des grands-parents, beaux-frères et belles-sœurs du <i>conjoint</i> de la <i>personne assurée</i>.
nous, notre et nos	s'entendent de TD, Compagnie d'assurance-vie.
période de couverture	s'entend de la période s'échelonnant entre <i>votre date de départ</i> et le jour de <i>votre retour de votre voyage assuré</i> . Advenant une <i>urgence médicale</i> , <i>votre période de couverture</i> sera prolongée jusqu'à 72 heures après la fin de l' <i>urgence médicale</i> .

personne assurée	s'entend d'une personne : • qui est admissible à l'assurance offerte aux termes du présent <i>certificat</i>; et • qui est nommée dans la <i>proposition</i>; et • pour laquelle la prime requise a été payée; et • pour laquelle une assurance a été émise en conformité avec le <i>certificat</i>.
problème de santé	s'entend de toute blessure ou maladie (y compris les symptômes d'affection non diagnostiquée, de toute complication au cours des trente et une (31) premières semaines de la grossesse et de tout problème de santé mental ou affectif, y compris une psychose aiguë, qui nécessite l'admission dans un <i>hôpital</i>).
proposition	s'entend de la série de questions qui fait partie de <i>votre proposition</i> et est remise : • en <i>votre</i> nom lorsque <i>vous</i> présentez une <i>proposition</i> d'assurance par téléphone; ou • lorsque <i>vous</i> présentez une <i>proposition</i> en ligne; et • le cas échéant, la série de questions d'ordre médical qui fait partie de <i>votre proposition</i> dans le cas d'une souscription en ligne ou par téléphone, ainsi que vos réponses à ces questions. La <i>proposition</i> qui sert à établir <i>votre</i> admissibilité au régime d'assurance comprend également toute question posée et toute réponse donnée relativement à une proposition visant l'option complémentaire d'une <i>période de couverture</i>. La <i>proposition</i> fait partie de <i>votre</i> contrat d'assurance et est utilisée aux fins de traitement de <i>votre</i> demande d'assurance.
RAMG (régime d'assurance-maladie gouvernemental)	s'entend du régime d'assurance-maladie gouvernemental d'une province ou d'un territoire au Canada.
résident du Canada et/ou résident canadien	s'entend de toute personne qui : • a vécu au Canada 183 jours pendant la dernière année (les 183 jours peuvent ne pas être consécutifs); ou • est membre des Forces canadiennes.
stable	s'entend de tout <i>problème de santé</i>, sauf une <i>affection bénigne</i>, qui est considéré comme <i>stable</i> si tous les énoncés suivants sont vrais : 1. il n'y a pas de nouveau <i>traitement</i> prescrit ou recommandé ni de changement au <i>traitement</i> existant (y compris un arrêt de <i>traitement</i>); et 2. il n'y a aucun changement à un médicament prescrit existant (y compris une augmentation, une diminution ou un arrêt de la posologie prescrite), une recommandation ou la prise d'un nouveau <i>médicament sur ordonnance</i>; et 3. le <i>problème de santé</i> n'a pas empiré; et 4. il n'y a pas de symptômes nouveaux, plus fréquents ou plus graves; et 5. il n'y a pas eu d'<i>hospitalisation</i> ni de référence à un spécialiste; et 6. il n'y a aucun test, aucun examen ni aucun <i>traitement</i> qui a été recommandé, mais qui n'a pas encore été effectué, ni aucun résultat de test en attente; et 7. il n'y a pas de <i>traitement</i> prévu ou en attente. Toutes les conditions ci-dessus doivent être remplies pour qu'un <i>problème de santé</i> soit considéré comme <i>stable</i>. Remarque : Les exceptions suivantes sont considérées comme <i>stables</i> : • 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 problème de santé</i>; ou

- 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 annuel d'assurance a été acceptée.
traitement ou traité	s'entend d'un acte médical prescrit, effectué ou recommandé par un <i>médecin</i> pour un <i>problème de santé</i> . Cela inclut, sans toutefois s'y limiter, les médicaments prescrits, les examens et les interventions chirurgicales.
urgence médicale	s'entend d'un <i>problème de santé</i> imprévisible et qui survient soudainement, et qui nécessite immédiatement un <i>traitement</i> . Une <i>urgence médicale</i> cesse d'exister dès que le dossier examiné par <i>notre</i> administrateur indique qu'aucun autre <i>traitement</i> n'est nécessaire à la destination ou que <i>vous</i> êtes en mesure de regagner <i>votre</i> province ou territoire de résidence afin d'y recevoir d'autres <i>traitements</i> .
vous, votre et vos	s'entendent de la ou des personnes qui sont désignées à titre de <i>personnes assurées</i> dans <i>votre</i> dernière <i>déclaration de couverture</i> à l'égard desquelles <i>nous</i> avons appliqué une couverture et reçu la prime appropriée.
voyage assuré	s'entend de tout voyage : • effectué par une <i>personne assurée</i> à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence; et • qui commence et prend fin alors que le régime annuel d'assurance est en vigueur; et • qui dure tout au plus : – neuf (9) jours consécutifs aux termes du régime de 9 jours; ou – dix-sept (17) jours consécutifs aux termes du régime de 17 jours; ou – trente (30) jours consécutifs aux termes du régime de 30 jours; ou – soixante (60) jours consécutifs aux termes du régime de 60 jours.

Votre certificat d'assurance se termine ici.

Processus de traitement des plaintes – TD, Compagnie d'assurance-vie

À TD Assurance, nous nous engageons à vous offrir la meilleure expérience client qui soit. Il est essentiel pour nous d'obtenir votre confiance. Si vous avez un problème ou une préoccupation, vous pouvez communiquer avec nous de la manière qui vous convient le mieux. Pour ce faire, suivez le processus de gestion des plaintes sur notre site Web, à tdassurance.com.

Étape 1 : Communiquez avec notre administrateur

Si vous n'êtes pas satisfait de l'issue de votre réclamation, vous pouvez en appeler de la décision en communiquant avec notre administrateur par téléphone, par la poste ou par courriel aux coordonnées indiquées ci-après :

Global Excel

À l'attention de : Service des appels

73, rue Queen

Sherbrooke (Quebec) J1M 0C9

Phone: 1-800-359-6704

Email: TDI.Claims@globalexcel.com

Étape 2 : Communiquez avec le Service à la clientèle de TD Assurance.

Si vous n'êtes pas satisfait de la solution proposée à l'étape 1, le problème sera porté à l'attention du Service à la clientèle de TD Assurance. Un directeur de ce service travaillera alors avec vous afin de comprendre le problème. Il vous fournira ensuite sa décision à l'égard du problème en question. Vous pouvez communiquer directement avec le Service à la clientèle de TD Assurance par téléphone, par la poste ou par courriel aux coordonnées indiquées ci-après :

Service à la clientèle de TD Assurance

C.P. Box 1

TD Centre

Toronto (Ontario) M5K 1A2

Téléphone : 1-877-734-1288

Courriel : tdinscc@td.com

Veillez à indiquer vos nom (au complet), adresse, numéro de téléphone et numéro de *certificat* et/ou de réclamation dans toutes vos demandes de renseignements.

Étape 3 : Communiquez avec le Bureau principal d'examen des plaintes de clients.

Si votre problème n'est toujours pas réglé après les étapes 1 et 2, vous pouvez communiquer avec le Bureau principal d'examen des plaintes de clients (BPEPC). Le BPEPC s'engage à régler les différends de façon juste et professionnelle. S'il détermine que votre problème n'a pas été traité adéquatement par le directeur du Service à la clientèle à l'étape 2, il pourra transmettre votre problème au secteur d'activité approprié pour qu'une enquête soit menée et que des mesures soient prises. Dans un délai de cinq jours suivant la réception de votre demande, le BPEPC vous écrira ou vous appellera pour vous dire à qui votre problème a été transmis, le cas échéant, s'il a été résolu ou non, ou, si le cas est plus complexe, quelles sont les mesures additionnelles qui sont prises et le moment où vous pouvez vous attendre à obtenir une réponse. Vous pouvez communiquer avec le BPEPC aux coordonnées suivantes :

Bureau principal d'examen des plaintes de clients

C.P. 1

Toronto-Dominion Centre

Toronto (Ontario) M5K 1A2

Téléphone : 416-982-4884 ou 1-888-361-0319 (sans frais)

Télécopieur : 416-983-3460 ou 1-866-891-2410 (sans frais)

Courriel : td.bpepc@td.com

Veillez à indiquer vos nom (au complet), adresse, numéro de téléphone et numéro de *certificat* et/ou de réclamation dans toutes vos demandes de renseignements.

Étape 4 : Si votre problème ou votre préoccupation persiste après réception de la décision finale du BPEPC de TD Assurance, vous pouvez communiquer avec le service d'ombudsman approprié :
Coordonnées pour les plaintes concernant l'assurance habitation et auto :
Service de conciliation en assurance de dommages
4711, rue Yonge, 10^e étage
Toronto (Ontario) M2N 6K8
Téléphone : 1-877-225-0446 (sans frais)
Télécopieur : 416-299-4261
Site Web : www.giocanada.org

Coordonnées pour les plaintes concernant l'assurance de personnes :
Ombudsman des assurances de personnes
20, rue Adelaide Est, Bureau 802
C.P. 29
Toronto (Ontario) M5C 2T6
Téléphone : 1-888-295-8112 (sans frais)
Télécopieur : 416-777-9750
Site Web : www.olhi.ca

Agence de la consommation en matière financière du Canada
L'Agence de la consommation en matière financière du Canada (ACFC) supervise les institutions financières sous réglementation fédérale afin de s'assurer qu'elles se conforment aux lois fédérales en matière de protection des consommateurs.

L'ACFC contribue également à informer les consommateurs et surveille les codes de conduite du secteur et les engagements publics visant à protéger les intérêts des consommateurs. À TD Assurance, nous respectons la réglementation en matière de protection des consommateurs qui vous protège de différentes façons. Par exemple, nous vous fournirons de l'information à propos de nos procédures de traitement des plaintes. Nous nous conformons également au Code de conduite de l'ABC pour les activités d'assurance autorisées.

Si vous avez une plainte à formuler concernant l'éventuel non-respect d'une loi sur la protection des consommateurs, d'un engagement public ou d'un code de conduite du secteur, vous pouvez communiquer par écrit avec l'ACFC, à l'adresse suivante :

Agence de la consommation en matière financière du Canada
Édifice Enterprise, 6^e étage
427, avenue Laurier Ouest
Ottawa (Ontario)
K1R 1B9

Vous pouvez également communiquer avec l'ACFC par téléphone, au 1-866-461-2232 (en anglais, au 1-866-461-3222).

Pour en savoir plus sur l'ACFC, veuillez consulter le www.fcac-acfc.gc.ca. Veuillez noter : L'ACFC n'intervient pas dans les procédures de recours ou de dédommagement; ces demandes doivent être faites en suivant le processus de résolution des problèmes décrit dans ce site.

Consentement au traitement de vos renseignements personnels et à la Politique de confidentialité de TD Assurance

Vous consentez à notre Politique de confidentialité. Vous acceptez que TD Assurance (qui comprend La Banque Toronto-Dominion et ses sociétés affiliées, collectivement la « TD ») puisse traiter vos renseignements personnels de la façon prévue par sa Politique de confidentialité. Vous trouverez cette politique en ligne, à l'adresse td.com/vieprivee.

Des options s'offrent à vous. La Politique de confidentialité vous explique comment refuser de donner votre consentement ou le retirer, s'il y a lieu.

Voici un résumé de cette politique.

Nous recueillons, utilisons, transmettons et conservons vos renseignements, notamment pour :

- vous identifier;
- traiter votre demande et évaluer votre admissibilité;
- souscrire une assurance;
- vous servir;
- communiquer avec vous;
- personnaliser notre relation avec vous;
- déterminer le produit, prime ou couverture qui vous convient;
- améliorer les produits et services de la TD;
- vous protéger contre les fraudes, l'exploitation financière et les erreurs;
- évaluer et gérer nos risques;
- respecter les obligations juridiques et réglementaires.

Nous recueillons des renseignements (aux fins ci-dessus) auprès de vous et d'autres entités, notamment ce qui suit :

- organismes et registres de prévention des fraudes;
- tout professionnel de la santé, établissement de santé, compagnie d'assurance, organisme gouvernemental, organisation qui gère des banques de données d'information publique, bureau d'information sur les assurances, notamment MIB, LLC et le Bureau d'assurance du Canada qui possèdent vos renseignements;
- dans le cadre des interactions que nous avons avec vous, que ce soit sur votre appareil mobile ou par Internet, d'après les vidéos enregistrées par les caméras de nos locaux, et d'après votre historique d'utilisation de nos produits et services;
- rapport d'enquête personnel dressé dans le cadre de la vérification ou de l'authentification des renseignements que vous avez fournis dans votre demande d'assurance vie ou santé.

Nous pouvons communiquer vos renseignements personnels (aux fins énoncées ci-dessus) à des entités, y compris les entités suivantes. Certaines d'entre elles peuvent se trouver à l'extérieur de votre province ou territoire ou à l'extérieur du Canada :

- sociétés affiliées à la TD;
- organismes et registres de prévention des fraudes;
- professionnels de la santé;
- entreprises avec qui nous collaborons pour offrir des produits ou des services;
- compagnies d'assurance (y compris les assureurs et les réassureurs éventuels);
- organisations qui gèrent des banques de données publiques ou des bureaux d'information sur les assurances, y compris MIB, LLC et le Bureau d'assurance du Canada.

Nous conservons vos renseignements :

Nous conservons vos renseignements aux fins ci-dessus aussi longtemps que nécessaire, dans la limite du raisonnable.

Comment nous communiquerons avec vous :

Il se peut que nous communiquions avec vous concernant votre demande et les produits et services qui pourraient vous intéresser. Ces communications peuvent se faire par téléphone (aux coordonnées fournies par vous), par message texte, par courrier, par courriel ou par d'autres moyens électroniques. Vous pouvez demander de ne plus recevoir d'offres ou choisir le mode de communication à utiliser pour vous joindre à des fins de marketing. Vous pouvez le faire en communiquant avec TD, Compagnie d'assurance-vie au 1-800-775-1669.

