



RÉGIME D'ASSURANCE *INVALIDITÉ* EN CAS D'ACCIDENT TD

Documents du certificat d'assurance

Le présent livret comprend le certificat n° 555 000 596 de *votre* régime d'assurance *invalidité* en cas d'accident TD.



Nous vous remercions de faire confiance à TD Assurance

Votre régime d'assurance **invalidité en cas d'accident TD** constitue un excellent moyen d'accroître votre protection d'assurance qui vous aidera ainsi que votre famille lorsque vous en avez le plus besoin.

Vos indemnités

- **Prestation mensuelle libre d'impôt**

Vous recevrez des prestations mensuelles libres d'impôt, qui vous seront versées directement et seront déposées dans votre compte bancaire, jusqu'à concurrence de 24 mois, si vous devenez invalide en raison d'un accident. De plus, vous recevrez une (1) indemnité au titre du rétablissement libre d'impôt supplémentaire à la fin de votre période d'invalidité.

- **Indemnité au titre de la réadaptation**

Couverture au titre des frais de réadaptation correspondant à une prestation mensuelle unique

- **Couverture offerte jusqu'à votre 70^e anniversaire**

- **Processus de présentation des réclamations facile**

Limites et exclusions

À l'image de la plupart des polices d'assurance, votre couverture comporte certaines limites et exclusions qui peuvent avoir une incidence sur la façon dont nous évaluons votre réclamation et payons vos prestations. Par exemple, nous ne verserons aucune prestation mensuelle si vous devenez invalide dans les six mois suivant votre adhésion ou la date d'entrée en vigueur du rétablissement de la couverture si votre invalidité est attribuable à une maladie préexistante.

Veillez prendre le temps de prendre connaissance de la couverture offerte par votre assurance aux pages 8 et 10, aux rubriques « Les indemnités offertes » et « Les exclusions ».

Si vous avez besoin de présenter une réclamation

Il suffit de communiquer avec nous en composant le **1-888-788-0839** pour que nous puissions commencer à traiter votre réclamation immédiatement. Veuillez vous reporter à la page 13 « Marche à suivre pour présenter une réclamation » pour obtenir des renseignements sur la façon de soumettre votre réclamation rapidement et facilement.



Veillez *nous* tenir au courant si vos renseignements personnels font l'objet de modifications.

Il est important de maintenir vos renseignements personnels à jour. Veuillez communiquer avec *nous* immédiatement si :

- des changements sont apportés à vos renseignements bancaires ou de *votre* carte de crédit pour que vos paiements soient reçus en temps opportun et que *votre* couverture demeure en vigueur.
- vos coordonnées changent, y compris *votre* numéro de téléphone, *votre* adresse ou *votre* adresse électronique.

Nous sommes là pour vous aider

Vous êtes important pour *nous*. Si *vous* avez des questions sur le fonctionnement de *votre* assurance ou si *vous* avez besoin de conseils à propos de vos besoins globaux en matière d'assurance, veuillez communiquer avec *nous* en composant le **1-888-788-0839**, du lundi au vendredi entre 8 h et 22 h et le samedi entre 10 h et 18 h, heure de l'Est, et *nous nous* ferons un plaisir de *vous* aider.

ÉCHANTILLON

BIENVENUE À TD ASSURANCE

*Nous vous remercions d'avoir adhéré au régime d'assurance
invalidité en cas d'accident TD*

Certificat d'assurance

Sommaire des couvertures	7
Admissibilité	8
Les indemnités offertes	8
Quelle part des frais dois-je payer?	9
Vos paiements de prestations	9
Les exclusions	10
Plafonds et planchers de couverture	11
Début et fin de <i>votre</i> couverture	12
Rétablissement de <i>votre</i> couverture	12
Que se passe-t-il si j'adhère au régime et que je change d'avis par la suite?	13
Marche à suivre pour présenter une réclamation	13
Renseignements additionnels sur <i>votre</i> couverture	15
Définitions des termes que <i>nous</i> utilisons	16
Coordonnées	20

Autres renseignements importants

Déclaration et autorisation	20
Consentement au traitement de vos renseignements personnels et à la Politique de confidentialité de TD Assurance	22
Confirmation de vos réponses aux questions sur <i>votre</i> admissibilité	24



TD Assurance

TD, Compagnie d'assurance-vie

P.O. Box 1

TD Centre

Toronto (Ontario) M5K 1A2

TD Assurance

Régime d'assurance invalidité en cas d'accident TD

1 janvier 2023

Warden Boffet

123 Address

Vile, Province

A1A 1A1

Renseignements importants sur la couverture offerte par *votre* régime d'assurance *invalidité* en cas d'accident TD aux termes de la *police* collective : TDL024

N° de certificat d'assurance : 555 000 596

Assuré par : TD, Compagnie d'assurance-vie*

Bonjour,

Warden Boffet

Nous vous remercions d'avoir choisi le régime d'assurance invalidité en cas d'accident TD. Vous avez fait un geste important qui permet à vous et à votre famille d'obtenir une protection financière.

Vous trouverez joint au présent livret votre certificat d'assurance ainsi que d'importants renseignements sur votre couverture.

Ce que vous devez savoir

- *Votre* certificat d'assurance (à la page 7) est un document important relativement à *votre* régime d'assurance *invalidité* en cas d'accident TD que *vous* avez souscrit au 25 juillet 2023. Veuillez le lire attentivement.
- Veuillez conserver *votre* certificat d'assurance en lieu sûr. S'il est perdu, détruit ou égaré, il suffit de communiquer avec *nous* afin de demander un double exemplaire.
- *Votre* premier paiement est prévu pour le 25 août 2023 et par la suite le 25 de chaque mois.

*TD, Compagnie d'assurance-vie est l'administrateur autorisé de la présente assurance. Pour obtenir plus de renseignements sur l'assureur et/ou l'administrateur, veuillez vous reporter au certificat d'assurance. Toutes les marques de commerce appartiennent à leurs propriétaires respectifs. ^{MD} Le logo TD et les autres marques de commerce TD sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion.



- Vous disposez d'une **période d'évaluation de 30 jours** à compter de la *date d'entrée en vigueur* de *votre* couverture afin de passer en revue *votre* certificat d'assurance et de décider si la couverture répond à *vos* besoins. Si *vous* décidez de résilier *votre* couverture pendant cette période, veuillez communiquer avec *nous* en composant le **1-888-788-0839**.

Nous sommes là pour vous

Nous vous remercions de nous confier vos besoins en matière d'assurance. Si vous avez des questions sur votre couverture ou si vous avez besoin d'aide, nous nous ferons un plaisir de vous aider. Veuillez communiquer avec nous en composant le 1-888-788-0839, du lundi au vendredi entre 8 h et 22 h et le samedi entre 10 h et 18 h, heure de l'Est.

Veuillez agréer *nos* sentiments les meilleurs,

Erika Schiavoni

Vice-présidente, Produit et Tarification
Vie, Santé et Protection de crédit
TD, Compagnie d'assurance-vie

ÉCHANTILLON



Voici votre certificat de votre régime d'assurance invalidité en cas d'accident TD

Le présent certificat d'assurance décrit *votre* couverture aux termes du contrat collectif de base.

Dans le présent certificat d'assurance, *vous, votre* et *vos* désignent la *personne assurée* qui est assurée aux termes du présent régime. Les termes *nous, notre* et *nos* désignent la TD, Compagnie d'assurance-vie (« TD Vie »), qui est l'assureur du présent régime. *Nous* acceptons de *vous* assurer sous réserve des modalités et des conditions figurant dans le présent certificat d'assurance.

Warden Boffet
123 Address
Vile, Province
A1A 1A1

Sommaire des couvertures

Montant de la prime	16,69 \$
Fréquence de paiement de la prime	Mensuelles
Date d'exigibilité de la prime	25 de chaque mois
Type de compte pour le paiement des primes	Compte Bancaire
Date d'exigibilité de la première prime	25 août 2023
Date d'entrée en vigueur	25 juillet 2023

Renseignements sur la couverture	Personne assurée
	Warden Boffet
Prénom du titulaire du certificat	Warden
Nom du titulaire du certificat	Boffet
Âge au moment de l'établissement	34
Date de naissance	1 janvier 1989
Prestation mensuelle	1 500 \$
Date d'entrée en vigueur du rétablissement	25 juillet 2023
Fin de couverture	25 juillet 2025

Tous les montants ainsi que toutes les prestations sont libellés en dollars canadiens et les taxes sont comprises, s'il y a lieu.

Admissibilité

Pour être admissible à la présente assurance, *vous* :

- devez être âgé entre 18 ans et 60 ans à *votre date d'entrée en vigueur*;
- devez être résident canadien;
- devez *vous* trouver au Canada au moment de l'adhésion;
- devez avoir répondu aux questions relatives à l'adhésion de façon exacte et exhaustive.

Un résident canadien est une personne :

- qui est légalement autorisée à rester au Canada pour au moins les 365 prochains jours; et
- qui a vécu au Canada au moins 183 jours des 365 derniers jours (il n'est pas nécessaire que ces jours soient consécutifs).

Les indemnités offertes

Toutes les indemnités sont assujetties aux modalités, y compris les exclusions applicables présentées dans le présent certificat d'assurance. Pour obtenir plus de renseignements sur les indemnités, veuillez *vous* reporter à la rubrique « Sommaire des couvertures ».

Votre régime d'assurance *invalidité* en cas d'accident TD offre les indemnités suivantes :

- **Les prestations d'invalidité** : des prestations libres d'impôt mensuelles qui *vous* seront versées directement si *vous* devenez *invalide* dans les 90 jours suivant *un accident*.
 - *accident* désigne une *blessure* corporelle qui découle directement d'un événement violent, soudain et inattendu de source externe que *vous* subissez lorsque *vous* êtes assuré aux termes du présent certificat d'assurance. Le terme *accident* ne comprend pas ce qui suit :
 - une maladie, un problème de santé ou une déficience de naissance; ou
 - des *blessures* qui découlent directement ou indirectement d'une maladie, d'un problème de santé ou d'une déficience de naissance.
- **L'indemnité au titre du rétablissement** : une *prestation mensuelle* unique versée à la fin de chaque *période d'invalidité*.

Quelle part des frais dois-je payer?

Votre paiement de *prime* est déterminé en fonction du montant de *votre* couverture et figure dans le « Sommaire des couvertures ».

- Les *primes* sont payables à l'avance à la ***date d'exigibilité de la prime*** et seront portées au débit d'un compte bancaire ou d'une carte de crédit mensuellement.
- La première *prime* est exigible à la première ***date d'exigibilité de la prime*** comme il est indiqué dans le « Sommaire des couvertures ». Si nous ne recevons pas un paiement à la date d'exigibilité, nous allouons un ***délai de grâce de 60 jours à partir de la date d'exigibilité de la prime***, au cours duquel le présent certificat d'assurance demeurera en vigueur. Cependant, si nous ne recevons pas le paiement au plus tard à la fin du *délai de grâce*, votre couverture prendra fin.
- Le *titulaire du certificat* est tenu de nous informer de toute modification visant le mode de paiement des *primes*.
- Nous pouvons apporter des modifications aux *primes* à l'occasion. Si c'est le cas, la même modification s'appliquera à toutes les *personnes assurées* aux termes du contrat collectif de base. Si nous jugeons nécessaire de modifier les *primes*, nous vous donnerons un préavis écrit de 30 jours à l'adresse la plus récente figurant dans nos dossiers. L'avis comprendra des renseignements sur les nouvelles *primes* et la *date d'entrée en vigueur* de la modification. Si les taux de taxe varient, vos *primes* seront rajustées en conséquence sans préavis.

Vos paiements de prestations

Comment et à quel moment nous payons vos *prestations mensuelles*

- Les *prestations mensuelles* vous seront payées directement et seront déposées directement dans votre compte bancaire le premier jour ouvrable du mois suivant la date de début de votre *invalidité*.
- Si vous êtes *invalide* pendant moins d'un mois, votre prestation sera alors calculée au prorata.
- Une *indemnité au titre du rétablissement* vous sera versée à la fin de chaque *période d'invalidité*.

Paiements relatifs à une *rechute dans le cadre d'une invalidité*

- Si vous devenez *invalide* en raison d'une *rechute*, nous recommencerons les paiements de *prestations mensuelles*. Il s'agira de la prolongation de la *période d'invalidité* et elle ne sera pas supérieure à la *période de prestations maximale*.

- Une *rechute dans le cadre d'une invalidité* désigne une *invalidité* qui :
 - survient dans les 12 mois suivant la fin de vos *prestations mensuelles*, et
 - est liée à la même cause ou à une cause connexe et survient avant la fin de la *période de prestations maximale*.

Les exclusions

Nous ne payerons aucune *prestation mensuelle*, et les *primes* ne seront pas remboursées en raison d'une *invalidité* qui est attribuable, directement ou indirectement, à un ou à plusieurs des critères indiqués ci-après :

- une *maladie préexistante* qui fait en sorte que vous devenez *invalide* dans les 6 mois suivant la *Date d'entrée en vigueur*;
- l'utilisation de drogues ou de substances illégales ou illicites, ou vous faites un mauvais usage de médicaments obtenus avec ou sans ordonnance;
- votre participation à une guerre (qu'elle ait été déclarée ou non) ou à un acte d'hostilité des forces armées de tout pays, ou toute insurrection ou tout mouvement populaire;
- vous conduisez un véhicule terrestre, maritime ou aérien qui se déplace autrement qu'à l'aide de la force musculaire si votre taux d'alcoolémie est supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang ou si vous êtes sous l'effet d'une drogue, d'une substance intoxicante, d'un stupéfiant ou d'une substance toxique, à moins qu'un *médecin* vous le prescrive ou à moins de suivre le mode d'emploi fourni par le fabricant dans le cas d'un médicament sans ordonnance;
- une chirurgie esthétique facultative;
- la perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel, ou pendant que vous êtes incarcéré;
- des *blessures* que vous vous êtes infligées intentionnellement.

Exclusion en raison d'un séjour à l'étranger

Nous ne payerons aucune *prestation mensuelle* à l'égard d'une *invalidité* qui survient à l'extérieur du Canada si l'*invalidité* a lieu dans les 12 premiers mois suivant immédiatement la *date d'entrée en vigueur*.

Si vous devenez *invalide* et que la couverture est en vigueur depuis plus de 12 mois et que la *date de début de l'invalidité* survient lorsque vous êtes à l'extérieur du Canada, vous devez retourner au Canada dans les 90 jours suivant la *date de début de l'invalidité* avant de soumettre une *réclamation*.

Votre *période d'attente* commencera dès votre retour au Canada.

Si vous êtes à l'extérieur du Canada :

- nous estimerons que vous n'êtes pas *invalidé*;
- la *période d'attente* ne commencera pas ni ne se poursuivra; et
- nous ne payerons aucune *prestation mensuelle* ni ne renoncerons aux *primes*.
- L'expiration ou l'annulation du contrat collectif de base ne porte pas préjudice à toute *réclamation* admissible à l'égard d'un *accident* qui survient avant l'expiration ou l'annulation. L'assurance ne sera en aucun cas offerte à l'égard d'un *accident* qui survient après la résiliation du contrat collectif de base.

Plafonds et planchers de couverture

Disposition relative à la couverture totale

Vous ne pouvez pas souscrire une couverture totale aux termes d'un ou de plusieurs certificats d'assurance *invalidité* en cas d'*accident* établis par TD, Compagnie d'assurance-vie qui est supérieure à la *prestation mensuelle* et à la *période de prestations maximale* décrites dans le présent certificat d'assurance. Si nous constatons que *votre* couverture est supérieure aux limites prévues, la couverture excédentaire sera résiliée, et toutes les *primes* perçues en raison de la couverture excédentaire seront remboursées sans intérêt.

Période de prestations maximale

La *période de prestations maximale* est de 24 mois suivant la date de l'*invalidité* par *période d'invalidité*. Le montant maximal payé correspond à la somme de la *prestation mensuelle* multipliée par 24 mois.

Indemnité maximale au titre du rétablissement

L'*indemnité maximale au titre du rétablissement*, qui est payée à la fin de la *période d'invalidité*, est égale à une *prestation mensuelle* unique par *période d'invalidité*. Ainsi, *vous* recevrez une prestation mensuelle maximale forfaitaire additionnel de 500 \$, de 1 000 \$ ou de 1 500 \$ (comme il est indiqué dans le « Sommaire des couvertures ») par *période d'invalidité*.

Augmentation ou diminution des montants de *votre* couverture

- *Vous* pouvez augmenter le montant de *votre* couverture. Nous traiterons la couverture additionnelle comme une nouvelle adhésion qui exigera l'établissement d'un nouveau certificat d'assurance. De plus, la couverture sera assujettie aux critères d'admissibilité et ne peut pas être supérieure à la couverture totale indiquée à la rubrique « Disposition relative à la couverture totale ».
- *Vous* pouvez diminuer le montant de *votre* couverture à tout moment en communiquant avec nous. Nous modifierons vos *primes* afin de tenir compte du nouveau montant de *votre* couverture.

Début et fin de *vo*tre couverture

Votre couverture commence à la date à laquelle *vous* adhérez au régime. Il s'agit de la *date d'entrée en vigueur* de votre couverture comme il est indiqué dans le « Sommaire des couvertures ».

Votre couverture demeure en vigueur jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- *vo*tre 70^e anniversaire;
- un paiement de *prime* demeure exigible, mais impayé à la fin du *dé*lai de *gr*âce; par conséquent, *vo*tre couverture est en *dé*chéance;
- *nous* recevons une demande écrite ou verbale de *vo*tre part visant la résiliation de *vo*tre couverture; ou
- la date de *vo*tre décès.

Note : en cas de réception d'un avis de *vo*tre décès, la couverture sera résiliée, et toute *prime* perçue après la date du décès sera remboursée.

Si *vous* décidez d'annuler *vo*tre couverture :

- *nous* résilierons *vo*tre couverture au moment où *nous* recevons une demande écrite ou verbale de *vo*tre part visant la résiliation de *vo*tre couverture. *Nous* rembourserons toute *prime* que *nous* pouvons *vous* devoir.

***Nous* résilierons *vo*tre couverture si :**

- un paiement de *prime* demeure exigible, mais impayé à la fin du *dé*lai de *gr*âce;
- *nous* arrivons à la conclusion que *vous* avez fait une déclaration inexacte dans le cadre de *vo*tre adhésion ou que *vous* avez présenté une *ré*clamation frauduleuse;
- la *période de prestations maximale* est atteinte dans le cas d'une *invalidité permanente et totale*.

Rétablissement de *vo*tre couverture

Si *vo*tre *police* tombe en *dé*chéance, *vous* pouvez choisir de la rétablir :

- *Vous* pouvez demander son *rétablissement* dans les deux (2) ans qui suivent la date de la *dé*chéance.
- La couverture ne sera pas rétablie ou remise en vigueur tant que toutes les *primes* exigibles n'auront pas été payées.

- Aucune *réclamation* ne sera payable si la date du début de *votre invalidité* survient pendant que *votre assurance* n'est pas en vigueur (c'est-à-dire au cours de la période entre la *déchéance* et la *date d'entrée en vigueur du rétablissement*).
- Au moment du *rétablissement*, la période d'exclusion relative aux *maladies préexistantes* recommencera à courir.
- Vous devez nous fournir des preuves d'admissibilité à l'égard de la *personne assurée* et nous devons les juger satisfaisantes.

Que se passe-t-il si j'adhère au régime et que je change d'avis par la suite?

Vous disposez d'une **période d'évaluation de 30 jours** à compter de la *date d'entrée en vigueur*, comme il est indiqué dans le « Sommaire des couvertures », pour examiner les avantages qui vous sont offerts et décider si la couverture répond à vos besoins. Si vous décidez de résilier *votre* couverture pendant cette période, veuillez communiquer avec nous en composant le **1-888-788-0839**, et *votre* certificat d'assurance sera annulé à compter de sa *date d'entrée en vigueur*. Les *primes* perçues au cours de cette période vous seront remboursées.

Si vous décidez d'annuler *votre* couverture par la suite, veuillez communiquer avec nous en composant le **1-888-788-0839** et — à la condition qu'aucune *réclamation* ne soit en cours — nous annulerons *votre* couverture et rembourserons toute *prime* que nous pourrions vous devoir.

Note : Seul le *titulaire du certificat* peut annuler *votre* couverture.

Marche à suivre pour présenter une *réclamation*

Appelez-nous immédiatement en composant le **1-888-788-0839** pour débiter *votre réclamation*. Si nous approuvons *votre réclamation*, nous renoncerons à vos paiements de *prime* au cours de la *période d'invalidité* et *votre* couverture demeurera en vigueur.

Information requise pour présenter une *réclamation* :

- Formulaires de *réclamations* dûment remplis, preuve d'*accident*, preuve de *revenu avant l'invalidité* et toute information supplémentaire que nous jugeons pertinente afin d'évaluer *votre réclamation*.
- Autorisation nous permettant de demander de consulter et d'obtenir vos dossiers médicaux et de recueillir d'autres informations auprès de sources que nous jugeons pertinentes afin d'évaluer *votre réclamation*, y compris vos *médecins* actuels ou vos anciens *médecins*.

- *Nous* pouvons procéder à un entretien au téléphone ou en personne.
- *Nous* pouvons exiger que *vous* vous fassiez examiner ou évaluer par un *médecin* de *notre* choix au moment de *notre* choix et aussi souvent que cela est raisonnablement nécessaire afin de *nous* permettre d'évaluer *votre réclamation*.

Note : *Nous* pouvons exiger les éléments qui précèdent à titre de preuve de *votre invalidité* pendant que *vous* êtes *invalide* et que *vous* touchez des *prestations mensuelles*. Les preuves de *réclamation* sont à *vos* frais.

***Votre réclamation* doit *nous* parvenir dans un délai précis comme il est indiqué ci-dessus :**

- Les *réclamations* doivent *nous* parvenir dans les 90 jours suivant la date d'*invalidité*.
- *Nous* pouvons demander des preuves selon l'une ou plusieurs des formes susmentionnées. Le cas échéant, l'auteur de la *réclamation* doit fournir la preuve demandée dans les 30 jours. S'il ne peut respecter ce délai de 30 jours, *nous* pouvons lui accorder un délai supplémentaire qui sera convenu entre lui et *nous*.

Avant de *vous* verser des prestations :

- *Nous* devons avoir une preuve satisfaisante de *votre* date de naissance exacte.
- *Nous* devons être certains que la personne qui demande des prestations y a légalement droit.
- *Nous* vérifierons les questions d'admissibilité qui *vous* ont été posées lorsque *vous* avez soumis la proposition d'assurance.

Sous réserve de la loi applicable, *vous*, ou une personne autorisée qui présente une *réclamation* en *votre* nom, pouvez *nous* demander :

- une copie du formulaire d'adhésion;
- une copie du certificat d'assurance; et
- une copie de tout autre document que *nous* *vous* demandons de soumettre.

Renseignements additionnels sur *votre* couverture

- **Absence de participation et valeur de rachat :** Le présent certificat d'assurance et le contrat collectif de base aux termes duquel il est établi sont sans participation et n'ont aucune valeur de rachat.
- **Actions en justice :** Toute action en justice ou procédure judiciaire intentée contre un assureur

- pour recouvrer des sommes payables aux termes du contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée à l'intérieur du délai prescrit dans la loi intitulée *Insurance Act* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Ontario) ou dans toute autre loi applicable dans votre province ou territoire. Pour les actions en justice ou les procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le *Code civil du Québec*.
- **Cession** : Le présent certificat d'assurance ne peut pas être transféré ni cédé.
- **Contrat collectif de base** : Toutes les indemnités aux termes du présent certificat d'assurance sont assujetties au contrat collectif de base, qui constitue à lui seul l'entente aux termes de laquelle les *prestations mensuelles* seront payées. Le présent certificat d'assurance énumère les principales dispositions du contrat collectif de base qui s'appliquent aux *personnes assurées*.
- **Coordination des prestations** : Sous réserve de la rubrique Disposition relative à la couverture totale, si vous avez une autre assurance en plus du présent certificat d'assurance, nous ne coordonnerons pas les prestations, notamment si vous recevez des paiements d'*invalidité* d'autres sources (par exemple, de votre employeur, du gouvernement ou d'une autre assurance *invalidité*).
- **Déclaration inexacte quant à l'âge**
Si un certificat d'assurance est établi selon un âge inexact, l'un des scénarios suivants s'appliquera :
 - Si vous êtes toujours admissible à l'assurance, le **montant de la prime** sera rajusté pour tenir compte de votre date de naissance correcte à la *date d'entrée en vigueur* de votre couverture.
 - Si vous avez payé des *primes* en trop, nous vous rembourserons l'excédent des *primes* calculé au moment où une *réclamation* est présentée aux termes du présent certificat d'assurance; ou
 - Si vous n'avez pas payé suffisamment de *primes*, nous soustrairons le montant de l'insuffisance du montant de la prestation lorsque vous présentez une *réclamation* aux termes du présent certificat d'assurance.
 - Si vous n'êtes pas admissible à l'assurance, toutes les couvertures aux termes du présent contrat collectif de base seront considérées comme n'étant jamais entrées en vigueur, et nous rembourserons l'ensemble des *primes* payées.
- **Fausse déclaration**
 - Nous nous fions à la véracité et à l'exhaustivité des déclarations et des réponses que vous nous fournissez à titre de preuves d'assurabilité.
 - Il est entendu que nous pouvons annuler votre couverture d'assurance si vous nous avez caché un renseignement ou avez fait une fausse déclaration.
 - Deux (2) ans après la *date d'entrée en vigueur* ou celle du *rétablissement* de l'assurance, les réponses que vous nous aurez fournies en tant que preuves d'assurabilité seront réputées

- véridiques, sauf en cas de fausse déclaration frauduleuse. Toutefois, cela ne s'applique pas à *votre* date de naissance, pour laquelle la rubrique Déclaration inexacte quant à l'âge ci-dessus s'appliquera.
- **Renonciation** : *Nous* ne serons réputés avoir renoncé à aucune condition ni avoir modifié aucune condition du présent certificat, que ce soit en totalité ou en partie, à moins de l'avoir clairement exprimé dans un document signé par l'un de *nos* représentants.
- Le présent certificat d'assurance n° 555 000 596 est établi aux termes de le contrat collectif TDL024 en faveur de La Banque Toronto-Dominion (La Banque TD) par TD Vie.

Définitions des termes que *nous* avons utilisés

Dans le présent certificat d'assurance, les termes suivants sont utilisés systématiquement en italique : **accident** désigne une *blessure* corporelle qui découle directement d'un événement violent, soudain et inattendu de source externe que *vous* subissez lorsque *vous* êtes assuré aux termes du présent certificat d'assurance. Le terme *accident* ne comprend pas ce qui suit :

- une maladie, un problème de santé ou une déficience de naissance; ou
- des *blessures* qui découlent directement ou indirectement d'une maladie, d'un problème de santé ou d'une déficience de naissance.

blessure/blessures désigne une lésion ou une *blessure* corporelle qui est causée uniquement et directement par un *accident* qui a eu lieu après la *date d'entrée en vigueur* et pendant que la couverture est en vigueur.

Le terme *blessure* ne comprend pas ce qui suit :

- une maladie, un problème de santé ou une déficience de naissance; ou
- des *blessures* qui découlent directement ou indirectement d'une maladie, d'un problème de santé ou d'une déficience de naissance.

Sans égard :

- au fait que la maladie ou le problème de santé soit apparu avant ou après la prise d'effet du présent certificat d'assurance;
- à ce qui a donné lieu à la manifestation de la maladie ou du problème de santé chez la *personne assurée* ; et au fait que la maladie, le problème de santé ou la déficience ou la *blessure* en découlant était prévisible ou imprévisible.

date d'entrée en vigueur s'entend de la date ou des dates auxquelles la couverture commence, comme il est indiqué à la rubrique « Sommaire des couvertures ».

date d'entrée en vigueur du rétablissement s'entend de la date à laquelle le présent certificat d'assurance est rétabli, comme il est décrit à la rubrique « Rétablissement de votre couverture ».

date d'exigibilité de la prime s'entend de la date à laquelle vos primes d'assurance sont exigibles et doivent nous être payées et de la date du mois à laquelle les primes sont portées au débit de votre carte de crédit ou de votre compte bancaire.

date de début de l'invalidité s'entend du premier jour où la personne assurée est invalide.

déchéance s'entend de la résiliation de la couverture parce que la prime n'a pas été payée au cours du délai de grâce.

délai de grâce s'entend d'une période pendant laquelle la prime est exigible et impayée et au cours de laquelle la couverture demeure en vigueur (60 jours). Si la prime est entièrement acquittée au cours du délai de grâce, elle est réputée avoir été payée avant l'échéance.

emploi habituel s'entend du poste que la personne assurée occupait à la date de début de l'invalidité. Le terme *emploi habituel* désigne le type de travail plutôt que les fonctions précises d'un emploi auprès d'une entreprise en particulier.

emploi rémunérateur s'entend de tout travail qui offre un salaire ou un bénéfice produisant ou pourrait produire un revenu égal à au moins 50 % de votre revenu avant l'invalidité.

indemnité au titre du rétablissement procure à la personne assurée une prestation mensuelle additionnelle de 500 \$, de 1 000 \$ ou de 1 500 \$ (comme il est indiqué dans le « Sommaire des couvertures ») à la fin de chaque période d'invalidité.

invalidité/invalide Si la personne assurée travaille au moins 20 heures par semaine ou qu'elle travaille à la date de début de l'invalidité :

- **invalidité/invalide** s'entend de l'état de la personne assurée qui, en raison d'une blessure :
 - n'est pas en mesure de s'acquitter des fonctions essentielles de son *emploi habituel*; et
 - n'occupe pas un *emploi rémunérateur*; et
 - reçoit régulièrement des soins d'un *médecin* ainsi qu'un *traitement approprié*.

Si la personne assurée ne travaille pas au moins 20 heures par semaine ou qu'elle soit sans emploi à la date de début de l'invalidité :

- **invalidité/invalide** s'entend de l'état de la personne assurée qui, en raison d'une blessure :
 - n'est pas en mesure de s'acquitter des fonctions essentielles de tout *emploi rémunérateur* dont elle possède les qualifications minimales; et

- ne travaille pas du tout; et
- reçoit régulièrement des soins d'un *médecin* ainsi qu'un *traitement approprié*.

invalidité permanente et totale s'entend du fait que *vous* êtes incapable sur le plan physique ou mental de travailler seul ou de *vous* acquitter de fonctions selon *votre* formation, éducation ou expérience. Une amélioration médicale n'est pas prévue, et il est peu probable que *vous* travailliez de nouveau.

maladie préexistante s'entend d'une *blessure* ou d'une maladie dont la *personne assurée* avait des symptômes, pour laquelle elle a obtenu une consultation médicale ou des conseils ou pour laquelle elle a reçu des traitements, y compris des tests diagnostiques, des soins ou des services, y compris des médicaments sur ordonnance au cours des 6 mois qui ont précédé la *date d'entrée en vigueur* de la couverture.

médecin s'entend d'un *médecin* indépendant et qualifié qui pratique la *médecine* au Canada et y est autorisé. Pour les fins du diagnostic d'une *personne assurée*, le terme *médecin* ne s'entend pas de cette *personne assurée* ni d'un membre de la famille de la *personne assurée*.

nous, notre, nos et l'assureur s'entendent de TD Vie.

période d'attente s'entend des 30 premiers jours consécutifs suivant la *date de début de l'invalidité* au cours desquels la *personne assurée* doit être *invalide* avant que le paiement de *prestations mensuelles* ne commence. Pendant cette période, aucune prestation ne sera versée ni ne s'accumulera.

période d'invalidité s'entend de la période au cours de laquelle la *personne assurée* est *invalide* et reçoit des *prestations mensuelles*. La *période d'invalidité* maximale est de deux (2) ans, y compris toute *rechute dans le cadre d'une invalidité*.

période de prestations maximale s'entend de la période la plus longue au cours de laquelle *nous* payerons des *prestations mensuelles* pendant toute période d'*invalidité*. *Nous* ne payerons aucune *prestation mensuelle* au-delà de la *période de prestations maximale* même si une période d'*invalidité* perdure au-delà de la *période de prestations maximale*. La *période de prestations maximale* ne recommence pas et ne peut pas être surpassée au cours d'une période d'*invalidité* même si la cause de l'*invalidité* change.

personne assurée s'entend de la *personne assurée* qui est admissible aux indemnités aux termes du certificat d'assurance.

police s'entend du contrat collectif de base TDL024 conclu entre TD Vie et La Banque TD.

prestation mensuelle s'entend de la *prestation mensuelle* maximale payable à laquelle la *personne assurée* a droit, comme elle est décrite à la rubrique « Sommaire des couvertures », que *nous* payerons lorsque la *personne assurée* est *invalide*.



prime s'entend du coût de la protection d'assurance à l'égard d'un risque précis pour une période précise.

rechute dans le cadre d'une invalidité s'entend d'une *invalidité* qui :

- survient dans les 12 mois suivant la fin de *vos prestations mensuelles*; et
- a lieu en raison de la même cause ou d'une cause connexe avant la fin de la *période de prestations maximale*.

réclamation s'entend de la demande formulée par la *personne assurée* visant les *prestations mensuelles* offertes aux termes de la présente couverture.

rétablissement s'entend de la réhabilitation d'un certificat d'assurance déchu comme il est décrit à la rubrique « *Rétablissement de votre couverture* ».

revenu s'entend du salaire, des honoraires et des commissions obtenus par la *personne assurée*.

revenu avant l'invalidité s'entend du *revenu mensuel moyen* de la *personne assurée* au cours des 24 mois tombant immédiatement avant la *date de début de l'invalidité*.

titulaire du certificat s'entend de la personne ou de la partie qui est propriétaire du certificat d'assurance.

traitement approprié s'entend des soins que les *médecins* considèrent efficaces par rapport au problème de santé qui cause l'*invalidité* ou qui y contribue. Dans la mesure du possible, le but des soins est de permettre à la *personne assurée* de retourner au travail. Les soins doivent être prodigués sous la supervision d'un *médecin* qui doit les approuver.

vous, votre et **vos** s'entendent de la *personne assurée* ou des *personnes assurées* qui sont assurées aux termes du certificat d'assurance.

Coordonnées

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

Le certificat d'assurance se termine ici.
Les pages qui suivent renferment des renseignements utiles sur *votre* couverture.

Déclaration et autorisation au sujet de *votre* régime d'assurance en cas d'accident grave TD

Veillez lire attentivement

Lorsque *vous* avez adhéré à la présente assurance, *vous* avez déclaré et accepté ce qui suit :

- *Vous* examinerez le certificat d'assurance afin de vérifier que ses modalités *vous* conviennent.
- Toutes *vos* déclarations et réponses sont des déclarations et réponses véridiques et complètes de *votre* part aux questions. Le fait de cacher un renseignement ou de faire une déclaration inexacte ou fautive dans le formulaire d'adhésion pourrait entraîner l'annulation de *votre* couverture aux termes du certificat d'assurance.
- Le versement de toute prestation est assujéti aux modalités et aux conditions, comme elles sont décrites dans le certificat d'assurance.
- *Vous* disposez d'une **période d'évaluation de 30 jours** à compter de la *date d'entrée en vigueur* , comme il est indiqué dans le « Sommaire des couvertures » pour examiner les avantages qui *vous* sont offerts et décider si la couverture répond à *vos* besoins. Si *vous* décidez de résilier *votre* couverture pendant cette période, veuillez communiquer avec *nous* au 1-888-788-0839 ou soumettre *votre* demande par écrit, et *votre* certificat d'assurance sera annulé à la *date d'entrée en vigueur* . Si *vous* décidez d'annuler *votre* couverture à tout moment par la suite, à la condition qu'aucune *réclamation* ne soit en cours, *nous* rembourserons toute *prime* non gagnée que *vous* avez peut-être payée.
- *Nous* pouvons apporter des modifications aux *primes* à l'occasion. Si c'est le cas, la même modification s'appliquera à toutes les personnes assurées aux termes du contrat collectif de base.
- Aucune couverture d'assurance n'entrera en vigueur avant *votre date d'entrée en vigueur* ou la *date d'entrée en vigueur* du dernier *rétablissement* , comme il est indiqué dans le certificat d'assurance.
- L'achat de la présente assurance est facultatif et n'est pas nécessaire pour obtenir d'autres produits ou services de *nous* ou de *nos* sociétés affiliées.
- Les réponses que *vous* avez fournies font partie de la proposition, ainsi que tout formulaire ou toute proposition supplémentaire que *nous* pouvons exiger.



Autorisation

Comme il est indiqué dans *notre* Convention sur la confidentialité qui se trouve à l'adresse www.td.com/francais/privee, *vous* acceptez que *nous* puissions communiquer vos renseignements personnels à *nos* sociétés affiliées à l'échelle mondiale et réassureurs ainsi qu'à *nos* fournisseurs de services. *Nous* pouvons également utiliser vos renseignements aux fins suivantes : établir *votre* identité; *vous* procurer un service à la clientèle continu; *nous* aider à mieux *vous* servir; aider à assurer *votre* protection et la nôtre contre la *fraude* et les erreurs; et *nous* conformer à des exigences légales et réglementaires. *Nous* pouvons communiquer avec *vous* à ces fins par téléphone ou par tout autre moyen électronique aux numéros que *vous nous* avez fournis.

Mode de paiement Compte Bancaire

Vous avez sélectionné un paiement de *primes* par des retraits préautorisés et *vous* autorisez TD Vie, en son propre nom, à prélever la *prime* d'assurance sur une base mensuelle. Les prélèvements commenceront après la date d'établissement du certificat d'assurance et se feront sur une base mensuelle le même jour par la suite.

Comprenez-vous et acceptez-vous les modalités et les conditions indiquées ci-dessus?

Votre réponse : Oui

Utilisation des renseignements

Nous pourrions partager vos renseignements personnels qui ne concernent pas *votre* santé avec les membres de *notre* groupe afin qu'ils puissent *vous* offrir des produits et des services par téléphone, aux numéros que *vous nous* avez fournis, de même que par Internet et par la poste ou par d'autres moyens. *Vous* pouvez choisir de ne pas être sollicité dans le cadre de ces offres de marketing direct en avisant TD Vie.

Ai-je *votre* consentement?

Votre réponse : Oui

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 communiquer avec *nous* au 1-888-788 0839.



TD Assurance

TD, Compagnie d'assurance-vie

P.O. Box 1

TD Centre

Toronto (Ontario) M5K 1A2

TD Assurance

Régime d'assurance invalidité en cas d'accident TD

Warden Boffet

123 Address

Vile, Province

A1A 1A1

PERSONNEL ET CONFIDENTIEL

ÉCHANTILLON