



SÉCURITÉ SIMPLIFIÉE^{MC}
CERTIFICAT D'ASSURANCE ET
DÉCLARATION DE DIVULGATION

Date d'entrée en vigueur du Certificat
15/01/2024

Le plan de protection de paiement Sécurité simplifiée^{MC} (ci-après la « Police ») est offert aux clients de Flexiti Financière (« Flexiti »), en tant qu'assurés, dont les demandes de compte de carte de crédit ont été approuvées, qui ont soumis une demande d'adhésion d'assurance à Trans Global Insurance Company et à Trans Global Life Insurance Company pour les résidents de toutes les provinces sauf Québec, et à Compagnie d'Assurance-Vie Trans Globale pour les résidents du Québec, qui ont fait une demande de couverture, qui ont accepté de payer les primes correspondantes et qui continue de payer leurs primes dans les délais impartis. Le fait de ne pas procéder aux paiements dans les délais impartis pourrait causer des interruptions dans la couverture. Veuillez vous reporter à la Partie H ci-dessous pour plus de détails sur la résiliation de la couverture.

Quand **Vous** adhérez à la Police, **Vous** contractez directement avec **Nous**. Ce Certificat d'assurance, ainsi que Vos primes d'assurance facturées sur **Votre** compte de carte de crédit de Flexiti et que Vous payez tous les mois, constituent la preuve de **Votre** assurance en vertu de cette Police, tant et aussi longtemps que l'assurance n'a pas été résiliée, conformément aux dispositions décrites dans ce Certificat d'assurance. La Police est souscrite conformément aux numéros de police collective FL- 04012018-P et FL- 04012018-L pour les résidents de toutes les provinces sauf Québec; pour les résidents du Québec, elle est souscrite par le seul numéro de police collective FL- 04012018-L émis à Flexiti par **Nous** et comprenant les couvertures respectives suivantes en vertu de la Police:

Résidents du Québec	Résidents de toutes les provinces (sauf Québec)
Compagnie d'Assurance-Vie Trans Globale (FL- 04012018-L)	Trans Global Insurance Company (FL- 04012018-P)
Partie A: Perte d'emploi involontaire	Partie A: Perte d'emploi involontaire
Partie B: Perte d'emploi involontaire (travailleurs autonomes)	Partie B: Perte d'emploi involontaire (travailleurs autonomes)
	Trans Global Life Insurance Company (FL- 04012018-L)

Partie C: Prestation pour maladie grave	Partie C: Prestation pour maladie grave
Partie D: Prestation d'invalidité	Partie D: Prestation d'invalidité
Partie E: Prestations vie et mutilation	Partie E: Prestations vie et mutilation
Partie F: Caractéristiques du service de Soutien pour Jalon de vie important	Partie F: Caractéristiques du service de Soutien pour Jalon de vie important

Ce Certificat d'assurance contient des informations sur **Votre** assurance optionnelle. Il décrit ce qui est couvert, ainsi que les modalités selon lesquelles le paiement sera fait. Il fournit également des instructions sur la manière de faire une réclamation. **Vous** devez lire ce Certificat d'assurance avec attention pour comprendre **Votre** couverture, car elle est soumise à un certain nombre de limitations ou d'exclusions. Ce Certificat d'assurance n'est pas un contrat d'assurance et contient seulement un résumé des dispositions générales de la Police.

Veuillez Vous reporter à la section sur les Définitions ou à toute description applicable des prestations pour connaître la signification des termes en caractères gras. Ce Certificat d'assurance remplace tous les autres Certificats d'assurance qui **Vous** ont été fournis précédemment par rapport à la Police. La couverture est seulement disponible si **Vous** résidez au Canada. Elle peut, en tout temps, être annulée, changée ou modifiée si Flexiti et l'Assureur décident de le faire, à n'importe quel moment. Si **Vous** souhaitez confirmer la couverture ou si **Vous** avez des questions sur les informations contenues dans ce Certificat d'assurance, appelez-**Nous** sans frais au **1-844-930-6022**.

QUI EST COUVERT

Afin de pouvoir faire une demande d'assurance, **Vous** devez résider au Canada et avoir plus de 18 ans à la **Date d'entrée en vigueur**. Pour les résidents de toutes les provinces sauf Québec, les couvertures Vie et Mutilation et Maladie grave sont disponibles pour **le ou la Titulaire principal(e) de la carte** et son / sa **conjoint(e)**, tandis que les prestations d'Invalidité et de Chômage involontaire sont seulement disponibles pour **le ou la Titulaire principal(e) de la carte**. Pour les résidents du Québec, toutes les couvertures sont seulement disponibles pour **le ou la Titulaire principal(e) de la carte**.

Si **Vous** avez 65 ans (71 en Colombie-Britannique) ou plus à la date de **Votre** décès, les prestations d'assurance vie seront seulement versées en cas de

Décès accidentel.

La protection de Maladie grave prend fin lorsque la personne concernée atteint l'âge de 65 ans. Afin de clarifier les choses, la date du **Premier diagnostic** doit être antérieure au 65^e anniversaire de naissance de la personne.

QUE COUVRE L'ASSURANCE?

- L'assurance chômage et l'assurance invalidité peuvent **Vous** aider à payer une portion de **Vos** paiements mensuels sur votre carte de crédit si **Vous** êtes en situation de chômage involontaire ou d'invalidité et que **Vous** êtes dans l'incapacité de travailler.
- L'assurance maladie grave et l'assurance décès et mutilation peuvent vous permettre de réduire ou de payer complètement le solde de **Votre** carte de crédit si **Vous** décédez ou si **Vous** recevez un diagnostic de certains types de cancers, si vous avez une crise cardiaque, un accident cardiovasculaire ou toute autre maladie admissible.

Le Soutien pour les Jalons de vie importants constitue une caractéristique de service supplémentaire qui vous permettra de payer une partie de **Votre** solde impayé si **Vous** êtes assuré(e) en vertu de cette Police et que **Vous** faites l'expérience d'un des Jalons de vie importants admissibles.

COMMENT ANNULER CETTE ASSURANCE

Si, à la réception de ce Certificat d'assurance, **Vous** ne désirez plus adhérer à cette assurance, veuillez communiquer avec **Nous** pour annuler **Votre** Police dans les 30 jours suivant l'adhésion pour les résidents de toutes les provinces sauf Québec et dans les 60 jours suivant l'adhésion pour les résidents du Québec. La demande d'annulation devra être faite par écrit et contenir **Votre** signature. Si la Police est annulée dans les 30 jours (60 jours pour les résidents du Québec) suivant l'adhésion, toutes les primes facturées seront remboursées sur **Votre** compte de carte de crédit de Flexiti. **Vous** pourrez annuler n'importe quand après les premiers 30 jours (60 jours pour les résidents du Québec) en **Nous** envoyant une demande à cet effet par écrit, mais **Vous** n'aurez alors droit à aucun remboursement des primes facturées. Si **Vous** avez des questions concernant cette assurance ou si **Vous** avez besoin de renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec:

Trans Global Life Insurance Company &
Trans Global Insurance Company
Suite 275, 16930 114 Ave NW
Edmonton, AB T5M 3S2
Téléphone: 1-844-930-6022

PARTIE A - PRESTATIONS DE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

PRESTATIONS

Si, suivant la **Date d'entrée en vigueur**, **Vous** subissez une perte d'emploi involontaire, **Nous** verserons à Flexiti, en **Votre** nom **Vos** obligations de paiements mensuels, rétroactivement à la **Date de la perte**. **Nous** verserons **Vos Paiements mensuels** dus jusqu'à ce que **Vous** retourniez au travail à temps plein, sous réserve d'un maximum de 12 **Paiements mensuels**. Si **Vous** êtes à la fois invalide et subissez une perte d'emploi involontaire, **Vous** aurez droit aux prestations d'une seule couverture, non des deux. Le montant total de **Votre Paiement mensuel** n'excédera pas le moindre des deux montants suivants: le **Solde impayé** ou 25 000 \$.

Pour les personnes qui pourraient recevoir plusieurs sources de revenus, soit par l'intermédiaire d'une relation employeur - employé(e) et en opérant une entreprise dans une capacité de travailleur indépendant, **Vous** n'aurez droit qu'aux prestations décrites dans la Partie A - Prestations de perte d'emploi involontaire ou dans la Partie B - Prestations de perte d'emploi involontaire - Travailleurs autonomes, et pas les deux. Pour déterminer le versement des prestations dans la situation susmentionnée, **Nous** nous réservons le droit de choisir la couverture en vertu de laquelle **Vous** recevrez des prestations.

CONDITIONS

Pour être admissible aux prestations de chômage involontaire en vertu de cette Partie A:

1. **Vous** devez résider au Canada et avoir plus de 18 ans au moment de la **Date d'entrée en vigueur**;
2. **Vous** devez être assuré(e) en vertu de la Police et exercer un emploi rémunérateur et permanent à temps plein au moins 25 heures par semaine à la **Date de la perte**;
3. **Vous** devrez avoir subi une perte d'emploi involontaire pendant plus de 30 jours consécutifs;
4. Avant **Votre** perte d'emploi involontaire, **Vous** devrez avoir payé des cotisations d'assurance-emploi auprès de l'Agence du revenu du Canada (ARC) et / ou l'une ou l'autre de ses entités remplaçantes, en **Votre** nom. **Dans les 15 jours suivant Votre perte d'emploi involontaire, Vous devrez Vous être inscrit(e) auprès de la Commission de l'assurance-emploi du Canada afin de recevoir Vos prestations d'emploi;**
5. Alors que **Vous** subissez une perte d'emploi involontaire, **Vous** devez être disponible pour travailler à temps plein et il se peut que **Vous** ayez à fournir la preuve que **Vous** êtes à la recherche active d'un emploi.

EXCLUSIONS

Vous ne sommes pas tenus de verser des prestations de perte d'emploi involontaire en raison des situations suivantes:

1. Perte d'emploi pour quelque raison que ce soit, débutant dans les 30 jours suivant la **Date d'entrée en vigueur**;
2. Perte d'emploi que **Vous** savez imminente au moment où **Vous** adhérez à l'assurance;
3. Perte d'un emploi saisonnier;
4. Grèves ou lockouts, que **Vous** y participiez volontairement ou non;
5. Invalidité pour laquelle des prestations sont versées en vertu de cette Police;
6. Congédiement justifié par **Votre** employeur;
7. Grossesse ou accouchement et congé de maternité, de paternité ou d'adoption;
8. Congé pour prendre soin d'un membre de sa famille malade;
9. Perte d'emploi volontaire;
10. Accusations criminelles portées contre **Vous** et toute incarcération qui s'ensuit;
11. Tout manquement aux paiements de pension pour enfants, pour conjoint(e) ou de pension alimentaire;
12. Retraite, volontaire ou obligatoire;
13. Toute exclusion répertoriée au paragraphe « Exclusions générales », que **Vous** trouverez à la Partie H - Dispositions générale.

NOUVELLE ADMISSIBILITÉ

Si **Vous** retournez au travail pendant moins de 6 mois consécutifs après avoir reçu des prestations selon les dispositions de cette Partie et que **Vous** subissez une autre période d'au moins 30 jours consécutifs de perte d'emploi involontaire, **Vous** ne serez admissible qu'aux prestations restantes des 12 **Paiements mensuels** maximum de la réclamation précédente. Cependant, si **Vous** avez repris un emploi à temps plein (au moins 25 heures par semaine) pendant au moins 6 mois consécutifs après avoir reçu des prestations selon les dispositions de cette Partie A, **Votre** couverture sera rétablie pour une autre période contractuelle de prestations mensuelles (sous réserve d'une limite maximale de 25 000 \$) pour les périodes de perte d'emploi involontaire subséquentes couvertes.

PARTIE B - PRESTATIONS DE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE - TRAVAILLEURS AUTONOMES

PRESTATIONS

Si **Vous** perdez **Votre** emploi sans aucune faute de **Votre** part, en tant que travailleur indépendant, si **Votre** entreprise a fait involontairement l'objet d'une pétition de mise en faillite de la part de **Vos** créanciers et que **Vous** êtes dans l'incapacité de générer un revenu pendant 30 jours consécutifs après la **Date d'entrée en vigueur**, **Vous** aurez peut-être droit aux prestations de perte d'emploi involontaire pour les travailleurs autonomes.

Une fois **Votre** éligibilité établie, **Nous** verserons à Flexiti, en **Votre** nom et rétroactivement à la **Date de la perte**, **Vos Paiements mensuels** dus. **Nous** verserons **Vos Paiements mensuels** dus jusqu'à ce que **Vous** retourniez au travail à temps plein, sous réserve d'un maximum de 12 **Paiements mensuels**. Si **Vous** êtes à la fois invalide et subissez une perte d'emploi involontaire, **Vous** aurez droit aux prestations d'une seule couverture, non des deux. Le montant total de **Vos Paiements mensuels** n'excédera pas le moindre des deux montants suivants: le **Solde impayé** à la **Date de la perte** ou le maximum de 25 000 \$.

Pour les personnes qui pourraient recevoir plusieurs sources de revenus, soit par l'intermédiaire d'une relation employeur - employé(e) et en opérant une entreprise dans une capacité de travailleur indépendant, **Vous** n'aurez droit qu'aux prestations décrites dans la Partie A - Prestations de perte d'emploi involontaire ou dans la Partie B - Prestations de perte d'emploi involontaire - Travailleurs autonomes, et pas les deux. Pour déterminer le versement des prestations en vertu de la Partie A ou de la Partie B, **Nous** nous réservons le droit de choisir la couverture en vertu de laquelle **Vous** recevrez des prestations.

CONDITIONS

Pour être admissible aux prestations de perte d'emploi involontaire en vertu de la Partie B de la présente:

1. **Vous** devez résider au Canada et avoir plus de 18 ans au moment de la **Date d'entrée en vigueur**;
2. **Vous** devez avoir été assuré(e) conformément à la Police et travailler en réalisant un revenu imposable en vertu de la Loi canadienne sur le revenu et les impôts, en exerçant un emploi lucratif sur une base permanente, en travaillant à temps plein à la **Date de la perte**, c'est-à-dire pendant au moins 25 heures par semaine, dans une entreprise légalement constituée et opérant au Canada pour une période d'au moins 2 années continues avant la **Date d'entrée en vigueur** de la Police.

3. **Vous** devrez être en chômage involontaire depuis plus de 30 jours consécutifs.
4. Avant **Votre** chômage involontaire, en tant que travailleur indépendant, et seulement si / quand cela est applicable, **Vous** devrez avoir payé des cotisations spéciales d'assurance-emploi à l'Agence du revenu du Canada (ARC) et / ou l'une ou l'autre de ses entités remplaçantes.
5. Alors que **Vous** êtes en chômage involontaire, en tant que travailleur indépendant, **Vous** devez être disponible pour travailler à temps plein et il se peut que **Vous** ayez à fournir la preuve que **Vous** êtes activement à la recherche d'un emploi à temps plein.

EXCLUSIONS

Nous ne serons pas tenus de verser des prestations de chômage involontaire pour les travailleurs autonomes dans les situations suivantes:

1. Perte d'emploi pour quelque raison que ce soit, débutant dans les 90 jours suivant la **Date d'entrée en vigueur**;
2. Perte d'emploi que **Vous** savez imminente au moment où **Vous** adhérez à l'assurance;
3. Grèves ou lockouts, que **Vous** y participiez ou que **Votre** entreprise y participe volontairement ou non;
4. Invalidité pour laquelle des prestations sont versées selon cette Police;
5. Congédiement justifié par une entreprise ou par un client;
6. Grossesse ou accouchement et congé de maternité, de paternité ou d'adoption;
7. Congé pour prendre soin d'un membre de sa famille malade;
8. Chômage volontaire, si **Vous** avez refusé de compléter un travail en fonction du contrat y afférant ou tel qu'indiqué dans les spécifications du poste;
9. Tout manquement aux règles et conditions de sécurité exigées par des organisations syndicales, des associations ou des instances provinciales en santé et sécurité;
10. Accusations criminelles portées contre **Vous** et toute incarcération qui s'ensuit;
11. Tout manquement aux paiements de pension pour enfants, pour conjoint(e) ou de pension alimentaire;
12. Incapacité à se rendre au travail liée à des raisons émanant de la perte d'un passeport ou des modalités d'un visa;
13. Fermeture d'entreprise à la suite d'une faute grave ou intentionnelle, à de la négligence, à un abandon volontaire de salaire, de gains ou de revenus;
14. Retraite, volontaire ou obligatoire;

15. Toute exclusion répertoriée au paragraphe « Exclusions générales » que **Vous** trouverez à la Partie H - Dispositions générales.

Si **Vous** retournez au travail, en tant que travailleur indépendant, pendant une période de moins de 6 mois consécutifs après avoir reçu les prestations selon les dispositions de la présente Partie B et que **Vous** subissez une autre période d'au moins 90 jours consécutifs de chômage involontaire, en tant que travailleur indépendant, **Vous** ne serez admissible qu'aux prestations restantes des 12 **Paiements mensuels** maximum consentis dans le cadre de la réclamation précédente. Cependant, **Vous** devez travailler dans une nouvelle entreprise en réalisant un revenu imposable en vertu de la Loi canadienne sur le revenu et les impôts, en exerçant un emploi lucratif sur une base permanente, en travaillant à temps plein à la **Date de la perte**, c'est-à-dire pendant au moins 25 heures par semaine, dans une entreprise légalement constituée et opérant au Canada pour une période d'au moins 2 années continues avant la **Date d'entrée en vigueur** de la police. Après 6 mois consécutifs, **Votre** régime sera rétabli pour une autre période de prestations de 12 mois (sous réserve d'une limite maximale de 25 000 \$) pour les périodes subséquentes couvertes relativement au chômage involontaire pour les travailleurs autonomes. Si **Vous** retournez au travail dans un capacité autre que travailleur indépendant, veuillez **Vous** reporter à la section sur la nouvelle admissibilité en cas de Chômage involontaire de ce Certificat d'assurance.

EFFECTUER UNE RÉCLAMATION DE CHÔMAGE INVOLONTAIRE - POUR LES TRAVAILLEURS AUTONOMES SEULEMENT

Vous devez **Nous** faire parvenir les documents judiciaires sur la faillite à l'adresse indiquée en haut du Certificat d'assurance pour prouver que la faillite a été classée, ainsi que le nom du mandataire désigné de la faillite. **Nous** pourrions, à **Notre** discrétion, exiger des états financiers apportant des preuves documentées des activités d'exploitation de votre entreprise des 3 dernières années, des déclarations de revenus de l'entreprise prouvant que **Vous** les avez déposées auprès de l'Agence du revenu du Canada, ainsi que les déclarations personnelles et de votre conjoint(e) des 3 dernières années prouvant que **Vous** les avez déposées auprès de l'Agence du revenu du Canada. Nous pourrions également exiger la copie la plus récente de **Vos** statuts constitutifs et de **Votre** permis d'exploitation au moment de la réclamation.

PARTIE C - PRESTATIONS POUR MALADIE GRAVE

PRESTATIONS

Si, après la **Date d'entrée en vigueur** et pendant que **Vous** (pour les résidents du Québec) et que **Vous** et **Votre conjoint(e)** (pour les résidents de toutes les provinces, sauf Québec) recevez un diagnostic de Maladie grave pour la première fois de **Votre** vie et que **Vous** survivez à ce **Premier diagnostic** pendant au moins 30 jours, **Nous** paierons un montant équivalant au **Solde impayé** à la date du **Premier diagnostic** de Maladie grave, jusqu'à un maximum de 25 000 \$.

CONDITIONS

1. La protection de Maladie grave de la Partie C prend fin lorsque la personne concernée atteint l'âge de 65 ans. La date du **Premier diagnostic** doit être antérieure au 65^e anniversaire de naissance de l'assuré(e).
2. Les Maladies graves couvertes conformément à cette **Police** sont le **Cancer (mettant la vie en danger), la Crise cardiaque, l'Accident vasculaire cérébral, le Pontage aortocoronarien, l'Insuffisance rénale et la Greffe d'organe majeur**. **Vous** trouverez ci-dessous une définition complète de ces Maladies graves et toutes les limitations s'y rattachant.
3. En vertu de ce Certificat d'assurance, les prestations liées à une Maladie grave ne seront versées qu'une seule fois. Après que la prestation pour une Maladie grave a été payée, **Vous** demeurez admissible aux prestations décrites aux Parties A, B, D, E et F du présent Certificat d'assurance.
4. Une preuve de la perte, répondant à **Nos** exigences, doit **Nous** être présentée dans un délai de 90 jours suivant le Premier diagnostic. Le diagnostic doit être consigné par écrit par un médecin habilité et appuyé par une preuve médicale que **Nous** exigeons ou pouvons exiger.

EXCLUSIONS

1. la Maladie grave découle directement ou indirectement de toute exclusion répertoriée au paragraphe « Exclusions générales », que **Vous** trouverez à la Partie sur les Dispositions générales;
2. cette Maladie grave existait ou a fait l'objet d'un premier diagnostic avant la **Date d'entrée en vigueur** ou dans les 90 jours suivant la **Date d'entrée en vigueur**.

DÉFINITIONS ET LIMITATIONS - MALADIE GRAVE

Sont couvertes par ce Certificat d'assurance seulement les Maladies graves décrites ci-dessous:

1. **Cancer (mettant en danger la vie)** - s'entend de toute tumeur maligne caractérisée par une croissance incontrôlée et la propagation de cellules malignes, ainsi qu'une invasion de tissus. Le diagnostic doit être consigné par écrit par un médecin et être confirmé par un examen histologique des tissus touchés. Selon ce Certificat, le terme « Cancer » inclut la leucémie et la maladie de Hodgkin, mais exclut:
 - a. Toutes les tumeurs qui, d'une manière histologique, sont décrites comme étant pré malignes, non invasives ou cancer in situ;
 - b. Cancer de la prostate de stade A, le cancer du côlon stade Duke A ou toutes lésions pré malignes, tumeurs bénignes ou polypes;
 - c. Maladie de Kaposi ou tumeurs cancéreuses en présence du virus de l'immunodéficience humaine;
 - d. Tout cancer de la peau qui n'est pas un mélanome malin invasif et qui n'a pas dépassé 0,75 millimètre de profondeur.
2. **Crise cardiaque** - s'entend de la mort d'une partie du muscle cardiaque en raison d'une alimentation sanguine inadéquate qui entraîne toutes les manifestations suivantes liées à un infarctus aigu du myocarde:
 - a. Douleur typique à la poitrine;
 - b. Nouvelles modifications des caractéristiques de l'électrocardiogramme; et
 - c. Augmentation caractéristique du niveau d'enzymes cardiaques, de troponines ou d'autres marqueurs biochimiques.
 - d. D'autres syndromes coronaires aigus, y compris, mais non limités à l'angine, ne sont pas couverts selon cette définition.
3. **Accident vasculaire cérébral** - s'entend de tout incident vasculaire cérébral, excluant un accident ischémique transitoire (mini accident vasculaire cérébral), entraînant la mort d'une partie du cerveau résultant d'une thrombose, d'une hémorragie intracrânienne ou sous arachnoïdienne ou d'une embolisation provenant d'une source extra crânienne et avec la preuve objective d'un nouveau déficit neurologique permanent, persistant pendant plus de 30 jours.

4. **Pontage aortocoronarien** - chirurgie visant à corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronariennes au moyen de greffes veineuses ou artérielle. Les pontages aortocoronariens n'incluent pas:
 - a. Angioplastie (angioplastie coronarienne transluminale percutanée);
 - b. L'utilisation du laser aux fins de désobstruction, les insertions, la coronarographie; ou
 - c. Toute autre technique de micro-cathéter.
 - d. Un cardiologue certifié doit approuver la nécessité médicale de l'opération chirurgicale.

5. **Insuffisance rénale** - s'entend d'une néphropathie terminale entraînant une insuffisance irréversible chronique des deux reins; un spécialiste aura dû déterminer que cette insuffisance doit avoir pour résultat:
 - a. Une dialyse immédiate et régulière (pas moins d'une fois par semaine), qui, selon l'avis de ce spécialiste, devra durer au moins 6 mois, ou
 - b. Une greffe de rein.

6. **Greffe d'un organe majeur** - être récipiendaire d'une greffe de cœur, de poumons, de pancréas, de rein ou de foie.

PARTIE D - PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

PRESTATIONS

Si **Vous** (pour les résidents du Québec) ou que **Vous** et **Votre Conjoint(e)** (pour les résidents de toutes les provinces autres que Québec) êtes couvert(e) par le Plan et que **Vous** êtes complètement invalide et, de ce fait, incapable de travailler, **Nous** effectuerons **Vos Paiements mensuels**, tels que définis à la Partie F - Définitions, à Flexiti en **Votre** nom pendant la durée de **Votre** invalidité totale, rétroactivement à la **Date de la perte** et jusqu'à ce que **Vous** soyez capable de retourner au travail, sous réserve d'un maximum de 12 **Paiements mensuels**. Le total des prestations versées n'excédera pas le moindre des deux montants suivants: le **Solde impayé** ou 25 000 \$.

CONDITIONS ET LIMITATIONS

1. Après la **Date d'entrée en vigueur**, **Vous** devez devenir totalement et continuellement invalide à la suite d'une lésion corporelle accidentelle ou d'une maladie, **Vous** devez être régulièrement suivi(e) par un médecin ou chirurgien habilité, autre que **Vous-même** et, suivant l'avis de ce médecin ou chirurgien, **Vous** ne pouvez pas **Vous** livrer à tout emploi ou travail pour lequel **Vous** êtes raisonnablement apte en raison

de **Votre** formation, de **Votre** expérience ou de **Votre** éducation. De plus, il faut que **Vous** demeuriez totalement invalide pendant une période de plus de 30 jours consécutifs.

2. Pour être admissible aux prestations d'invalidité, **Vous** devez être assuré(e) en vertu de cette Police et **Vous** devez être employé(e) à temps plein à la **Date de la perte**, c'est-à-dire pendant au moins 25 heures par semaine.
3. **Nous** exigerons une déclaration écrite de **Votre** médecin traitant, sur un formulaire que **Nous** fournirons ou qui **Nous** satisfera, attestant que **Vous** êtes totalement invalide et incapable de reprendre **Votre** travail en raison de l'invalidité. **Vous** pourriez être assujéti(e) à une vérification subséquente d'invalidité continue.
4. Les prestations prendront fin lorsque **Votre** médecin **Vous** permettra de reprendre un travail à temps plein, à temps partiel ou un travail modifié.
5. Si **Vous** êtes à la fois invalide et subissez une perte d'emploi involontaire, **Vous** n'aurez droit aux prestations que selon une seule protection, non les deux.

EXCLUSIONS

Nous ne payons pas de prestations d'invalidité mensuelles si **Votre** invalidité découle directement ou indirectement:

1. de toute exclusion répertoriée au paragraphe « Exclusions générales » que **Vous** trouverez à la Partie H - Dispositions générales;
2. d'une condition préexistante, si **Votre** invalidité débute à un moment donné au cours des 12 premiers mois de la couverture. Aux fins de cette exclusion, **Nous** définissons une condition préexistante comme toute maladie ou blessure pour laquelle **Vous** avez consulté, reçu un avis médical ou avez fait l'objet d'un diagnostic, d'une investigation ou pour laquelle un traitement a été prescrit ou recommandé par un médecin au cours des 6 mois précédant la **Date d'entrée en vigueur** de **Votre** couverture;
3. d'une condition ou trouble nerveux, mental, psychologique, affectif ou comportemental sauf si **Vous** êtes à temps plein sous les soins d'un psychiatre habilité;
4. d'une Maladie grave pour laquelle une prestation a été versée conformément à la Partie C - Maladie grave - de cette Police;
5. d'une grossesse normale;
6. d'un voyage ou d'un séjour à l'étranger;
7. d'un vol sur un aéronef non régulier.

NOUVELLE ADMISSIBILITÉ

Lorsque les paiements d'une réclamation ont été effectués, conformément aux dispositions régissant l'Invalidité, **Vous** devez retourner au travail à temps plein, au moins 25 heures par semaine pendant une durée de 60 jours consécutifs, pour être admissible à une nouvelle réclamation d'invalidité.

PARTIE E - PRESTATIONS VIE ET MUTILATION

PRESTATIONS

Nous paierons à Flexiti, à la réception d'une preuve irréfutable de **Votre** décès ou de **Votre** mutilation, survenant après la **Date d'entrée en vigueur** et pendant que **Vous** êtes couvert(e) par la Police, un montant d'assurance équivalent au **Solde impayé** de **Votre** compte de carte de crédit Flexiti à la date du décès ou de la mutilation, jusqu'à concurrence de 25 000 \$. Si **Votre** décès ou celui de **Votre Conjoint(e)** et **Votre** mutilation ou celle de **Votre Conjoint(e)** (pour les résidents de toutes les provinces sauf du Québec) se passent simultanément, seule une prestation sera versée.

MUTILATION

Mutilation signifie une lésion corporelle accidentelle subie directement et indépendamment de toute autre cause et entraînant la perte totale et irrévocable de la vue complète des deux yeux ou d'une main ou d'un pied par une séparation complète au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville.

LIMITE D'ÂGE

Si **Vous** (pour les résidents du Québec) ou **Vous** ou **Votre Conjoint(e)** (pour les résidents de tous les autres provinces) avez 65 ans (71 ans en Colombie-Britannique) ou plus à la date du décès, la prestation d'assurance vie sera payée seulement dans le cas d'un **Décès accidentel**.

EXCLUSIONS

Nous ne verserons pas de prestation si le décès ou la mutilation résulte directement ou indirectement des circonstances suivantes:

1. N'importe laquelle des exclusions dont la liste figure au paragraphe « Exclusions générales » de la Partie H - Provisions générales.
2. Une condition préexistante, si **Vous** décédez dans les 6 mois suivant la Date d'entrée en vigueur de cette condition préexistante. Dans le cadre de cette exclusion, **Nous** définissons une condition préexistante comme toute maladie ou blessure pour laquelle **Vous**

avez reçu des conseils médicaux, une consultation, un diagnostic, avez fait l'objet d'une enquête ou pour laquelle un traitement a été prescrit ou recommandé par un médecin pendant les 6 mois précédant la Date d'entrée en vigueur de **Votre** couverture.

3. Une maladie grave pour laquelle une prestation a déjà été versée en vertu de la Partie C - Maladie grave de ce Certificat d'assurance.

PARTIE F - SOUTIEN POUR JALON DE VIE IMPORTANT

Comme caractéristique de service supplémentaire, **Nous Vous** donnons l'occasion de faire une réclamation pour une portion du solde impayé de **Votre** carte de crédit si **Vous** faites l'expérience d'un Jalon de vie admissible.

PRESTATIONS

Si, après la **Date d'entrée en vigueur** et pendant que **Vous** êtes assuré(e) en vertu de la Police, **Vous** faites l'expérience d'un Jalon de vie important et que **Vous** envoyez les documents appropriés pour une réclamation et que **Nous** recevons ces documents, **Nous** vous verserons un paiement unique et équivalent au MOINDRE des montants suivants:

1. **Vous** trois prochains paiements consécutifs des Paiements mensuels facturés après la date du Jalon de vie important, jusqu'à un maximum de 2 000 \$; ou
2. Le reste du Solde de la carte de crédit au moment du Jalon de vie important.

CONDITIONS

Le Soutien pour les Jalons de vie importants est versé seulement dans les conditions suivantes:

1. Un jalon de vie important se passe 30 jours après la date de début de l'assurance et pendant la couverture pour cette prestation en vertu de la police collective;
2. Vous n'avez pas encore atteint l'âge de 70 ans, et
3. Vous n'avez pas fait l'expérience de plus d'un Jalon de vie important ayant fait l'objet d'une réclamation ou ayant pu faire l'objet d'une réclamation approuvée dans la période de 12 mois précédant le Jalon de vie important.

Récurrence des Jalons de vie importants: **Nous** paierons seulement deux réclamations pour Jalon de vie important dans n'importe quelle période de 12 mois. La date d'un Jalon de vie important est la date à laquelle l'événement se passe.

Les **PREUVES DE RÉCLAMATION** pour les Jalons de vie importants doivent être communiquées par écrit et **Nous** être envoyées à l'adresse figurant dans ce document dans les **90 jours** suivant la date du Jalon de vie important. L'omission de signaler une perte dans les délais requis annulera toute réclamation relativement à cette perte. Afin d'étayer **Votre** réclamation de Jalon de vie important, **Nous** exigerons des preuves satisfaisantes, telle une copie d'un certificat de mariage, d'un certificat de naissance ou d'adoption, une lettre de **Votre** employeur indiquant que vous avez pris votre retraite ou que le statut de votre emploi a changé, un contrat d'achat immobilier ou un acte de fiducie, un avis de dernier paiement d'hypothèque, ces documents devant **Nous** être envoyés à l'adresse indiquée dans ce Certificat d'assurance, et ce dans les 90 jours suivant la date de l'événement.

Vous **Nous** fournirez une autorisation écrite nous permettant de faire une enquête plus poussée sur le Jalon de vie important en question ou l'admissibilité de **Votre** réclamation.

PARTIE G - DÉFINITIONS

Un **Décès accidentel** correspond à un décès survenu de manière accidentelle et subi directement ou indépendamment de toute autre cause et dans les 90 jours suivant la date de l'accident.

La **Date de la perte** représente la date de l'événement ou du sinistre ou le début d'une invalidité totale ou d'une perte d'emploi involontaire entraînant une réclamation en vertu de la Police.

La **Date d'entrée en vigueur**: Pour les couvertures offertes aux Parties A, B, C, D et E, la **Date d'entrée en vigueur** est la date à laquelle **Nous** recevons **Votre** inscription à l'assurance.

Un **Premier diagnostic** correspond à la date à laquelle un médecin habilité établit le diagnostic de Maladie grave.

Les **Jalons de vie important** correspondent à:

- a) Naissance ou adoption de **Votre / Vos** enfant(s)
- b) **Votre** mariage
- c) Le mariage de **Votre / Vos** enfant(s)
- d) L'achat, par **Vous**, d'une maison, que **Vous** utiliserez comme résidence principale
- e) Après **Votre** dernier paiement de **Votre** prêt hypothécaire
- f) **Votre** retraite de votre emploi (limite à vie d'un paiement unique)
- g) Pour **Vous**, **Votre Conjoint(e)** ou **Votre / Vos** enfant(s), une remise de diplôme postsecondaire ou une certification / une désignation professionnelle.

Les **Paiements mensuels** représentent le montant dû et payable par **Vous** à Flexiti sur **Votre** compte de carte de crédit Flexiti pour chaque période mensuelle. Les **Paiements mensuels** sont basés sur les différents montants de **Vos** programmes d'achats qui constituent **Votre** obligation de paiement envers Flexiti et le **Solde impayé** à la **Date de la perte**. Ils seront calculés de manière à inclure:

Type de compte	Paiements mensuels basés sur
a Achats régulier	Montants du paiement dû
b Financement à paiement différé	5 % des montants de son programme d'achat
c Financement à versements égaux	Montants du paiement du plan d'achat
d Autre que les types de compte (a), (b) et (c)	5 % des montants de son programme d'achat

Le **Solde impayé** représente le montant total dû à Flexiti sur **Votre** carte de crédit de Flexiti à partir de la **Date de la perte**.

Le ou la Titulaire principal(e) de la carte est la personne dont le nom apparaît en premier sur le compte de carte de crédit de Flexiti.

Le terme **Conjoint(e)** représente la personne avec laquelle vous êtes légalement marié(e) ou **Votre** partenaire dans une relation de conjoint(e)s de fait, peu importe le genre de la personne avec laquelle vous cohabitez de manière continue, bien que vous ne soyez pas légalement marié(e)s, mais avec qui vous avez une relation similaire à un mariage, et ce pour les derniers 12 mois minimum.

Vous, Votre et Vous-même désignent la personne dont le nom apparaît sur le compte de carte de crédit de Flexiti et qui a la responsabilité de la dette existante.

Nous, Notre et / ou Nos désignent Compagnie d'Assurance-Vie Trans Globale pour les résidents du Québec et Trans Global Insurance Company et Trans Global Life Insurance Company pour les résidents de toutes les provinces autres que le Québec.

PARTIE H - PROVISIONS GÉNÉRALES

BÉNÉFICIAIRE - Les prestations payables conformément aux Parties A, B, C, D et E de la Police devront être payées à Flexiti, en tant que Bénéficiaire irrévocable, que Flexiti appliquera en paiement sur le **Solde impayé** de **Votre** compte de carte de crédit de Flexiti.

CERTIFICAT - Des copies des Polices collectives sont disponibles auprès de Trans Global Insurance Company.

EFFECTUER UNE RÉCLAMATION - Vous pourrez obtenir les formulaires de réclamation en appelant le Service à la clientèle au 1-844-930-6022 ou en les téléchargeant à l'adresse <https://transglobalinsurance.ca/claims/>.

Une **PREUVE DE PERTE** doit être déposée, par écrit, auprès de **Nous**, à l'adresse figurant au début de ce Certificat d'assurance, dans les **90 jours** suivant la date de la perte. L'omission de signaler une perte dans les délais requis annulera toute réclamation relativement à cette perte.

Tous les reçus et rapports nécessaires devront **Nous** être fournis à l'adresse du bureau qui figure dans la partie supérieure du présent Certificat d'assurance dans les 90 jours suivant la perte. Des preuves écrites subséquentes, attestant la continuation de la perte, doivent être fournies à des intervalles que **Nous** pourrions exiger. Les coûts liés à l'obtention des preuves ou des justifications de la perte subie seront à **Vos** propres frais.

Vous devrez **Nous** fournir une autorisation écrite **Nous** permettant d'effectuer des enquêtes auprès de **Vos** employeurs actuels et passés, concernant le règlement de **Vos** réclamations d'Invalidité ou de Perte d'emploi involontaire auprès de Votre médecin traitant ou de tout autre professionnel de la santé relativement au règlement de **Vos** réclamations d'assurance Vie et Mutilation, de Maladie grave et d'Invalidité lorsque **Nous** le jugerons nécessaire.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Aucune prestation ne sera versée suivant les protections Vie et Mutilation, Invalidité, Perte d'emploi involontaire ou Maladie grave si la perte découle directement ou indirectement:

1. d'une tentative de suicide ou d'un suicide, que la personne concernée soit saine d'esprit ou non, dans les deux ans de la **Date d'entrée en vigueur**;
2. d'une blessure intentionnellement auto infligée;
3. de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'un acte illicite;
4. d'un service militaire, d'une guerre déclarée ou non, de toute contamination nucléaire, chimique ou biologique découlant d'un acte terroriste; ou
5. de l'abus d'alcool ou de solvant, de la consommation de drogues illégales ou de médicaments sur ordonnance, sauf ceux prescrits par un médecin habilité et pris conformément à ses instructions.

PROCÉDURES POUR LES RÉCLAMATIONS

Si **Vous** avez une plainte ou une question sur n'importe quel aspect de cette couverture d'assurance, veuillez appeler le

1- 844-930-6022 entre 8 h et 17 h (Heure des Rocheuses), du lundi au vendredi. Si, pour quelque raison que ce soit, **Vous** n'êtes pas satisfait(e) de la résolution de Votre réclamation ou de Votre question, veuillez consulter Notre procédé de résolution des réclamations au lien suivant: <https://transglobalinsurance.ca/fr/resolution-des-plaintes/>.

NOUS SOUSSIONS DE VOS INFORMATIONS PERSONNELLES

Nous nous engageons à protéger **Votre** vie privée. **Nous** respectons **Votre** vie privée et **Nous** voulons que **Vous** compreniez comment nous recueillons **Vos** informations personnelles et comment **Nous** les utilisons.

Collecte de Vos informations personnelles

Nous recueillons **Vos** informations personnelles et **Nous** les conservons, car **Nous** en avons besoin pour **Vous** fournir les produits et services que **Vous** **Nous** demandez. **Nous** recueillons les informations de **Votre** part, soit directement, soit par l'intermédiaire de **Nos** représentants. **Nous** pourrions également avoir à collecter des informations **Vous** concernant auprès de sources telles des hôpitaux, des médecins ou tout autre fournisseur de soins de santé, le Bureau des renseignements médicaux, le gouvernement (y compris les régimes d'assurance-maladie gouvernementaux) et d'autres agences gouvernementales, d'autres compagnies d'assurance, des institutions financières, des rapports sur les véhicules automobiles et **Votre** employeur courant ou passé.

Utilisation de Vos informations personnelles

Nous utilisons **Vos** informations personnelles pour **Vous** fournir les produits et services que **Vous** **Nous** demandez, ce qui inclut leur utilisation pour évaluer les risques en termes d'assurance et de gestion des réclamations. **Nous** pouvons également partager **Vos** informations avec des tierces parties, si cela est nécessaire pour les services que **Nous** **Vous** fournissons. Ces tierces parties peuvent inclure d'autres compagnies d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux, des institutions financières, des tiers administrateurs et toute autre référence que **Vous** nous fournissez. **Nous** pouvons utiliser **Vos** informations à l'interne, pour préparer des rapports statistiques qui **Nous** permettront de comprendre les besoins de **Nos** clients et de gérer **Nos** affaires. À cet effet, si un fournisseur de service (tierce partie) est situé en dehors du Canada, ce fournisseur de service est lié par les lois de la juridiction dans laquelle le fournisseur de service est situé et peut divulguer ces informations en fonction de cette juridiction.

Vous pouvez demander de passer en revue les informations personnelles de Votre dossier ou demander de faire des corrections en écrivant à:

The Privacy Officer

Trans Global Life Insurance Company /Trans Global Insurance Company

Attention: Chief Privacy Officer

16930 - 114 Avenue NW

Edmonton, Alberta T5M 3S2

Pour plus d'informations sur la politique de confidentialité de Trans Global Insurance, vous pouvez vous rendre au lien suivant: <https://transglobalinsurance.ca/fr/politique-de-confidentialite/>

PROCÉDURES JUDICIAIRES

Aucune action en justice ne peut être intentée contre **Nous**, sauf si elle est introduite dans un délai de 24 mois suivant la **Date de la perte** pour les résidents de toutes les provinces sauf le Québec et de 36 mois suivant la **Date de la perte** pour les résidents du Québec seulement, ou le délai le plus court établi par la loi. Toute action en justice contre un Assureur pour recouvrir les primes d'assurance payables en vertu du contrat est absolument exclue, sauf si elle commence pendant la période indiquée dans la Loi sur l'assurance. Les prestations payables en vertu de cette Police sont calculées sur **Votre Solde impayé** à la **Date de la perte**. Tout changement à **Votre** Police après la **Date de la perte**, mais pendant la période de couverture, ne sera pas inclus dans le calcul de **Vos** prestations. Tout achat ou tout débit porté à **Votre** Police sur la protection de paiement d'assurance suivant la **Date de la perte** et durant la période au cours de laquelle **Vous** recevez des prestations ne sera pas inclus dans le calcul de **Vos** prestations.

FAUSSE DÉCLARATION SUR L'ÂGE - En cas de déclaration erronée sur **Votre** âge, **Notre** responsabilité se limite au remboursement de toutes les primes que **Vous** avez payées depuis que **Vous Nous** avez soumis Votre demande d'assurance.

TAUX DE PRIME - Les primes mensuelles facturées en vertu de la Police sont de 1,39 \$ par tranche de 100 \$ (ou en partie) de **Votre** Solde ou de **Votre** Solde moyen quotidien (pour les résidents du Québec), plus toutes les taxes applicables. Aucune prime ne sera facturée s'il n'y a pas de solde dû sur le compte ou s'il n'y a pas de frais de financement de paiement différés dus; cependant, les primes (au taux ci-dessus) commenceront de nouveau à être facturées à chaque nouvel achat ou frais portés au compte ou quand un plan n'a plus de statut promotionnel.

TAUX DE PRIME ET / OU MODIFICATION DU PLAN - **Nous** nous réservons le droit d'établir de nouveaux taux de prime et d'annuler ou de modifier toute condition liée à la Police. **Vous**, ainsi que Flexiti, recevrez un avis écrit d'au moins 31 jours en cas de modification aux taux de prime ou aux conditions de la Police.

REMBOURSEMENTS - En cas de résiliation de Votre couverture, **Nous Vous** créditerons au prorata toute prime non acquise que **Vous** aurez payée. Aucun remboursement ou crédit ne sera effectué si le montant est inférieur à Un Dollar (1 \$).

SUBROGATION - Dans le cadre de tout paiement en vertu de cette assurance, **Nous** serons subrogés à tous **Vos** droits de recouvrement et **Vous** devrez livrer tous les documents correspondants et faire tout ce qui est nécessaire pour que ces droits **Nous** soient garantis.

Les conditions de l'assurance fournie en vertu du présent Certificat d'assurance débutent au moment où **Vous** acceptez d'acheter la couverture d'assurance décrite dans le présent document et prendront fin aux premiers des événements suivants:

1. la prochaine date de facturation suivant la réception, par **Nous** de **Votre** demande écrite visant la résiliation de cette couverture d'assurance, ou
2. dans les 31 jours suivant la date à laquelle **Nous Vous** faisons parvenir un avis écrit visant la résiliation de cette assurance, par courrier de première classe, à **Votre** dernière adresse connue ou
3. la date de cessation de **Votre** compte telle qu'établie par l'Assureur à la réception de l'avis de résiliation ou
4. la date à laquelle **Vous** accusez un retard de plus de 30 jours dans les paiements obligatoires de **Votre** carte assurée de Flexiti; cependant, **Votre** couverture d'assurance sera automatiquement réinstaurée une fois que **Votre** carte de Flexiti sera à jour.