

PLAN D'ASSURANCE DE PAIEMENT DE LÉON CERTIFICAT D'ASSURANCE et DECLARATION DE DIVULGATION



Le Plan d'Assurance sur le Paiement (le « Plan ») est offert exclusivement aux clients de Leon's Furniture Limited (« Léon ») détenteurs d'une Carte Visa Desjardins de Léon émise par Desjardins Financial Group (le « Prêteur ») en tant qu'assuré et qui ont demandé la couverture, accepté de payer la prime et qui continuent de payer les primes en temps opportun. L'omission de payer les primes en temps opportun risque d'entraîner la déchéance de la couverture. Veuillez Vous reporter à la section « Résiliation de la couverture » de la Partie G ci-dessous. Le Plan est assuré conformément aux polices collectives N° LNF1309L et LNF1309P émises au Prêteur par les sociétés Trans Global Life Insurance Company et Trans Global Insurance Company, qui assurent respectivement les protections suivantes dans le cadre du Plan :

TRANS GLOBAL INSURANCE COMPANY

Police collective N° LNF1309P

PARTIE A - PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

PARTIE B - PERTE D'EMPLOI – TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

TRANS GLOBAL LIFE INSURANCE COMPANY

Police collective N° LNF1309L

PARTIE C - PRESTATIONS POUR MALADIE GRAVE

PARTIE D - PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

PARTIE E - PRESTATIONS VIE ET MUTILATION

Quand Vous adhérez au Plan, Vous contractez directement avec les assureurs, et non avec les prêteurs ou avec Léon.

Les PARTIES suivantes s'appliquent aux protections décrites aux Parties A à E, à la Partie F - DÉFINITIONS et à la Partie G – DISPOSITIONS GÉNÉRALES offertes par les deux sociétés d'assurance.

Cette attestation, ainsi que la prime d'assurance facturée sur Votre relevé de compte de Votre « Carte Visa Desjardins de Léon » constituent la preuve de Votre assurance en vertu de ce Plan.

Puisque Vos prestations sont basées sur Votre solde impayé, la couverture est suspendue lorsqu'il n'y a aucun Solde impayé et elle est automatiquement rétablie dès que Vous effectuez un achat par le biais de Votre Carte Visa Desjardins de Léon engendrant ainsi un Solde impayé, pourvu que l'assurance n'ait pas été résiliée, conformément aux dispositions décrites dans cette attestation.

QUI EST COUVERT

Les protections d'assurance Vie et Mutilation et Maladie grave sont offertes au principal détenteur de carte et à son(sa) Conjoint(e). Les protections liées à l'Invalidité, à la Perte d'emploi involontaire et à l'Assurance biens sont offertes exclusivement au principal détenteur de carte, qui est la personne dont le nom figure en premier sur le relevé de compte de la Carte Visa Desjardins de Léon.

ANNULATION DE LA PRÉSENTE ASSURANCE

Si, à la réception de la présente attestation, Vous ne désirez pas cette assurance, veuillez la retourner dans les 30 jours de sa réception, en Nous demandant, par écrit, de l'annuler. Toute prime facturée conformément à cette attestation et aux polices précitées, Vous sera remboursée sur Votre compte de Carte Visa Desjardins de Léon. Après 30 jours, Vous pouvez annuler cette assurance en tout temps, en nous faisant parvenir une demande écrite. Vous n'aurez alors droit à aucun remboursement des primes facturées. Veuillez conserver cette attestation en lieu sûr pour consultation ultérieure. Si Vous avez des questions concernant cette assurance ou si Vous avez besoin de renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec :
Trans Global Insurance Group, Bureau 275, 16930-114 Avenue, Edmonton (AB) T5M 3S2, téléphone 1.844.930.6022

PARTIE A – PRESTATIONS DE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

PRESTATIONS

Si, suivant la Date de prise d'effet, Vous subissez une perte d'emploi involontaire, Nous verserons en votre Nom au Prêteur Vos Paiements mensuels, tels que définis à la Partie F – Définitions, rétroactivement à la Date de la perte. Nous effectuerons Vos paiements mensuels jusqu'à ce que Vous retourniez au travail à temps plein, sous réserve d'un maximum de 12 Paiements mensuels. Lorsque Vous êtes à la fois invalide et subissez une perte d'emploi involontaire, Vous avez droit aux prestations selon une seule couverture, non les deux. Le montant total de Vos Paiements mensuels n'excédera pas le moindre des deux montants suivants : le Solde impayé ou 25 000\$.

CONDITIONS

1. Pour être admissible aux prestations de perte d'emploi involontaire, Vous devez être assuré sous ce Plan et exercer un emploi rémunérateur et permanent à temps plein au moins 25 heures par semaine à la Date de la perte ;
2. Vous devrez avoir subi une perte d'emploi involontaire pendant plus de 30 jours consécutifs ;
3. Avant Votre perte d'emploi involontaire, Vous devrez avoir payé des cotisations d'assurance-emploi auprès des Ressources humaines et Développement social Canada (RHDSC) et/ou l'une ou l'autre de ses entités remplaçantes. Dans les 15 jours suivant Votre perte d'emploi involontaire, Vous devrez Vous être inscrit auprès de la Commission de l'assurance-emploi du Canada afin de recevoir Vos prestations d'emploi ;
4. 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'emploi.

EXCLUSIONS

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

1. perte d'emploi pour quelque raison que ce soit, débutant dans les 30 jours suivant la Date de prise d'effet ;
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 lock-out, que Vous y participiez volontairement ou non ;
5. invalidité pour laquelle des prestations sont versées selon ce Plan ;
6. congédiement justifié par Votre employeur ;
7. grossesse ou accouchement et congé de maternité ou de paternité ;
8. perte d'emploi volontaire ;
9. accusations criminelles portées contre Vous et toute incarcération qui s'ensuit ;
10. perte d'un travail autonome - voir la Partie B ;
11. retraite, volontaire ou obligatoire ;
12. toute exclusion répertoriée sous l'en-tête « Exclusions générales » que Vous trouverez à la Partie G – Dispositions générales.

NOUVELLE ADMISSIBILITÉ

Si Vous retournez au travail pendant moins de six (6) mois consécutifs après avoir reçu des prestations selon les dispositions de cette Partie A 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 maximums de la réclamation précédente. Cependant, si Vous avez repris un emploi à temps plein au moins 25 heures par semaine pendant au moins six (6) mois consécutifs après avoir reçu des prestations selon les dispositions de cette Partie D, Votre protection sera rétablie pour une autre période de prestations de 12 mois (sous réserve d'une limite maximale de 25 000\$) pour les périodes de perte d'emploi involontaire subséquentes couvertes.

PARTIE B – PERTE D'EMPLOI – TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

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 requête 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 en vertu de l'assurance en cas de perte d'emploi pour les travailleurs indépendants de Trans Global Insurance (TGI).

Une fois votre éligibilité reconnue, Trans Global Insurance (TGI) payera en votre Nom au Prêteur Vos Paiements mensuels, tels que définis à la Partie F – Définitions, rétroactivement à la Date de la perte. TGI effectuera Vos Paiements mensuels jusqu'à ce que Vous retourniez au travail à temps plein, sous réserve d'un maximum de 12 Paiements mensuels. Lorsque Vous êtes à la fois invalide et subissez une perte d'emploi involontaire, Vous avez droit aux prestations en vertu d'une seule couverture, non des deux. Le montant total de Vos Paiements mensuels n'excédera pas le moindre des deux montants suivants à la Date de la perte : le Solde impayé ou 25 000\$.

CONDITIONS

1. Pour être admissible aux prestations de chômage involontaire pour les travailleurs indépendants, Vous devez avoir été assuré conformément au Plan 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 de pas moins de 2 années continues avant la Date d'entrée en vigueur de la police d'assurance de Trans Global.
2. Vous devrez être en chômage involontaire depuis plus de 30 jours consécutifs;
3. Avant votre chômage involontaire, en tant que travailleur indépendant, Vous devrez avoir payé des cotisations d'assurance-emploi auprès des Ressources humaines et Développement social Canada (RHDS) et / ou l'une ou l'autre de ses entités remplaçantes. Dans les 15 jours suivant votre chômage involontaire, Vous devez vous être inscrit auprès de la Commission de l'assurance-emploi du Canada afin de recevoir vos prestations d'emploi ;
4. Vous devrez être approuvé par la Commission de l'assurance-emploi du Canada pour recevoir des prestations en fonction du Programme d'assurance-emploi du Canada, en vertu de la Loi canadienne sur l'assurance-emploi ;
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.

EXCLUSIONS

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

1. Chômage pour quelque raison que ce soit, débutant dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet ;
2. Chômage que Vous savez imminent au moment de la présentation de votre demande d'assurance ;
3. Grèves ou contre-grèves, que vous y participiez volontairement ou non ;
4. Invalidité pour laquelle des prestations sont versées selon le présent Plan ;
5. Congédiement justifié par une entreprise ou par un client ;
6. Grossesse ou accouchement et congé de maternité, de paternité ou pour adoption;
7. Congé médical pour raison familiale ou pour aidants naturels ;
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 suite à une faute grave ou intentionnelle, à de la négligence, à un abandon volontaire de salaire, de gains ou de revenu ;
14. Retraite, qu'elle soit facultative ou obligatoire ;
15. Toute exclusion répertoriée au paragraphe « Exclusions générales » que vous trouverez à la Partie G – Dispositions générales.

NOUVELLE ADMISSIBILITÉ

Si Vous retournez au travail, en tant que travailleur indépendant, pendant une période de moins de six (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 de pas moins de 2 années continues avant la Date d'entrée en vigueur de la police d'assurance de Trans Global. Après six (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 indépendants.

EFFECTUER UNE RÉCLAMATION - Pour les travailleurs indépendants seulement

Vous pourrez vous procurer les **FORMULAIRES DE RÉCLAMATION** en téléphonant à un représentant du service à la clientèle au 1-844-930-6022 ou en allant sur notre site, à l'adresse transglobalinsurance.ca.

Un **AVIS DE PERTE** doit être déposé, par écrit, auprès de Trans Global Insurance Group, à l'adresse de son bureau qui figure dans la partie supérieure de la présente attestation, 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 la perte.

Une **PREUVE DE PERTE**, par écrit, ainsi que tous les reçus et rapports requis devront être acheminés à Trans Global Insurance Group, à l'adresse de son bureau, qui figure dans la partie supérieure de la présente attestation, dans les 90 jours suivant la date de 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 votre propre charge.

Vous devez faire parvenir les documents judiciaires sur la faillite à Trans Global Insurance Group à l'adresse se trouvant au début de ce Plan qui prouvent que la faillite a été déclarée, ainsi que le nom du mandataire désigné de la faillite. TGI pourra, à sa 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 de prise d'effet et pendant que Vous êtes assuré, Vous ou Votre Conjoint(e) recevez un diagnostic de Maladie grave pour la première fois de votre vivant et que Vous survivez à ce premier diagnostic pendant au moins 30 jours, Nous paierons au Prêteur un montant équivalent au Solde impayé sur Votre compte de Carte Visa Desjardins de Léon à la date du premier diagnostic de Maladie grave, jusqu'à concurrence 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.
2. Les Maladies graves couvertes conformément à ce Plan sont le Cancer, la Crise cardiaque, l'Accident vasculaire cérébral, le Pontage Aortocoronarien, l'Insuffisance rénale et la Transplantation d'organe majeur mettant en danger la vie. Vous trouverez ci-dessous une définition complète de ces Maladies graves et toute limitation s'y rattachant.
3. Selon ce Plan, les prestations liées à une Maladie grave ne seront versées qu'une seule fois pour Vous ou Votre Conjoint(e). Après que la prestation pour une Maladie grave a été payée, Vous demeurez admissible aux prestations décrites aux Parties A, B, C, D et E de cette Attestation et Votre Conjoint(e) demeure admissible aux prestations décrites à la Partie E.
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

Nous ne payons pas de prestations pour une Maladie grave particulière si :

1. la Maladie grave découle directement ou indirectement de toute exclusion répertoriée sous l'en-tête « Exclusions générales » que Vous trouverez à la Partie G – Dispositions générales ;
2. cette Maladie grave existait ou a fait l'objet d'un premier diagnostic avant la Date de prise d'effet ou dans les 90 jours suivant la Date de prise d'effet.

DÉFINITIONS ET LIMITATIONS PORTANT SUR LA NOTION

MALADIE GRAVE Sont couvertes par ce Plan 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 Plan, Cancer inclut la leucémie et la maladie de Hodgkin, mais exclut :
 - Toutes tumeurs qui, d'une manière histologique, sont décrites comme étant pré-malignes, non invasives ou cancer in situ ;
 - Cancer de la prostate de stade A, le cancer du côlon stade Duke A ou toutes lésions pré-malignes, tumeurs bénignes ou polypes ;
 - Maladie de Kaposi ou tumeurs cancéreuses en présence du virus de l'immunodéficience humaine ;
 - 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 :
 - Douleur typique à la poitrine ;
 - Nouvelles modifications des caractéristiques de l'électrocardiogramme ;
 - Augmentation caractéristique du niveau d'enzymes cardiaques, de troponines ou d'autres marqueurs biochimiques ;
 - 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 extracrânienne 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 :

- Angioplastie (angioplastie coronarienne transluminale percutanée) ;
- L'utilisation du laser aux fins de désobstruction ; les insertions ; la coronarographie ; ou
- Toute autre technique de micro-cathéter.

Un cardiologue doit approuver la nécessité médicale de la chirurgie.

5. Insuffisance rénale - néphropathie terminale entraînant une insuffisance irréversible chronique des deux reins ; un spécialiste aura dû déterminer que cette insuffisance doit avoir pour résultat :

- Une dialyse immédiate et régulière (pas moins d'une fois par semaine), qui, selon l'avis de ce spécialiste, devra durer au moins six mois, ou
- Une greffe de rein.

6. Transplantation d'un organe majeur – être récipiendaire d'une transplantation de coeur, de poumons, de pancréas, de rein ou de foie.

PREMIER DIAGNOSTIC ET DIAGNOSTIQUÉ POUR LA PREMIÈRE FOIS : s'entend de tout diagnostic ayant lieu à la date où un médecin habilité établit le diagnostic d'une maladie grave.

PARTIE D – PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

PRESTATIONS

Alors que Vous êtes couvert par le Plan, si Vous êtes complètement invalide et, de ce fait, incapable de travailler, Nous effectuerons Vos Paiements mensuels, tels que définis à la Partie F – Définitions, au Prêteur 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'excèdera pas le moindre des deux montants suivants : le Solde impayé ou 25 000\$.

CONDITIONS ET LIMITATIONS

1. Pour bénéficier des prestations en vertu du Plan, il faut que, après la date de prise d'effet, Vous deveniez totalement et continuellement invalide à la suite d'une lésion corporelle accidentelle ou d'une maladie, que Vous soyez suivi régulièrement par un médecin ou chirurgien habilité, autre que vous-même et que, suivant l'avis de ce médecin ou chirurgien, Vous ne soyez pas capable de Vous livrer à tout emploi ou entreprise pour lequel Vous êtes raisonnablement apte en raison de Votre formation, expérience ou 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) sous ce Plan et avoir un emploi rémunérateur et permanent à temps plein au moins 25 heures par semaine à la Date de la perte.

3. Pendant la période initiale de l'invalidité, Nous exigerons une déclaration écrite de Votre médecin traitant, sur le 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 sous l'en-tête « Exclusions générales » que Vous trouverez à la Partie G – 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 six (6) mois précédant la Date de prise d'effet 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 ce Plan ;
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

À la réception d'une preuve irréfutable de Votre décès ou celui de Votre Conjoint(e), ou de Votre Mutilation ou celle de Votre Conjoint(e), qui survient après la Date de prise d'effet et pendant que Vous êtes couvert par le Plan, Nous paierons au Prêteur, en Votre nom, un montant d'assurance équivalent au Solde impayé sur Votre compte de Carte Visa Desjardins de Léon à la date du décès ou de la mutilation jusqu'à concurrence de 25 000\$. Si Votre décès ou celui de Votre Conjoint(e), ou Votre mutilation ou celle de Votre Conjoint(e), surviennent simultanément, une seule prestation sera versée en Votre nom.

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 ou Votre Conjoint(e) êtes âgés de 65 ans (71 ans en Colombie-Britannique) ou plus à la date du décès, les prestations d'assurance vie pour Vous ou Votre Conjoint(e) seront payées seulement dans le cas d'un décès accidentel. Décès accidentel signifie décès résultant d'un accident subi directement ou indépendamment de toute autre cause et survenant dans un délai de 100 jours suivant la date de l'accident.

EXCLUSIONS

Nous ne versons pas de prestations si le décès ou la Mutilation découle directement ou indirectement :

1. de toute exclusion répertoriée sous l'en-tête « Exclusions générales » que Vous trouverez à la Partie G – Dispositions générales ;
2. d'une condition préexistante, si Vous ou Votre Conjoint(e) décédez des suites de cette condition préexistante dans les six (6) mois suivant la Date de prise d'effet. Aux fins de cette exclusion, Nous définissons une condition préexistante comme étant toute maladie ou blessure pour laquelle Vous ou Votre Conjoint(e) avez consulté, reçu un avis médical, fait l'objet d'un diagnostic ou d'une investigation ou pour laquelle un traitement a été prescrit ou recommandé par un médecin au cours des six (6) mois précédant la Date de prise d'effet de Votre couverture.
3. d'une Maladie grave pour laquelle une prestation a été versée conformément à la Partie C – Maladie grave – de ce Plan.

PARTIE F - DÉFINITIONS

La **DATE DE LA PERTE** représente la date de l'événement ou du sinistre ou le début d'une invalidité totale, d'une perte d'emploi involontaire ou d'un congé pour obligations familiales entraînant une réclamation selon le Plan.

La **DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR** : Pour les protections offertes aux Parties A, B, D et E, la Date de prise d'effet est la date où Nous, ou le Prêteur, recevons Votre demande d'assurance signée

Les **FRAIS DE L'ASSURANCE ET DE LA METHODE DE DETERMINATION DE LA MENSUALITE** sont basés sur les différents montants de Vos programmes d'achats qui constituent Votre Solde impayé sur Votre Carte Visa Desjardins de Léon, à la Date de la perte, et ils seront calculés de manière à inclure :

Type de compte	Paiement mensuel basé sur
a) Renouvelable	les montants de Paiement minimum du programme d'achat
b) Sans intérêt et sans Paiement mensuel	3,5 % des montants de son programme d'achat
c) Paiements égaux sans intérêt	les montants de paiement minimum du programme d'achat
d) Autre que les types de compte (a), (b) et (c)	3,5 % des montants de son programme d'achat

Le **SOLDE IMPAYÉ** représente le montant total du programme d'achat courant et différé dû sur Votre compte de Carte Visa Desjardins de Léon qui figure sur Votre dernier relevé de compte mensuel émis avant la Date de la perte.

CONJOINT(E) représente Votre conjoint(e) avec lequel (laquelle) Vous êtes marié ; ou Votre conjoint(e) de fait du même sexe ou du sexe opposé, avec lequel (laquelle) Vous cohabitez en relation maritale continue depuis au moins les 12 derniers mois, bien que Vous ne soyez pas marié(e)s légalement.

VOUS, VOTRE et VOUS MÊME représente le détenteur de la carte dont le nom figure sur le compte de la Carte Visa Desjardins de Léon et qui est responsable de l'encours de la dette. Si plus d'un nom figure sur la carte ou si plus d'une personne est responsable de la dette, le pronom « Vous » est réputé représenter la première personne dont le nom figure sur le relevé de compte mensuel de la Carte Visa Desjardins.

NOUS et/ou NOTRE renvoie aux sociétés Trans Global Life Insurance Company et/ou Trans Global Insurance Company, toutes deux étant la propriété de la Léon.

PARTIE G – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

BÉNÉFICIAIRE : Les prestations payables conformément aux Parties A, B, C, D et E du Plan devront être payées au Prêteur, à titre de bénéficiaire irrévocable, et seront affectées, par le Prêteur, au règlement du Solde impayé.

ATTESTATION : Cette attestation comprend toutes les conditions sur l'assurance entre Vous et Nous. En cas de divergences ou d'ambiguïtés entre cette attestation et les polices collectives N° LNF1309 et No LNF1309P concernant Votre couverture, ce sont les conditions de cette attestation qui prévaudront. Vous pouvez obtenir des copies des polices de groupe en communiquant Trans Global Insurance Group.

SUBROGATION Le versement d'une prestation en vertu de la présente Police est conditionnel au fait que, si Nous Vous le demandons, vous devrez Nous transférer l'article endommagé et Nous assigner tous les droits qu'une personne assurée a contre toute autre partie dans le cadre de la perte. Vous devrez Nous apporter votre aide si Nous Vous la demandons, toujours dans la mesure du raisonnable, pour garantir Nos droits et recours, y compris la signature de tout document nécessaire à mener une action en justice en Votre nom.

EFFECTUER UNE RÉCLAMATION

Vous pourrez Vous procurer les **FORMULAIRES DE RÉCLAMATION** en téléphonant au représentant du service à la clientèle en composant le 1.844.930.6022.

Un **AVIS DE PERTE** doit être déposé, par écrit, auprès de Trans Global Insurance Group, à l'adresse de son bureau qui figure dans la partie supérieure de cette attestation, 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.

Une **PREUVE DE PERTE**, par écrit, ainsi que tous les reçus et rapports requis devront être fournis à Trans Global Insurance Group à l'adresse de son bureau qui figure dans la partie supérieure de la présente attestation, dans les 90 jours suivant la Date de 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 actuel et précédents, concernant le règlement de Vos réclamations d'Invalidité, de Perte d'emploi 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, d'Invalidité et de Congé pour obligations familiales, lorsque Nous le jugerons nécessaire. De plus, en ce qui concerne le règlement de Vos réclamations liées à l'Assurance biens, Vous devrez, aussi souvent qu'il sera jugé raisonnable de le faire, montrer à Nos représentants toute marchandise endommagée achetée par le biais de Votre Carte Visa Desjardins de Léon, vous soumettre, de même que les membres de Votre maisonnée et toute autre personne, le cas échéant, à un interrogatoire sous serment.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES Aucune prestation ne sera versée suivant les protections Vie et Mutilation, Invalidité, Perte d'emploi involontaire ou Maladie grave du Plan 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 de prise d'effet ;
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 ;
5. de l'abus d'alcool ou de solvant, de la consommation de drogues sauf celles prescrites par un médecin habilité et prises conformément à ses instructions.

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, ou le délai le plus court établi par la loi. Toute action en justice contre un assureur pour recouvrer les primes d'assurance payables en vertu de l'attestation est absolument exclue, sauf si elle commence pendant la période indiquée dans la Loi des assurances.

RESTRICTION SUR LES ACHATS EFFECTUÉS AU COURS DE LA PÉRIODE DE RÉCLAMATION Les prestations payables en vertu de ce Plan, sont calculées sur Votre solde impayé à la Date de la perte. Tout achat ou tout débit porté au compte de Votre Carte Visa Desjardins de Léon suivant la Date de la perte et durant la période au cours de laquelle Vous recevez des prestations ne seront pas inclus dans le calcul de Vos prestations.

ERREUR 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 La prime mensuelle exigible, en vertu du Plan, est de 1,39 \$ par 100 \$ (ou une partie de celle-ci), montant calculé en fonction du « solde moyen quotidien » de Votre Carte Visa Desjardins de Léon. Par exemple, si le solde moyen quotidien de votre Carte Visa Desjardins de Léon est de 400 \$, Votre prime facturée pour le mois précédent sera de 5,56\$, plus les taxes applicables ; si le solde moyen quotidien de Votre Carte Visa Desjardins de Léon est de zéro, Votre prime pour le mois précédent sera de zéro.

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 au Plan. Vous, ainsi que le Prêteur, recevrez un avis écrit d'au moins 31 jours de toute modification aux taux de prime ou aux conditions du Plan.

REMBOURSEMENTS En cas de résiliation de Votre couverture, Nous créditerons toute prime non acquise que vous avez payée à Votre compte de Carte Visa Desjardins de Léon au prorata. Aucun remboursement ou crédit ne sera effectué si le montant est inférieur à Un Dollar (1\$).

MODALITÉS ET RÉSILIATION DE COUVERTURE Les conditions de l'assurance fournie en vertu de la présente attestation débutent au moment où le Prêteur, Léon ou l'Assureur reçoit votre demande complète de couverture d'assurance tel que stipulé dans le présent certificat et continueront pour tout solde existant ou nouveau jusqu'à ce qu'elles soient résiliées aux premiers des événements suivants :

1. la prochaine date de facturation suivant la réception, par Nous ou le Léon, de Votre demande écrite visant la résiliation de cette couverture d'assurance ;
2. dans les 31 jours suivant la date où Nous ou Léon, Vous faisons parvenir un avis écrit visant la résiliation de cette assurance, par courrier de première classe, à Votre dernière adresse connue ;
3. la date de cessation de Votre compte telle qu'établie par le Prêteur à la réception de l'avis de résiliation ;
4. la date de cessation de Votre compte telle qu'établie par Vous à la réception de l'avis de résiliation et du paiement de tous les soldes dus ;
5. la date où Votre paiement exigé sur Votre compte de Carte Visa Desjardins de Léon accuse un retard de plus de 90 jours.

Trans Global Insurance Company
et Trans Global Life Insurance Company



Moe Assaf - Directeur Sr, Services financiers