Sécurité simplifiée[MC]
Plan de protection de paiement de prêt
Certificat d'assurance et déclaration de divulgation

Date du Certificat : 18 septembre 2023

Veuillez conserver ce Certificat d'assurance à un endroit sécuritaire pour pouvoir vous y reporter à l'avenir.

Le Plan de protection de paiement Sécurité simplifiée[MC] (la « Police ») est offert aux clients de LendCare Capital Inc. (« **LendCare** »), en tant qu'assurés, dont les demandes de prêts ont été approuvées, qui **Nous** ont soumis une demande de couverture, au nom de qui **Nous** avons reçu le plein paiement des primes (« **LendCare** ») et qui ont accepté l'obligation de reverser les primes à (« **LendCare** »). **Nous** paierons les réclamations en fonction des dispositions de ce Certificat d'assurance, soit le **Solde impayé du prêt** à la **Date de la perte**, jusqu'à un maximum de 15 000 $, à l'exclusion de tous les **Soldes délinquants** dont **Vous** avez la responsabilité**.**

Quand **Vous** adhérez à la Police, **Vous** contractez directement avec **Nous**. Ce Certificat d'assurance, ainsi que vos primes d'assurance facturées et versées par **LendCare** en **Votre** nom, 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 LC-01012023-P et LC-01012023-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 LC-01012023-L, émis à LendCare 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 (LC-01012023-L)	**Trans Global Insurance Company (LC-01012023-P)**
Partie A : Perte d'emploi involontaire Partie B : Perte d'emploi involontaire (travailleurs indépendants)	Partie A : Perte d'emploi involontaire Partie B: Perte d'emploi involontaire (travailleurs indépendants) Partie F : Assurance achat (n'est pas disponible pour les résidents du Québec et de la Colombie-Britannique)
Partie C : Prestations pour maladie grave	**Trans Global Life Insurance Company (LC-01012023-L)**
Partie D : Prestations d'invalidité Partie E : Prestations vie et mutilation	Partie C : Prestations pour maladie grave Partie D : Prestations d'invalidité Partie E : Prestations vie et mutilation

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.

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. La couverture est seulement disponible si **Vous** résidez au Canada. Elle peut, en tout temps, être annulée, changée ou modifiée si **LendCare** 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 **Vous** et **Votre conjoint(e)**, tandis que les prestations d'Invalidité et de Chômage involontaire sont seulement disponibles pour **Vous**. Pour les résidents du Québec, toutes les couvertures sont seulement disponibles pour **Vous**.

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 65e anniversaire de naissance de la personne.

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. **Vous** devrez remplir un formulaire d'annulation, le signer et **Nous** le faire parvenir. Si la Police est annulée dans les 30 jours suivant l'adhésion ou dans les 60 jours suivant l'adhésion pour les résidents du Québec, toutes les primes facturées **Vous** seront remboursées. **Vous** pouvez annuler cette assurance en tout temps après 30 jours ou après 60 jours pour les résidents du Québec en **Nous** envoyant le formulaire d'annulation rempli et signé, 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 en **Votre** Nom **Vos** obligations de paiements mensuels, rétroactivement à la **Date de la perte**. **Nous** remplirons **Votre Obligation de paiement** jusqu'à ce que **Vous** retourniez au travail à temps plein, sous réserve d'un maximum de 12 **Mois**. 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 Obligation de paiement** (payable toutes les semaines / toutes les deux semaines / tous les mois ou telle que décrite dans votre contrat de prêt de LendCare) n'excédera pas le moindre des deux montants suivants : le **Solde impayé du prêt** ou 15 000 $.

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 indépendants, 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 perte d'emploi involontaire en vertu de la Partie A 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 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

Nous 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 générales.

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 **Mois** 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 de prestations de 12 mois, sous réserve d'une limite maximale de 15 000 $, pour les périodes de perte d'emploi involontaire subséquentes couvertes.

PARTIE B - PRESTATIONS DE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE - 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 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 indépendants.

Une fois **Votre** éligibilité établie, **Nous** ferons **Votre Obligation de paiement**, rétroactivement à la **Date de la perte** jusqu'à ce que **Vous** retourniez au travail à temps plein, sous réserve d'un maximum de 12 **Mois**. 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 **Obligation de paiement** (payable toutes les semaines / toutes les deux semaines / tous les mois ou telle que décrite dans votre contrat de prêt de LendCare) n'excédera pas le moindre des deux montants suivants : le **Solde impayé du prêt** ou 15 000 $.

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 indépendants, 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 revue 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 indépendants 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.

NOUVELLE ADMISSIBILITÉ

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 **Mois** 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 15 000 $) pour les périodes subséquentes couvertes relativement au chômage involontaire pour les travailleurs indépendants. 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 INDÉPENDANTS SEULEMENT

Vous devez **Nous** faire parvenir les documents judiciaires sur la faillite**,** ainsi que le nom du mandataire désigné de la faillite. **Nous** pourrons, 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 de votre prêt** à la date du **Premier diagnostic** de Maladie grave. Le total des prestations versées n'excédera pas le moindre des deux montants suivants : le **Solde impayé du prêt** ou 15 000 $.

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 et E 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

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

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 n de cœur, de poumons, de pancréas, de rein ou de foie.

PARTIE D - PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

PRESTATIONS

Pendant que **Vous** êtes couvert(e) par le Plan, si **Vous** êtes complètement invalide et, de ce fait, incapable de travailler, **Nous** effectuerons **Votre Obligation de paiement**, telle que définie à la Partie G - Définitions, à LendCare Capital Inc. 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 **Mois**. Le total des prestations versées n'excédera pas le moindre des deux montants suivants : le **Solde impayé du prêt** ou 15 000 $.

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, de manière autonome ou non, et recevoir 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.
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 assujetti(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 LendCare, en **Votre** nom, 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 du prêt** à la date du décès ou de la mutilation, jusqu'à concurrence de 15 000 $.

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** avez 65 ans (71 ans en Colombie Britannique) ou plus à la date de **Votre** décès, la prestation d'assurance vie sera payée seulement dans le cas d'un **Décès accidentel**.

EXCLUSIONS

Nous ne payons pas les prestations décès ou mutilation si ceux-ci découlent, directement ou indirectement, de :

1) toute exclusion listée sous « Exclusions générales » retrouvées dans la partie G – Dispositions générales;
2) une affection préexistante, si vous décédez de cette affection préexistante dans les 6 mois suivant la date d'entrée en vigueur. Aux fins de cette exclusion, nous définissons une affection 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 protection;
3) une maladie grave pour laquelle une prestation a déjà été versée en vertu de la partie C, maladie grave, de cette Police.

PARTIE F - ASSURANCE ACHAT (couverture non disponible pour les résidents de Colombie-Britannique ou du Québec et seulement disponible pour les achats effectués auprès du **Groupe LFL**).

a) Couverture - L'Assurance Achat protège automatiquement la plupart des **Produits assurés** qui sont des biens personnels quand l'achat a été fait auprès du **Groupe LFL** et que le **prix d'achat** est financé par **Votre** prêt LendCare, en assurant le produit pendant une période de 90 jours à partir de la date d'achat en cas de perte, de vol ou de dommage physique et si le produit n'est pas déjà couvert par une autre assurance. Si le produit est perdu, volé ou endommagé, il sera remplacé, réparé ou **Vous** recevrez un remboursement équivalent au montant du **Produit assuré** qui avait été financé par **Votre** prêt

LendCare, à la discrétion de l'Assureur. Les produits que Vous donnez en cadeaux peuvent être couverts par l'Assurance Achat, tant et aussi longtemps que les modalités de la Police sont respectées. **Vous**, et pas la personne qui a reçu le cadeau, devrez soumettre une réclamation. **Vous** avez droit de recevoir le moindre des montants suivants : le coût de la réparation; la valeur monétaire réelle des **Produits assurés** immédiatement avant la perte; ou une portion du **prix d'achat** des **Produits assurés**.

b) Exclusions - L'Assurance Achat ne fournit pas de couverture pour les produits suivants :

- articles achetés par ou pour une entreprise à des fins commerciales, chèques de voyage, tout type de monnaie, espèces, tickets, lingots, pièces rares ou précieuses, objets d'art, animaux, plantes vivantes, services, produits réusinés (sauf par le fabricant), produits usagés y compris des antiquités et des produits de démonstration, biens périssables ou de consommation, comme de la nourriture ou de l'alcool, frais annexes encourus par rapport aux **Produits assurés** et qui ne font pas partie du **prix d'achat**; produits qui sont interdits à la vente dans la juridiction où ils ont été achetés; armes à feu; actifs incorporels : automobiles, bateaux à moteur, avions et tout autre véhicule motorisé, pièces, accessoires et main d'œuvre qui y sont associés. Les bijoux volés à l'intérieur des bagages ne sont pas couverts, à moins que **Vos** bagages en tant que tels aient été volés; dans ce cas, la perte suivra les limitations de ce certificat.

- Pertes résultant d'une fraude, d'un abus, d'hostilités de n'importe quelle nature (y compris tout acte de guerre, d'invasion, de rébellion ou d'insurrection), de confiscation par les autorités, de risques de contrebande, d'activités illégales, d'actes intentionnels ou d'omissions, d'une usure normale, du cours normal des choses, d'un tremblement de terre, d'inondations, d'une tornade, d'une contamination radioactive, de défauts inhérents au produit, de dommages directs ou indirects, y compris des blessures corporelles, des dommages punitifs ou exemplaires et des frais juridiques.

c) Limitations

1. La couverture n'est pas disponible pour les résidents de Colombie-Britannique ou du Québec.
2. La couverture est seulement disponible pour les achats effectués auprès du **Groupe LFL** et financés par **Votre** prêt de LendCare.
3. Cette assurance s'applique seulement si **Vous** avez un **Solde impayé du prêt** à la **Date de la perte** et couvre la plupart des articles neufs acheté au **Groupe LFL** pour lesquels le prix d'achat complet a été financé par **Votre** prêt de LendCare.
4. Le montant payable en vertu de cette couverture à la suite d'une ou de plusieurs réclamations où la perte ou le dommage est lié à un ou plusieurs **Produits assurés** achetés lors d'une ou de plusieurs transactions ne dépassera pas 5 000 $;
5. Il faudra une approbation écrite au préalable de **Notre** part pour toute réparation, tout remplacement ou tout remboursement de la marchandise afin que la réclamation puisse être payée par **Nous**. **Nous** déciderons si la marchandise endommagé sera réparée ou remplacée.
6. Cette assurance est émise strictement comme une couverture supplémentaire et est classifiée comme telle, dans le sens où elle couvre un surplus de dépenses payables par tout autre plan d'assurance. Par exemple, si **Vous** avez une assurance habitation, cette assurance couvrira seulement la franchise. La couverture fournie par l'Assureur entre en vigueur seulement quand les limites de l'autre assurance ont été atteintes et que les prestations ont été versées au Titulaire du compte, peu importe si l'autre assurance contient des provisions couvrant ou non telle autre assurance non contributive ou en surplus.
7. **Vous** devrez faire preuve de diligence et prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter ou minimiser toute perte, tout vol ou tout dommage aux **Produits assurés**. Nous n'appliquerons pas cette provision de manière déraisonnable pour éviter les réclamations en vertu de cette Police. Si le dommage ou la perte résulte d'un acte de malveillance, de vandalisme, d'un cambriolage, d'un vol ou d'une tentative de vol, prouvée ou non, **Vous** devrez immédiatement avertir la police ou toute autre forme d'autorité en place. Nous exigerons une preuve de cet avis de perte avant de régler toute réclamation.
8. La couverture, en vertu de cette Police, ne **Vous** assure pas contre :
    i. La perte ou le vol de biens, à moins qu'il y ait une preuve d'effraction;
    ii. Les disparitions mystérieuses;

iii. La perte ou le dommage aux biens, à moins que **Vous** ayez immédiatement signalé la perte ou le dommage à la police et que **Vous** puissiez soumettre le rapport de police pour le prouver;
iv. La perte ou le dommage causé par **Vous**, un des membres de **Votre** famille ou une personne avec qui **Vous** cohabitez.

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.

Le **Bénéficiaire** correspond à l'entité bénéficiaire de cette Police, LendCare Capital Inc.

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.

Un **Solde délinquant** correspond à tout montant dû ou accumulé et payable par **Vous** au **Bénéficiaire** en fonction de ce prêt à la Date de la perte.

La **Date d'entrée en vigueur** : Pour les couvertures offertes aux Parties A, B, C, D, E et F, 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 habileté établit le diagnostic de Maladie grave.

Les **Produits assurés** représentent tout nouvel article (incluant les paires ou les ensembles) à des fins d'utilisation personnelle (qui n'est pas acheté par ou pour une entreprise à des fins commerciales) et pour lequel le prix d'achat complet a été facturé à votre compte de LendCare Capital Inc.

Le **Groupe LFL** correspond à la bannière de vente au détail incluant les bannières Léon et Brick, qui sont la propriété de Meubles Léon Lté ou de ses ayants droit.

Les **Mois** représentent chacun des douze périodes qui divisent une année.

L'**Autre assurance** correspond à toute autre police d'assurance ou indemnité fournissant une couverture supplémentaire à **Vous** ou à **Votre** conjoint(e) en cas de perte, de vol ou de dommage couvert en vertu de ce certificat.

Le **Solde impayé du prêt** représente le montant total dû sur **Votre** prêt de LendCare grâce auquel **Vous** recevez une couverture en vertu de ce Plan, à partir de la **Date de la perte**, à l'exclusion de tout montant impayé dont **Vous** aviez la responsabilité avant la **Date de la perte**.

Une **Obligation de paiement** représente le montant dû et payable par **Vous** toutes les semaines / toutes les deux semaines / tous les mois ou telle que décrite dans le contrat de prêt de LendCare.

Le **Prix d'achat** correspond au coût réel des produits assurés, y compris toutes les taxes de vente applicables, telles qu'apparaissant sur le reçu du magasin et dont le coût complet est financé par **Votre** prêt de LendCare. Tous les frais encourus en utilisant d'autres sources de paiement ne seront pas couverts par cette assurance.

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, en ayant une relation similaire à un mariage, et ce pour les derniers 12 mois minimum.

Le **Montant total du prêt** correspond au montant total du prêt que **Vous** avez pris en fonction du Contrat de financement.

Vous, Votre et **Vous-même** désignent la personne qui a contracté l'emprunt, dont le nom apparaît sur le contrat de prêt de LendCare et qui a la responsabilité du **Solde impayé du prêt**.

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 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

BÉNÉFICIAIRE : Les prestations payables conformément aux Parties A, B, C et D de la Police devront être payées à LendCare, en tant que Bénéficiaire irrévocable, que LendCare versera à **Votre Solde impayé du prêt**.

POLICES COLLECTIVES - Veuillez contacter Trans Global Insurance pour obtenir des copies des polices collectives.

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/.

Un **AVIS DE PERTE** doit être déposé, par écrit, auprès de **Nous** 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 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.

COORDONNÉES

Tous les avis et tous les autres dossiers nécessaires devront **Nous** être livrés à l'adresse suivante :

Trans Global Insurance
16930 - 114 Avenue NW
Edmonton, Alberta T5M 3S2

Si **Vous** avez des questions sur la Police et les couvertures, **Vous** pouvez communiquer avec **Nous** au 1-844-930-6022.

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 NOUS SOUCIONS 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 - Le coût du Plan de protection sur le prêt sera calculé en prenant **Votre** taux de prime de 13% et en le multipliant par **Votre** paiement régulier en principal et intérêts et tout autre frais supplémentaire et taxes applicables payable toutes les semaines / toutes les deux semaines / tous les mois ou telle que décrite dans votre contrat de prêt de LendCare.

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 LendCare, recevrez un avis écrit d'au moins 31 jours de toute 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.

MODALITÉS ET RÉSILIATION DE COUVERTURE

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** prêt telle qu'établie par l'Assureur à la réception de l'avis de résiliation ou la date à laquelle **Votre** plan est déchargé par LendCare.