

Plan de Neo Balance - Certificat d'assurance et déclaration de divulgation

Date du certificat : 1 er Juin 2024

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

Le Plan de protection Neo Balance (la « Police ») est offert aux clients de Neo Financial Technologies Inc. en tant qu'assurés, dont les demandes de cartes de crédit ont été approuvées par Neo qui **Nous** ont soumis une adhésion d'assurance et qui ont demandé la couverture, qui ont accepté de payer les primes et continuent de payer les primes dans les délais prescrits. Le fait de ne pas payer les primes pourrait causer une interruption de la couverture. Veuillez vous reporter à la section « Résiliation de la couverture », à la Partie G, ci-dessous.

Quand **Vous** adhérez à la Police, **Vous** contractez directement avec **Nous**. Ce Certificat d'assurance, ainsi que vos primes d'assurance facturées et versées avec le paiement de **Votre** carte de crédit 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 NF -04012024-P et NF -04012024-L pour les résidents de toutes les provinces sauf du Québec; pour les résidents du Québec, elle est souscrite par le numéro de police collective NF -04012024-L, émis aux clients de Neo suite à l'approbation de demandes de cartes de crédit par **Nous** et comprenant les couvertures respectives suivantes en vertu de la présente Police :

Résidents du Québec	Résidents de toutes les provinces (sauf Québec)
Compagnie d'Assurance-Vie Trans Globale (NF - 04012024-L)	Trans Global Insurance Company (NF - 04012024-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)
Partie C : Prestations pour maladie grave	Trans Global Life Insurance Company (NF - 04012024-L)
Partie D : Prestations d'invalidité	Partie C : Prestations pour maladie grave
Partie E : Prestations vie et mutilation	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 **Votre** couverture est soumise à un certain nombre de limitations ou d'exclusions.

Veillez 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. Cette couverture peut, en tout temps, être annulée, changée ou modifiée si Neo et l'Assureur décident de le faire. 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 entre 18 et 65 ans (71 ans en Colombie-Britannique) à la **Date d'entrée en vigueur**. Pour les résidents de toutes les provinces sauf du 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 ans 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, voici les options principales à **Votre** disposition :

Annulation en ligne :

Si **Vous** désirez annuler **Votre** politique de protection Balance, vous avez seulement à vous connecter à **Votre** compte de Neo Financial, à aller à la section sur la protection Balance et à choisir la carte pour laquelle **Vous** désirez annuler l'assurance. Une fois que **Vous** aurez complété le procédé d'annulation en ligne, **Vous** recevrez un message confirmant que **Votre** protection Balance a été annulée.

Annulation manuelle :

Si **Vous** désirez annuler **Votre** politique de protection Balance par l'entremise d'un autre procédé que l'annulation en ligne, veuillez vous connecter à **Votre** compte pour clavarder avec un(e) agent(e) de Neo ou appeler Neo au +1-(855) 636-2265.

Si la Police est annulée dans les 30 jours suivant l'adhésion, pour les résidents de toutes les provinces sauf du Québec (60 jours pour les résidents du Québec), toutes les primes facturées **Vous** seront remboursées. Si **Vous** annulez **Votre** assurance après 30 jours pour les résidents de toutes les provinces sauf du Québec (60 jours pour les résidents du Québec), après la réception de ce Certificat d'assurance, l'annulation entre en vigueur à la date du prochain relevé suivant **Votre** demande d'annulation. **Vous** continuerez à être couvert(e) jusqu'à la date d'entrée en vigueur de l'annulation et aucune prime ne sera remboursée.

Si **Vous** avez des questions concernant cette Politique 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 paiement**, rétroactivement à la **Date de la perte**. **Nous** remplirons Vos **Obligations de paiement** jusqu'à ce que **Vous** retourniez au travail à temps plein, sous réserve d'un maximum de 12 **Versements 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 du paiement n'excédera pas le moindre des deux montants suivants : le **Montant total de la carte** ou 30 000 \$.

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 autonome, **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 perte d'emploi involontaire en vertu de la Partie A de la présente :

1. **Vous** devez résider au Canada et avoir entre 18 et 65 ans (71 ans en Colombie-Britannique) 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, **Votre** employeur devra 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 des 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 médical familial ou d'aidant;
9. Perte d'emploi volontaire;
10. Incapacité à travailler en raison de l'absence ou de la personne de licences, de permis ou de

- qualifications ou de toute autre interdiction de travailler en vertu des lois applicables;
11. Accusations criminelles portées contre **Vous** et toute incarcération qui s'ensuit;
 12. Tout manquement aux paiements de pension pour enfants, pour conjoint(e) ou de pension alimentaire;
 13. Retraite, volontaire ou obligatoire;
 14. Toute exclusion répertoriée au paragraphe « Exclusions générales », que **Vous** trouverez à la Partie G - 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 **Versements 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 de prestations jusqu'à concurrence des prestations mensuelles prévues au contrat, sous réserve d'une limite maximale de 30 000 \$, 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 autonome, 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** ferons Vos **Obligations 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 **Versements 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 total des Paiements n'excédera pas le moindre des deux montants suivants : le **Montant total de la carte** à la **Date de la perte** ou le maximum de 30 000 \$.

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 ou de travailleuse autonome, **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 entre 18 et 65 ans (71 ans en Colombie-Britannique) 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** devez être en chômage involontaire depuis plus de 30 jours consécutifs.
4. Avant **Votre** chômage involontaire, en tant que travailleur autonome, 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 ou travailleuse autonome, **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 saviez être imminente ou que vous auriez dû savoir imminente quand vous avez fait la demande d'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 en vertu de 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 médical familial ou d'aïdant;
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 G - 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 **Versements 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 de prestations jusqu'à concurrence des prestations mensuelles prévues au contrat, sous réserve d'une limite maximale de 30 000 \$, 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 autonome, 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** ferons Vos **Obligations 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 **Versements 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 total des Paiements n'excédera pas le moindre des deux montants suivants : le **Montant total de la carte** à la **Date de la perte** ou le maximum de 30 000 \$.

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 ou de travailleuse autonome, **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

1. Pour être admissible aux prestations de perte d'emploi involontaire en vertu de la Partie B de la présente :
2. **Vous** devez résider au Canada et avoir entre 18 et 65 ans (71 ans en Colombie-Britannique) au moment de la **Date d'entrée en vigueur**;
3. **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.
4. **Vous** devrez être en chômage involontaire depuis plus de 30 jours consécutifs.
5. Avant **Votre** chômage involontaire, en tant que travailleur autonome, 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.
6. Alors que **Vous** êtes en chômage involontaire, en tant que travailleur ou travailleuse autonome, **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 saviez être imminente ou que vous auriez dû savoir imminente quand vous avez fait la demande d'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 en vertu de 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 médical familial ou d'aidant;
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 G - Dispositions générales.

NOUVELLE ADMISSIBILITÉ

Si **Vous** retournez au travail, en tant que travailleur ou travailleuse autonome, 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 ou travailleuse autonome, **Vous** ne serez admissible qu'aux prestations restantes des 12

Versements 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** couverture sera rétablie pour une autre période de prestations de 12 mois (sous réserve d'une limite maximale de 30 000 \$ maximum, tel qu'indiqué dans la Police) pour les périodes subséquentes couvertes relativement au chômage involontaire pour les travailleurs autonomes. Si **Vous** retournez au travail dans une capacité autre que travailleur ou travailleuse autonome, 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, 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 2 dernières années, des déclarations de revenus de l'entreprise 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 du 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 à Neo un montant équivalant au **Montant total de la carte** à la date du **Premier diagnostic** de Maladie grave. Le total des prestations versées n'excédera pas le moindre des deux montants suivants : le **Montant total de la carte** ou 30 000 \$.

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 65e anniversaire de naissance de l'assuré(e).
2. Les Maladies graves couvertes conformément à cette Police sont les suivantes : Cancer (mettant la vie en danger), Crise cardiaque, Accident vasculaire cérébral, Pontage aortocoronarien, Insuffisance rénale et 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 pourrions exiger.
 - 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(e) cardiologue certifié(e) 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(e) 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.

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; ou
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;

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

Pendant que **Vous** êtes couvert(e) par la Politique, si **Vous** êtes complètement invalide et, de ce fait, incapable de travailler, **Nous** effectuerons Vos **Obligations de paiement**, telles que définies à la Partie F - Définitions, à Neo 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 **Versements mensuels**. Le total des prestations versées n'excédera pas le moindre des deux montants suivants : le **Montant total de la carte** ou 30 000 \$.

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 par un chirurgien habilité, autre que **Vous-même** et, suivant l'avis de ce médecin ou de ce 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 de l'impôt sur le revenu du Canada, 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. Au début de **Votre** invalidité, **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 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 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 suivi(e) à temps plein par un(e) psychiatre habilité(e);
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 Neo, en **Votre** nom, à la réception d'une preuve irréfutable de **Votre** décès ou du décès de **Votre** Conjoint(e) (pour les résidents de toutes les provinces sauf du Québec) ou de **Votre** décès (pour les résidents du Québec), survenant après la **Date d'entrée en vigueur** et pendant que **Vous** êtes couvert(e) par la Police, un montant d'assurance équivalent au **Montant total de la carte** à la date du décès ou de la mutilation, jusqu'à concurrence de 30 000 \$. Si **Votre** décès ou **Votre** mutilation et le décès ou la mutilation de **Votre** Conjoint(e) (pour les résidents de toutes les provinces sauf du Québec) se passe en même temps, 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 toutes les provinces sauf du Québec) 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**.

PARTIE F - DEFINITIONS

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, Neo Financial Technologies 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.

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** adhésion à l'assurance.

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

Les **Versements mensuels** correspondent au montant dû et payable par **Vous** sur **Votre** compte de carte de crédit Neo lors de chaque période mensuelle.

Les **Obligations de paiement** représentent le montant dû et payable par **Vous** à Neo sur le relevé de **Votre** carte de crédit Neo couvrant la **Date de la perte**, et ajusté pour soustraire les transactions faites après la **Date de la perte**. Si le montant minimum dû inclut un montant qui excède la limite de crédit, il sera appliqué au premier paiement seulement.

Le **Montant total de la carte/ le Solde impayé** correspond au montant total dû à Neo sur **Votre** carte de crédit Neo à la **Date de la perte**.

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.

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

Nous, Notre et / ou **Nos** désignent Trans Global Insurance Company et Trans Global Life Insurance Company.

PARTIE G - DISPOSITION GÉNÉRALES BÉNÉFICIAIRE :

Les prestations payables conformément aux Parties A, B, C et D de la Police devront être payées à Neo, en tant que **Bénéficiaire** irrévocable, que Neo versera à **Votre Montant total de la carte**.

POLICES COLLECTIVES - Veuillez contacter Trans Global Insurance Company et Trans Global Life Insurance Company 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/fr/reclamations/>.

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 à la section « Coordonnées » la Partie G - Dispositions générales, et ce 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 que **Vous** avez subie seront à **Votre** charge.

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 si **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 & Trans Global Life Insurance Company

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 en vertu des 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 act;
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** 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** 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** 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 :

Responsable de la protection de la vie privée / The Privacy Officer, Trans Global Life Insurance Company/Trans Global Insurance Company

Attention:

Responsable de la protection de la vie privée / 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 : 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 du 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 taux de prime mensuel facturé en vertu de la Police est de 1,39 \$ par tranche de 100 \$ (ou en partie) de **Votre** Solde moyen quotidien, plus toutes les taxes applicables. Aucune prime ne sera facturée si **Votre** Solde moyen quotidien sur le compte pendant la période est de 0 \$ 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. Les primes versées par **Vous** après la Date de la Perte ne seront pas remboursées.

Les primes d'assurance et toutes les taxes applicables, pour chaque cycle de facturation courant, seront incluses dans les transactions de **Votre** prochain cycle de facturation et devront être payées en même temps que **Vos** paiements réguliers. Les primes de chaque cycle de facturation courant feront partie de **Votre** solde total pour déterminer les primes d'assurance de **Votre** prochain cycle de facturation. **Vous** pouvez également voir les frais de primes de **Votre** cycle de facturation précédent en **Vous** connectant à votre compte de Neo, puis en allant à l'onglet sur le crédit et en vérifiant les transactions pour **Votre** carte assurée.

Si **Vous** adhérez n'importe quand pendant **Votre** cycle de facturation, **Vos** primes seront calculées en fonction de **Votre** solde moyen quotidien pour le cycle de facturation complet; si **Vous** annulez n'importe quand pendant **Votre** cycle de facturation après **Votre** période d'essai gratuit, **Vous** continuerez à être couvert(e) jusqu'à la date d'entrée en vigueur de l'annulation et **Vous** vous verrez facturer des primes jusqu'à la fin du cycle de facturation courant.

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 Neo, recevrez un avis écrit d'au moins 31 jours de toute modification aux taux de prime ou aux conditions de la Police.

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 LA 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 relevé après que **Nous** recevons votre demande de mettre fin à la couverture d'assurance;
2. 31 jours à partir de la date à laquelle **Nous** vous envoyons un avis écrit, par courriel, afin d'annuler cette assurance;
3. La date de cessation de **Votre** carte de crédit Neo admissible, sur réception de l'avis de cessation par **Nous**; ou
4. La date à laquelle **Vous** accusez un retard de plus de 30 jours pour le paiement obligatoire de **Votre Solde impayé**; cependant, votre couverture d'assurance sera automatiquement réinstaurée une fois que Vos **Obligations de paiement** sur votre carte seront à jour.