



**PROGRAMME DE PROTECTION DE PAIEMENT DE PRÊT  
PERSONNEL SPRING FINANCIAL - CERTIFICAT D'ASSURANCE  
ET DÉCLARATION DE DIVULGATION**

**Date du certificat : 15 mai 2024**

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

L'assurance de protection de paiement de SPRING FINANCIAL (le « Plan » ou la « Police ») est offert aux clients qui **Nous** ont soumis des demandes de prêts approuvées 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.

Veillez vous reporter au paragraphe « Modalités et résiliation de la couverture », à la Partie G, ci-dessous.

La Police est souscrite conformément aux numéros de police collective SF-11012022-P et SF-11012022-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 SF-11012022-L, émis à Spring Financial par **Nous** et comprenant les couvertures respectives suivantes en vertu de la présente Police :

RÉSIDENTS DU QUÉBEC	RÉSIDENTS DE TOUTES LES PROVINCES (SAUF QUÉBEC)
Trans Global Life Insurance Company (SF- 11012022-L)	Trans Global Insurance Company (SF- 11012022-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	<b>Trans Global Life Insurance Company (SF- 11012022-L)</b>
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

Quand **Vous** adhérez au Plan, **Vous** **Vous** inscrivez directement avec Trans Global Insurance Company et Trans Global Life Insurance Company.

Ce Certificat, plus les primes d'assurance facturées à Votre prêt de SPRING FINANCIAL que **Vous** **Nous** versez, constituent la preuve de **Votre** assurance en vertu de ce Plan. **Vos** prestations se basent sur **Votre Solde impayé** de SPRING

FINANCIAL, tant et aussi longtemps que l'assurance n'a pas été résiliée en fonction des dispositions décrites dans ce Certificat.

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 SPRING FINANCIAL et / ou l'Assureur décident de le faire.

**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**. Les couvertures Vie et Mutilation et Maladie grave sont disponibles pour l'Emprunteur principal et son / sa **conjoint(e)**. Les prestations d'Invalidité et de Chômage involontaire sont seulement disponibles pour l'Emprunteur principal. Par « Emprunteur principal », on entend toute personne (peu importe que cette personne soit un homme ou une femme) dont le nom apparaît en premier sur le contrat de prêt de SPRING FINANCIAL (l'« Emprunteur »). 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 65<sup>e</sup> 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, retournez ce Certificat dans les 30 jours ou dans les 60 jours pour les résidents du Québec et demandez-**Nous** par écrit de l'annuler. Toutes les primes facturées, conformément aux polices collectives notées plus haut et conformément à ce Certificat, seront remboursées sur le compte de prêt de SPRING FINANCIAL. **Vous** pouvez annuler cette assurance en tout temps après 30 ou 60 jours (pour les résidents du Québec), en **Nous** envoyant une demande par écrit, mais **Vous** n'aurez alors droit à aucun remboursement des primes facturées.

Si **Vous** avez des questions concernant cette Police d'assurance ou si **Vous** avez besoin de renseignements pour effectuer une réclamation, veuillez communiquer avec :

TRANS GLOBAL INSURANCE GROUP  
275-16930 114 AVENUE, EDMONTON, AB T5M 3S2,  
TÉLÉPHONE 1-844-930-6022

## **PARTIE A - PRESTATIONS DE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE**

### **PRESTATIONS**

Si, suivant la **Date d'entrée en vigueur**, **Vous** subissez une perte d'emploi involontaire, **Nous** verserons à SPRING FINANCIAL **Votre Paiement de prêt** en **Votre** nom, rétroactivement à partir de la **Date de la perte**. **Nous** ferons **Votre Paiement de prêt** jusqu'à ce que **Vous** retourniez au travail à temps plein, sous réserve d'un maximum de 12 mois de couverture. 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 des paiements en vertu de ce Plan n'excédera pas le moindre des deux montants suivants : le **Solde impayé** ou 12 500 \$.

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 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**;
2. **Vous** devez avoir l'âge de la majorité dans la province où le prêt de SPRING FINANCIAL a été souscrit.
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 doit 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 Service Canada ou d'une entité similaire afin de recevoir des prestations d'assurance 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. Perte d'un emploi autonome; voir la Partie B;
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 mois de couverture 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 12 500 \$) 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 de manière involontaire, 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** et pendant que vous êtes assuré(e), **Vous** aurez peut-être droit aux prestations d'assurance de la Partie B - Perte d'emploi involontaire - Travailleurs autonomes.

Une fois **Votre** éligibilité établie, **Nous** verserons à SPRING FINANCIAL, en **Votre** nom, rétroactivement à partir de la **Date de la perte**, **Vos Paiements de prêt**, tels que définis à la Partie F - Définitions.

**Nous** effectuerons **Vos Paiements de prêt** jusqu'à ce que **Vous** retourniez au travail à temps plein, sous réserve d'un maximum de 12 mois de couverture. 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 **Paiement de prêt** n'excédera pas le moindre des deux montants suivants : le **Solde impayé** à la **Date de la perte** ou le maximum de 12 500 \$.

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 situation mentionnée ci-dessus, **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 pour les travailleurs autonomes :

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 au Plan et travailler en réalisant un revenu imposable en vertu de la Loi canadienne sur le revenu et les impôts, en exerçant un emploi lucratif sur une base permanente, en travaillant à temps plein à la **Date de la perte**, c'est-à-dire pendant au moins 25 heures par semaine, dans une entreprise légalement constituée et opérant au Canada pour une période d'au moins 2 années continues avant la **Date d'entrée en vigueur** de la.
3. **Vous** devrez 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.

## EXCLUSIONS

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

1. Perte d'emploi pour quelque raison que ce soit, débutant dans les 90 jours suivant la **Date d'entrée en vigueur**;
2. Perte d'emploi que **Vous** savez imminente au moment où **Vous** adhérez à l'assurance;
3. Grèves ou lockouts, que **Vous** y participiez ou que **Votre** entreprise y participe volontairement ou non;
4. Invalidité pour laquelle des prestations sont versées 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 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 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 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** couverture sera rétablie pour une autre période de prestations de 12 mois (sous réserve de la limite maximale de 12 500 \$ indiquée dans la Police) pour les périodes subséquentes couvertes relativement au chômage involontaire pour les travailleurs autonomes.

## EFFECTUER UNE RÉCLAMATION DE CHÔMAGE INVOLONTAIRE - TRAVAILLEURS AUTONOMES

**Vous** devez **Nous** faire parvenir les documents judiciaires sur la faillite à l'adresse indiquée au début de ce Certificat, prouvant la déclaration de 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 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 êtes assuré(e), **Vous** (pour les résidents du Québec) ou **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 SPRING FINANCIAL un montant équivalant au **Solde impayé** à la date du **Premier diagnostic** de Maladie grave, jusqu'au maximum de 12 500 \$.

## 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<sup>e</sup> anniversaire de naissance de la personne.
2. Les Maladies graves couvertes conformément à cette Police sont les suivantes : Cancer (engageant le pronostic vital), 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 pour **Vous** ou **Votre conjoint(e)**. Après que la prestation pour une Maladie grave a été payée, **Vous** demeurez admissible aux prestations décrites aux Parties A, B, D et E du présent Certificat d'assurance et **Votre conjoint(e)** demeure admissible aux prestations décrites à la Partie E.
4. Une preuve de la perte, répondant à **Nos** exigences, doit **Nous** être présentée dans un délai de 90 jours suivant le **Premier diagnostic**. Le diagnostic doit être consigné par écrit par un médecin habilité et appuyé par une preuve médicale que **Nous** exigerons ou pourrions 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 G - 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

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

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

1. Cancer (engageant le pronostic vital) - 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; ou
  - d. Tout cancer de la peau qui n'est pas un mélanome malin invasif et qui n'a pas dépassé 0,75 millimètre de profondeur.
2. Crise cardiaque - s'entend de la mort d'une partie du muscle cardiaque en raison d'une alimentation sanguine inadéquate qui entraîne toutes les manifestations suivantes liées à un infarctus aigu du myocarde :
- a. Douleur typique à la poitrine;
  - b. Nouvelles modifications des caractéristiques de l'électrocardiogramme; et
  - c. Augmentation caractéristique du niveau d'enzymes cardiaques, de troponines ou d'autres marqueurs biochimiques.
  - d. D'autres syndromes coronaires aigus, y compris, mais non limités à l'angine, ne sont pas couverts selon cette définition.
3. Accident vasculaire cérébral - s'entend de tout incident vasculaire cérébral, excluant un accident ischémique transitoire (mini accident vasculaire cérébral), entraînant la mort d'une partie du cerveau résultant d'une thrombose, d'une hémorragie intracrânienne ou sous arachnoïdienne ou d'une embolisation provenant d'une source extra crânienne et avec la preuve objective d'un nouveau déficit neurologique permanent, persistant pendant plus de 30 jours.
4. Pontage aortocoronarien - chirurgie visant à corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronariennes au moyen de greffes veineuses ou artérielle. Les pontages aortocoronariens n'incluent pas :
- a. Angioplastie (angioplastie coronarienne transluminale percutanée);
  - b. L'utilisation du laser aux fins de désobstruction, les insertions, la coronarographie; ou
  - c. Toute autre technique de micro-cathéter.
  - d. Un cardiologue certifié doit approuver la nécessité médicale de l'opération chirurgicale.

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

## PARTIE D - PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

### PRESTATIONS

Pendant que **Vous** êtes couvert(e) par le Plan, si **Vous** êtes blessé(e) ou invalide et, de ce fait, incapable de travailler, **Nous** effectuerons **Vos Paiements de prêt**, tel que défini à la Partie F - Définitions, à SPRING FINANCIAL en **Votre** nom pendant la durée de **Votre** invalidité totale, rétroactivement à partir de 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 de couverture. Le total des prestations versées n'excédera pas le moindre des deux montants suivants : le **Solde impayé** ou 12 500 \$.

### 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 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 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 psychiatre habilité;
4. d'une Maladie grave pour laquelle une prestation a été versée conformément à la Partie C - Maladie grave - de ce Plan;
5. d'une grossesse normale;
6. d'un voyage ou d'un séjour à l'étranger; ou
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 SPRING FINANCIAL, en **Votre** nom, à la réception d'une preuve irréfutable de **Votre** décès ou de **Votre** mutilation (pour les résidents du Québec) ou d'une preuve irréfutable de **Votre** décès ou de **Votre** mutilation ou d'une

preuve irréfutable du décès ou de la mutilation de **Votre Conjoint(e)** (pour les résidents de toutes les provinces sauf du Québec) se passant après la **Date d'entrée en vigueur** et pendant que **Vous** êtes couvert(e) en vertu de cette Police, un montant d'assurance équivalent au **Solde impayé** de **Votre** prêt de SPRING FINANCIAL à la date du décès ou de la mutilation, jusqu'à concurrence de 12 500 \$. Si **Votre** décès ou **Votre** mutilation et le décès ou la mutilation de **Votre Conjoint(e)** 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** ou **Votre Conjoint(e)** avez 65 ans (71 ans en Colombie Britannique) ou plus à la date du décès, la prestation d'assurance vie sera payée seulement dans le cas d'un **Décès accidentel**. Par « **Décès accidentel** », on entend 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.

### EXCLUSIONS

**Nous** ne verserons pas de prestation si le décès ou la mutilation résulte directement ou indirectement d'un des éléments suivants :

1. N'importe laquelle des exclusions se trouvant à la section « Exclusions générales » de la Partie G - Dispositions générales.
2. Une condition préexistante, si le décès survient dans les 6 mois de la **Date d'entrée en vigueur** de la condition préexistante. 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. Une Maladie grave pour laquelle une prestation a été versée en vertu de la Partie C - Maladie grave de cette Police.

## PARTIE F - 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, Spring Financial 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** ou SPRING FINANCIAL recevons **Votre** demande signée d'assurance.

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

Le ou les **PAIEMENTS DE PRÊT** correspondent à **Vos** paiements prévus toutes les semaines, toutes les deux semaines, deux fois par mois ou tous les mois, pour **Votre** prêt de SPRING FINANCIAL.

Le **SOLDE IMPAYÉ** est le montant total dû sur **Votre** prêt de SPRING FINANCIAL, sur lequel **Vous** recevez une couverture en vertu de ce Plan, à partir de 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 prêt de SPRING FINANCIAL et qui a la responsabilité du **Solde impayé**.

**NOUS, NOTRE ET / OU NOS** désignent Trans Global Life Insurance Company et / ou Trans Global Insurance Company.

## **PARTIE G - DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

**BÉNÉFICIAIRE** : Les prestations payables conformément aux Parties A, B, C, D et E de la Police devront être payées à SPRING FINANCIAL, en tant que **Bénéficiaire** irrévocable, que SPRING FINANCIAL versera au **Solde impayé**.

**CERTIFICAT** - Ce Certificat, qui remplace tous les autres certificats qui ont été émis pour **Vous** par rapport à ce Plan, contient toutes les modalités d'assurance entre **Vous** et **Nous**. En cas de variances ou d'ambiguïtés entre ce Certificat et les Polices collectives SF-11012022-P et SF-11012022-L sur **Votre** couverture, les modalités de ce Certificat prévaudront. Vous pouvez obtenir des copies des Polices collectives auprès de Trans Global Insurance Group.

## **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** à l'adresse du bureau figurant au début de ce Certificat 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 **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 jugeons 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 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;

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 PLAINTES

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 SOUÇIONS 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 **Vos** 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 :

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

<https://transglobalinsurance.ca/about-us/privacy-policy/>

#### 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 coût du Plan correspond à 40 % x **Votre Paiement de prêt**, plus les taxes applicables, payable toutes les semaines, toutes les deux semaines, deux fois par mois ou tous les mois, tel qu'indiqué dans **Votre** contrat de prêt de SPRING FINANCIAL. Par exemple, si **Votre Paiement de prêt** de SPRING FINANCIAL est de 50 \$, **Votre** prime facturée sera de 20 \$ plus les taxes applicables; si **Votre Paiement de prêt** obligatoire de SPRING FINANCIAL est de zéro, **Vos** primes obligatoires seront également de zéro.

**TAUX DE PRIME ET / OU MODIFICATION DU PLAN** - **Nous** **Nous** réservons le droit d'établir de nouveaux taux de prime

et d'annuler ou de modifier toute condition liée à la Police.

**Vous**, ainsi que SPRING FINANCIAL, 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** ou SPRING FINANCIAL **Vous** faisons parvenir un avis écrit visant la résiliation de cette assurance, par courrier de première classe, à **Votre** dernière adresse connue, ou
3. la date de cessation de **Votre** compte de prêt SPRING FINANCIAL ET quand **Votre Solde impayé** est de zéro, ou
4. la date à laquelle **Vous** accusez un retard de plus de 30 jours pour tout **Paiement de prêt** obligatoire sur **Votre Solde impayé**; cependant, **Votre** couverture d'assurance sera automatiquement réinstaurée une fois que **Vos** obligations de **Paiement de prêt** seront à jour.