



Partie E : Assurance Décès et mutilation

Partie D : Assurance Invalidité

Partie E : Assurance Décès et mutilation

Plan de protection de paiement de prêt - Certificat d'assurance et déclaration de divulgation

Date du certificat : 1^{er} mai 2024

Veuillez conserver ce Certificat d'assurance à un endroit sécuritaire pour pouvoir vous y reporter à l'avenir. Le Plan de protection de paiement de prêt (la « Police ») est offert aux clients de Fig Financial en tant qu'assurés, dont les demandes de prêt de Fig ont été approuvées, 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 dans les délais prescrits pourrait causer une interruption de la couverture. Veuillez **Vous** reporter à la Partie G, ci-dessous, à la section portant sur la « Résiliation de la couverture ».

Nous paierons les réclamations en fonction des modalités de ce Certificat d'assurance, selon le **Solde dû** à la Date de la perte, jusqu'à un maximum de 30 000 \$, à l'exclusion de tout **Solde impayé dû** par **Vous**. Les prestations maximales pour toutes les couvertures, en vertu de cette Police, sont de 30 000 \$ au total.

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** paiement de prêt de Fig 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 FF -05012024-P et FF -05012024-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 FF -05012024-L, émis aux clients de Fig Financial Inc., suite à l'approbation de demandes de prêt 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 (FF - 05012024-L)	Trans Global Life Insurance Company (FF - 05012024-P)
Partie A : Assurance Perte d'emploi involontaire Partie B : Assurance Perte d'emploi involontaire (travailleurs autonomes) Partie C : Assurance Maladie grave Partie D : Assurance Invalidité	Partie A : Assurance Perte d'emploi involontaire Partie B : Assurance Perte d'emploi involontaire (travailleurs autonomes) Trans Global Life Insurance Company (FF- 05012024-L) Partie C : Assurance Maladie grave

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.

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.

Cette couverture peut être annulée, changée ou modifiée en tout temps si Fig et l'assureur le décident.

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 au moins 18 ans à la **Date d'entrée en vigueur**.

Pour les résidents de toutes les provinces sauf du Québec, les couvertures Décès 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 couverture Maladie grave prend fin lorsque la personne concernée atteint l'âge de 65 ans. Afin de clarifier les choses, la date du **Premier diagnostic** doit être antérieure au 65^e anniversaire de naissance de la personne.

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 via Fig :

Si **Vous** souhaitez annuler **Votre** Police de protection de paiement via Fig, **Vous** avez seulement à envoyer un message à

l'adresse support@fig.ca confirmant que vous désirez annuler **Votre** Police d'assurance de protection de paiement.

Annulation via Trans Global Insurance :

Si, à la réception de ce Certificat d'assurance, **Vous** ne souhaitez plus adhérer à cette assurance, veuillez communiquer avec **Nous** pour annuler **Votre** Police.

Vous devrez remplir un formulaire d'annulation, le signer et **Nous** l'envoyer. Si **Vous** avez des questions sur cette Police ou si **Vous** avez besoin de plus de renseignements sur les réclamations, veuillez communiquer avec :

Trans Global Life Insurance Company et
Trans Global Insurance Company
16902 137 Ave NW, Edmonton, AB T5V 0C8,
Téléphone : 1-844-930-6022 ou par
Courriel : clientcare@transglobalinsurance.ca

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 immédiatement quand **Vous** faites la demande d'annulation.

PARTIE A - PRESTATIONS DE PERTE D'EMPLOI INVOLONTAIRE

PRESTATIONS

Si, après la **Date d'entrée en vigueur**, **Vous** subissez une perte d'emploi involontaire, **Nous** verserons en **Votre** nom **Votre Obligation de paiement**, 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 de Paiements. 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 **Solde dû** 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 plus de 18 ans à la **Date d'entrée en vigueur**;
2. **Vous** devez être assuré(e) en vertu de la Police et exercer un emploi rémunéré 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. 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 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 **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 de paiements. 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 prestations n'excédera pas le moindre des deux montants suivants : le **Solde dû** 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 plus de 18 ans à 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 ou travailleuse 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'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 », qui se trouve 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 Perte d'emploi involontaire de ce Certificat d'assurance.

EFFECTUER UNE RÉCLAMATION DE CHÔMAGE INVOLONTAIRE - TRAVAILLEURS AUTONOMES

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, ainsi que **Vos** déclarations de revenus et les déclarations de revenus de **Votre** conjoint(e) pour les 3 dernières années, prouvant que **Vous** les avez déposées auprès de l'Agence du revenu du Canada (ARC). **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 Fig un montant équivalant au **Solde dû** 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 dû** 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 65^e 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. 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, jusqu'à 30 000 \$ maximum.
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 », qui se trouve 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 (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;
 - 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. Un(e) cardiologue certifié(e) doit approuver la nécessité médicale de l'opération chirurgicale. 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.
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.
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 Police, si **Vous** êtes complètement invalide et, de ce fait, incapable de travailler, **Nous** effectuerons **Votre Obligation de paiement**, telle que définie à la Partie F - Définitions, à Fig 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 de paiements. Le total des prestations versées n'excédera pas le moindre des deux montants suivants : le **Solde dû** 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 », qui se trouve 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'un examen 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 DÉCÈS ET MUTILATION

PRESTATIONS

Nous paierons à Fig Financial, en **Votre** nom, à la réception d'une preuve irréfutable de **Votre** décès ou de **Votre** mutilation (pour les résidents du Québec) ou de **Votre** décès ou de **Votre** mutilation ou du décès ou de la mutilation de **Votre Conjoint(e)** (pour les résidents de toutes les provinces sauf 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 **Solde dû** 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**.

EXCLUSIONS

Nous ne payons pas de prestations décès ou mutilation si cela découle directement ou indirectement :

1. de toute exclusion répertoriée au paragraphe « Exclusions générales », qui se trouve à la Partie G - Dispositions générales.
2. d'une condition préexistante, si **Vous** décédez dans les 6 mois de la **Date d'entrée en vigueur** en raison de cette 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'un examen 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 Maladie grave pour laquelle une prestation a été versée conformément à la Partie C - Maladie grave - de ce Certificat d'assurance.

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, Fig Financial.

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 en souffrance** correspond à tout montant dû ou accumulé et payable par **Vous** au **Bénéficiaire** en vertu du Prêt à la Date de la perte.

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.

Le **Solde dû** représente le montant total dû à Fig Financial sur **Votre** prêt de Fig Financial à Date de la perte.

Une **Obligation de paiement** correspond au montant dû et payable par **Vous** à Fig Financial sur **Votre** prêt de Fig Financial pour une période mensuelle, bihebdomadaire, bimensuelle ou hebdomadaire.

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 physique qui a contracté l'emprunt et dont le nom apparaît sur le contrat de prêt de Fig Financial et qui a la responsabilité du **Solde dû**.

Nous, Notre et / ou **Nos** désignent Trans Global Insurance Company et Trans Global Life 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 Fig Financial, en tant que **Bénéficiaire** irrévocable, que Fig Financial versera à **Votre Solde dû**.

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/>; **Vous** devrez **Nous** livrer les documents tel que cela est indiqué dans les formulaires téléchargés.

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 ce Certificat d'assurance, 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 Décès 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 et
Trans Global Life Insurance Company
16902 137 Avenue NW
Edmonton, Alberta T5V 0C8

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 Décès et Mutilation, Invalidité, Perte d'emploi involontaire ou

Maladie grave, et ce 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** procédure de résolution des réclamations au lien suivant :

<https://transglobalinsurance.ca/fr/resolution-des-plaintes/>.

NOUS NOUS SOUCTIONS 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 :

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

16904 - 137 Avenue NW

Edmonton, Alberta T5V 0C8

Pour plus d'informations sur la politique de confidentialité de Trans Global Insurance Company et de Trans Global Life Insurance Company, **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 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 dû** à la Date de la perte. Tout changement à **Votre** Police après la Date de la perte, mais pendant la période de couverture, ne sera pas inclus dans le calcul de **Vos** prestations. Tout achat ou tout débit porté à **Votre** Police sur la protection de paiement d'assurance suivant la Date de la perte et durant la période au cours de laquelle **Vous** recevez des prestations ne sera pas inclus dans le calcul de **Vos** prestations.

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

TAUX DE PRIME - Les primes facturées pour le Plan de protection de paiement de prêt seront calculées en prenant le Taux de prime de l'assureur de 15 % et en le multipliant par le paiement régulier en principal et intérêts des clients, plus les taxes applicables, payables à la même fréquence que **Vos** paiements réguliers en principal et intérêts en fonction de **Votre** contrat de prêt. Les primes resteront les mêmes, à moins qu'il y ait un changement au paiement régulier en principal et intérêts du client, dans quel cas le client se verra facturer les primes ajustées lors de la période qui suit immédiatement tout changement au paiement régulier en principal et intérêts.

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 Fig 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 cessation de **Votre** Couverture, **Nous** **Vous** créditerons au prorata toutes les primes non acquises que **Vous** aurez pu payer. Aucun remboursement ou crédit ne sera versé 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 LA COUVERTURE

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

1. La date à laquelle **Nous** ou Fig reçoit **Votre** demande écrite de mettre fin à cette couverture d'assurance; ou
2. 31 jours à partir de la date à laquelle **Nous** **Vous** envoyons un avis écrit, via courrier de première classe, à **Votre** dernière adresse connue, afin d'annuler cette assurance; ou
3. La date à laquelle **Votre** prêt de Fig prend fin, sur réception d'avis d'annulation de la part de l'assureur; ou
4. La date à laquelle **Vous** accusez un retard de plus de 31 jours sur tout paiement obligatoire de **Votre Solde dû**; ou
5. Si **Vous** avez reporté la date de paiement de **Votre** prêt, plus de 31 jours se sont écoulés depuis la date de **Votre** paiement contractuel et qu'un montant est en retard et impayé.