CERTIFICAT D'ASSURANCE ET DÉCLARATION DE DIVULGATION

Date du certificat : 1 novembre 2025

Le Plan de Protection de paiement de facture (la « Police ») est un contrat entre **Vous** et **Nous**. Les termes **« Vous », « Votre », « Vous-même »** et **« Personne assurée »** correspondent à l'individu dont le nom, en tant que Titulaire de la Police, se trouve sur la demande d'assurance qui **Nous** est soumise.

Les termes **« Nous », « Nos », « Notre »** et **« Assureur »** correspondent à Trans Global Insurance Company et à Trans Global Life Insurance Company.

La Police est offerte aux résidents de toutes les provinces du Canada, qui ont fait une demande de couverture, qui ont accepté de payer les primes et qui continuent de payer leurs primes dans les délais impartis. Le fait de ne pas procéder aux paiements dans les délais impartis pourrait causer des interruptions dans la couverture. Veuillez **Vous** reporter à la Partie G ci-dessous pour plus de détails sur la résiliation de la couverture.

Quand **Vous** adhérez à la Police, **Vous Vous** inscrivez directement avec **Nous**. Ce Certificat, plus les primes d'assurance qui **Vous** sont facturées, qui sont perçues par **Nous** et qui sont payables sur une base mensuelle, constituent la preuve de **Votre** assurance en vertu de la Police, tant et aussi longtemps que l'assurance n'a pas été résiliée, conformément aux dispositions décrites dans ce Certificat d'assurance. La première prime sera due à la **Date d'entrée en vigueur**, puis chaque **Paiement mensuel** sera dû à la date que **Nous** aurons déterminée. Les primes seront automatiquement facturées à la carte de crédit que **Vous** aurez fournie.

Les couvertures sont souscrites conformément aux numéros de police collective **01202025-P et 01202025-L.**

<table>
<tr><th>Résidents du Québec</th><th>Résidents de toutes les provinces (sauf Québec)</th></tr>
<tr><td>Trans Global Life Insurance Company (01202025-L)</td><td>Trans Global Insurance Company (01202025-P)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Partie A : Prestations pour perte d'emploi involontaire
Partie B : Perte d'emploi involontaire Prestations pour perte d'emploi involontaire (travailleurs autonomes)

Partie C : Prestations pour maladie grave

Partie D : Prestations d'invalidité

Partie E : Prestations décès et mutilation</td><td>Partie A : Prestations pour perte d'emploi involontaire
Partie B : Perte d'emploi involontaire Prestations pour perte d'emploi involontaire (travailleurs autonomes)</td></tr>
<tr><td>Trans Global Life Insurance Company (01202025-L)</td></tr>
<tr><td>Partie C : Prestations pour maladie grave

Partie D : Prestations d'invalidité

Partie E : Prestations décès et mutilation</td></tr>
</table>

Ce Certificat d'assurance contient des informations sur **Votre** assurance. Il décrit ce qui est couvert, ainsi que les modalités selon lesquelles les paiements seront faits. Il fournit également des instructions sur la manière de faire une réclamation. **Vous** devez lire ce Certificat d'assurance avec attention pour comprendre **Votre** couverture, car elle est soumise à un certain nombre de limitations ou d'exclusions. Ce Certificat d'assurance a été émis en fonction des déclarations que **Vous** avez faites pendant **Votre** demande d'adhésion.

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. Ce Certificat d'assurance remplace tous les autres Certificats d'assurance qui **Vous** ont été fournis précédemment par rapport à la Police. La couverture est seulement disponible si **Vous** résidez au Canada. Cette couverture peut, en tout temps, être annulée, changée ou modifiée. 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 être un ou une Titulaire de compte de Telus en règle au moment de la demande d'adhésion, **Vous** devez résider au Canada et avoir plus de 18 ans à la **Date d'entrée en vigueur**.

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.

Si **Vos** circonstances changent et que vous n'êtes plus admissible à la couverture fournie en vertu de cette Police, **Vous** avez l'obligation de **Nous** avertir dans les 90 jours pour pouvoir recevoir un remboursement des Primes.

COMMENT ANNULER CETTE ASSURANCE

Si, à la réception de ce Certificat d'assurance, **Vous** ne désirez plus adhérer à cette assurance et souhaitez annuler **Votre** Plan de Protection de paiement de facture, **Vous** avez deux options principales pour le faire :

Annulation via une demande par écrit

Si **Vous** souhaitez annuler **Votre** Plan de Protection de paiement de facture par l'entremise d'un procédé autre que via **Votre** portail client pour l'assurance, veuillez communiquer avec **Nous** pour annuler **Votre** Police. Cette demande d'annulation devra être faite par écrit dans les 30 jours (60 jours pour les résidents du Québec) suivant l'adhésion, toutes les primes facturées seront remboursées sur la carte de crédit que **Vous** avez fournie. **Vous** pouvez annuler cette assurance en tout temps après 30 jours (60 jours pour les résidents du Québec) en **Nous** envoyant une demande par écrit, mais **Vous** n'aurez alors droit à aucun remboursement de primes, tel qu'indiqué à la Section G du présent Contrat. 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 Company & Trans Global Life Insurance Company

16902 - 137 Ave NW
Edmonton, AB T5V 0C8
Téléphone : 1-844-930-6022

Annulation en ligne via Votre portail client pour l'assurance :

Si **Vous** souhaitez annuler **Votre** Plan de Protection de paiement de facture en ligne, **Vous** avez seulement à vous connecter à Votre compte, sur le portail client pour l'assurance et à vous rendre à la section « Annuler la couverture ». Une fois que **Vous** aurez complété le procédé d'annulation en ligne, **Vous** recevrez un message confirmant l'annulation de **Votre** Plan de Protection de paiement de facture. La même politique de remboursement s'applique que lors de l'annulation de **Votre** Plan de Protection de paiement de facture via une demande par écrit.

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 les prestations directement au **Fournisseur de service**, en tant que Bénéficiaire, pour couvrir les **Soldes impayés** qui sont dus et payables par **Vous** en vertu des modalités du contrat de service. Les paiements seront faits rétroactivement à la **Date de la perte** et n'excéderont pas le moindre des montants, entre le **Solde impayé** ou la **Limite de couverture** achetée. Les prestations continueront jusqu'à ce que **Vous** retourniez à un emploi à temps plein, en vertu de la période de prestation maximale de 6 **Paiements de facture 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.

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 non les deux. Pour déterminer le versement des prestations dans la situation susmentionnée, **Nous** nous réservons le droit de choisir la couverture en vertu de laquelle **Vous** recevrez des prestations.

CONDITIONS

Pour être admissible aux prestations de perte d'emploi involontaire en vertu de la Partie A de la présente :

1. **Vous** devez résider au Canada et avoir plus de 18 ans au moment de la **Date d'entrée en vigueur**;
2. Vous devez avoir un contrat de service en cours et en règle avec le **Fournisseur de service** à la **Date de la perte**;
3. **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**;
4. **Vous** devrez avoir subi une perte d'emploi involontaire pendant plus de 30 jours consécutifs;
5. 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 la Commission de l'assurance-emploi du Canada afin de recevoir des prestations d'assurance-emploi;
6. 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.
7. Vous ne devez avoir reçu aucune prestation pour Maladie grave dans les 6 mois précédant la **Date de la perte** et de perte d'emploi involontaire.

EXCLUSIONS

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

1. Perte d'emploi pour quelque raison que ce soit, débutant dans les 30 jours suivant la **Date d'entrée en vigueur**;
2. Perte d'emploi que **Vous** savez imminente au moment où **Vous** adhérez à l'assurance;
3. Perte d'un emploi saisonnier;
4. Grèves ou lockouts, que **Vous** y participiez volontairement ou non;
5. Invalidité pour laquelle des prestations sont versées en vertu de cette Police;
6. Congédiement justifié par **Votre** employeur;
7. Grossesse ou accouchement et congé de maternité, de paternité ou d'adoption;
8. Congé pour prendre soin d'un membre de sa famille malade;
9. Perte d'emploi volontaire;
10. Accusations criminelles portées contre **Vous** et toute incarcération qui s'ensuit;
11. Tout manquement aux paiements de pension pour enfants, pour conjoint(e) ou de pension alimentaire;
12. Retraite, volontaire ou obligatoire;
13. Toute exclusion répertoriée au paragraphe « Exclusions générales », que **Vous** trouverez à la Partie 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 6 mois maximum. 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 la période de prestation complète 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 et que **Vous** êtes dans l'incapacité de générer un revenu pendant 30 jours consécutifs après la **Date de la perte,** et pendant que vous êtes assuré(e), **Vous** aurez peut-être droit aux prestations d'assurance en cas de perte d'emploi involontaire pour les travailleurs autonomes.

Une fois **Votre** éligibilité établie, **Nous** verserons directement au **Fournisseur de service**, en tant que Bénéficiaire, pour couvrir les **Soldes impayés** qui sont dus et payables par **Vous** en vertu des modalités du contrat de service. Les paiements seront faits rétroactivement à la **Date de la perte** et n'excéderont pas le moindre

des montants, entre le **Solde impayé** ou la **Limite de couverture** achetée. Les prestations continueront jusqu'à ce que **Vous** retourniez à un emploi à temps plein, en vertu de la période de prestation maximale de 6 **Paiements de facture 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.

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 non 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 pour les travailleurs autonomes en fonction de cette Partie B :

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 un contrat de service en cours et en règle avec le **Fournisseur de service** à la **Date de la perte;**
3. **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 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.
7. Vous ne devez avoir reçu aucune prestation pour Maladie grave dans les 6 mois précédant la **Date de la perte** et de perte d'emploi involontaire.

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 30 jours consécutifs de chômage involontaire, en tant que travailleur ou travailleuse autonome, **Vous** ne serez admissible qu'aux prestations restantes des 6 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. 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 B, **Votre** couverture sera rétablie pour la période de prestation complète pour les périodes de perte d'emploi involontaire subséquentes couvertes pour les travailleurs autonomes. Si **Vous** retournez au travail dans un capacité autre que travailleur / 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 - 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** pourrons, à **Notre** discrétion, exiger des états financiers apportant des preuves documentées des activités d'exploitation de votre entreprise des 3 dernières années, des déclarations de revenus de l'entreprise prouvant que **Vous** les avez déposées auprès de l'Agence du revenu du Canada, ainsi que les déclarations personnelles et de **Votre** conjoint(e) des 3 dernières 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** 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 les prestations directement au **Fournisseur de service**, en tant que Bénéficiaire, pour couvrir les **Soldes impayés** qui sont dus et payables par **Vous** en vertu des modalités du contrat de service. Les paiements seront faits rétroactivement à la **Date de la perte** et n'excéderont pas le moindre des montants, entre le **Solde impayé** ou la **Limite de couverture** achetée. Les prestations continueront pour la période de prestation maximale de 6 **Paiements de facture mensuels**.

CONDITIONS

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 un contrat de service en cours et en règle avec le Fournisseur de service à la **Date de la perte;**
3. 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 la personne.
4. 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.
5. 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, en fonction des modalités de chaque Partie.
6. 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 pourrons exiger.

EXCLUSIONS

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

1. la Maladie grave découle directement ou indirectement de toute exclusion répertoriée au paragraphe « Exclusions générales », que **Vous** trouverez à la Partie sur les Dispositions générales;
2. cette Maladie grave existait ou a fait l'objet d'un premier diagnostic avant la **Date d'entrée en vigueur** ou dans les 90 jours suivant la **Date d'entrée en vigueur**.

DÉFINITIONS ET LIMITATIONS - MALADIE GRAVE

Sont couvertes par ce Certificat d'assurance seulement les Maladies graves 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.
    a. 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** paierons les prestations directement au **Fournisseur de service**, en tant que Bénéficiaire, pour couvrir les **Soldes impayés** qui sont dus et payables par **Vous** en vertu des modalités du contrat de service. Les paiements seront faits rétroactivement à la **Date de la perte** et n'excéderont pas le moindre des montants, entre le **Solde impayé** ou la **Limite de couverture** achetée. Les prestations continueront pour la période de prestation maximale de 6 **Paiements de facture 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.

CONDITIONS ET LIMITATIONS

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 un contrat de service en cours et en règle avec le Fournisseur de service à la **Date de la perte;**
3. 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.
4. 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.
5. **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.
6. Les prestations prendront fin lorsque **Votre** médecin **Vous** permettra de reprendre un travail à temps plein, à temps partiel ou un travail modifié.
7. 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.
8. **Vous** ne devez pas avoir reçu de prestations pour Maladie grave en vertu de cette Police dans les 90 jours précédant la **Date de la perte** et l'invalidité.

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 DÉCÈS ET MUTILATION

PRESTATIONS

Nous paierons, à la réception d'une preuve de **Votre** décès ou de **Votre** mutilation, se passant après la **Date d'entrée en vigueur** et pendant que **Vous** êtes couvert(e) en vertu de cette Police, une prestation correspondant au versement d'une somme unique équivalant au moindre des montants suivants : un maximum de 6 fois la **Limite de couverture** mensuelle en vigueur à la date du décès ou de la mutilation ou le **Solde impayé**.

MUTILATION

Mutilation signifie une lésion corporelle accidentelle subie directement et indépendamment de toute autre cause et entraînant la perte totale et irrévocable de la vue complète des deux yeux ou d'une main ou d'un pied par une séparation complète au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville.

LIMITE D'ÂGE

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

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.

La **Limite de couverture** désigne la limite mensuelle que **Vous** avez sélectionnée lors de votre adhésion ou que Vous avez choisie par la suite, mais pas moins de 30 jours avant la **Date de la perte**.

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** demande signée d'assurance.

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

La **Période de grâce** correspond aux 28 jours suivant la date à laquelle le paiement de **Votre** prime est dû, après le versement du premier paiement de prime.

Les paiements de facture mensuels correspondent au montant dû et payable par **Vous** au Fournisseur de service pour chaque période mensuelle, jusqu'au maximum de la **Limite de couverture**.

Le **Solde impayé** est le montant total dû sur **Votre** facture du **Fournisseur de commodité ou de service** suivant la **Date de la perte**. Le **Solde impayé**, pour n'importe quel mois, correspond seulement aux frais du mois en cours et n'inclut pas les frais en retard ou prépayés pour les autres mois ou les frais résultant de services supplémentaires ajoutés après la **Date de la perte**.

Le **Fournisseur de service** correspond à l'entreprise TELUS Communications Inc.

Le **Fournisseur de commodité ou de service** correspond à l'entreprise TELUS Communications Inc.

Vous, Votre et Vous-même, la Personne assurée désignent la personne dont le nom apparaît sur la demande du Plan de Protection de paiement de facture et dont le nom apparaît sur le compte de la Personne assurée du **Fournisseur de commodité ou de service** ou si plus d'une personne ont la responsabilité de la dette, **Vous, Votre et Vous-même, la Personne assurée** désignent la personne dont le nom apparaît sur la demande du Plan de Protection de paiement de facture.

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 au Fournisseur de commodité ou de service, qui l'appliquera à **Votre** obligation de paiement de facture mensuel.

CERTIFICAT - Vous pouvez obtenir des copies des Polices collectives auprès de Trans Global Insurance Company et de Trans Global Life Insurance Company.

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.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Aucune prestation ne sera versée en vertu des protections Décès 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 SOUCIONS DE VOS INFORMATIONS PERSONNELLES

Nous nous engageons à protéger **Votre** vie privée. **Nous** respectons **Votre** vie privée et **Nous** voulons que **Vous** compreniez comment nous recueillons **Vos** informations personnelles et comment **Nous** les utilisons.

Collecte de Vos informations personnelles

Nous recueillons **Vos** informations personnelles et **Nous** les conservons, car **Nous** en avons besoin pour **Vous** fournir les produits et services que **Vous Nous** demandez. **Nous** recueillons les informations de **Votre** part, soit directement, soit par l'intermédiaire de **Nos** représentants. **Nous** pourrions également avoir à collecter des

informations **Vous** concernant auprès de sources telles des hôpitaux, des médecins ou tout autre fournisseur de soins de santé, le Bureau des renseignements médicaux, le gouvernement (y compris les régimes d'assurance maladie gouvernementaux) et d'autres agences gouvernementales, d'autres compagnies d'assurance, des institutions financières, des rapports sur les véhicules automobiles et **Votre** employeur courant ou passé.

Utilisation de Vos informations personnelles

Nous utilisons **Vos** informations personnelles pour **Vous** fournir les produits et services que **Vous Nous** demandez, ce qui inclut leur utilisation pour évaluer les risques en termes d'assurance et de gestion des réclamations. **Nous** pouvons également partager **Vos** informations avec des tierces parties, si cela est nécessaire pour les services que **Nous Vous** fournissons. Ces tierces parties peuvent inclure d'autres compagnies d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux, des institutions financières, des tiers administrateurs et toute autre référence que **Vous Nous** fournissez. **Nous** pouvons utiliser **Vos** informations à l'interne, pour préparer des rapports statistiques qui **Nous** permettront de comprendre les besoins de **Nos** clients et de gérer **Nos** affaires. À cet effet, si un fournisseur de service (tierce partie) est situé en dehors du Canada, ce fournisseur de service est lié par les lois de la juridiction dans laquelle le fournisseur de service est situé et peut divulguer ces informations en fonction de cette juridiction.

Vous pouvez demander de passer en revue les informations personnelles de **Votre** dossier ou demander de faire des corrections en écrivant à :

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'information sur la politique de confidentialité de Trans Global Insurance, veuillez vous rendre sur le site :
https://transglobalinsurance.ca/fr/politique-de-confidentialite/

PROCÉDURES JUDICIAIRES
Aucune action en justice ne peut être intentée contre **Nous**, sauf si elle est introduite dans un délai de 24 mois suivant la **Date de la perte**; 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.

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 et les taxes applicables facturés en fonction de la Police sont déterminés en vertu des prestations mensuelles maximales que **Vous** avez choisies au moment de votre demande d'adhésion. Les primes sont calculées en fonction d'une structure à taux fixe, correspondant au niveau de couverture que **Vous** avez sélectionné lors du procédé d'adhésion, tel qu'apparaissant à la section « *Sélectionnez une option de couverture* » de **Votre** demande d'adhésion. Les taux des primes peuvent changer en fonction des modalités de cette Politique.

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** 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** effectuerons un remboursement au prorata, de toute prime non acquise que **Vous** aurez payée sur la carte de crédit que **Vous** nous aurez fournie. 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. dans les 31 jours suivant la date à laquelle **Nous Vous** faisons parvenir un avis écrit visant la résiliation de cette assurance, par courrier de première classe, à **Votre** dernière adresse connue; ou
2. à la date de cessation de **Votre** police, sur réception de l'avis de résiliation par l'**Assureur** ou par **Vous**; ou
3. à la date d'expiration de la **Période de Grâce**, si **Vous** échouez à faire **Vos** paiement de primes; ou
4. la date à laquelle **Vous** accusez un retard de plus de 28 jours dans les paiements des primes obligatoires en vertu de **Votre** police; ou
5. la date de cessation de **Votre** compte de TELUS.

Tout prépaiement fait après la date de cessation de cette police **Vous** sera retourné par chèque ou versé sur le compte en banque que **Vous** nous aurez indiqué**.**