

Assurance collective

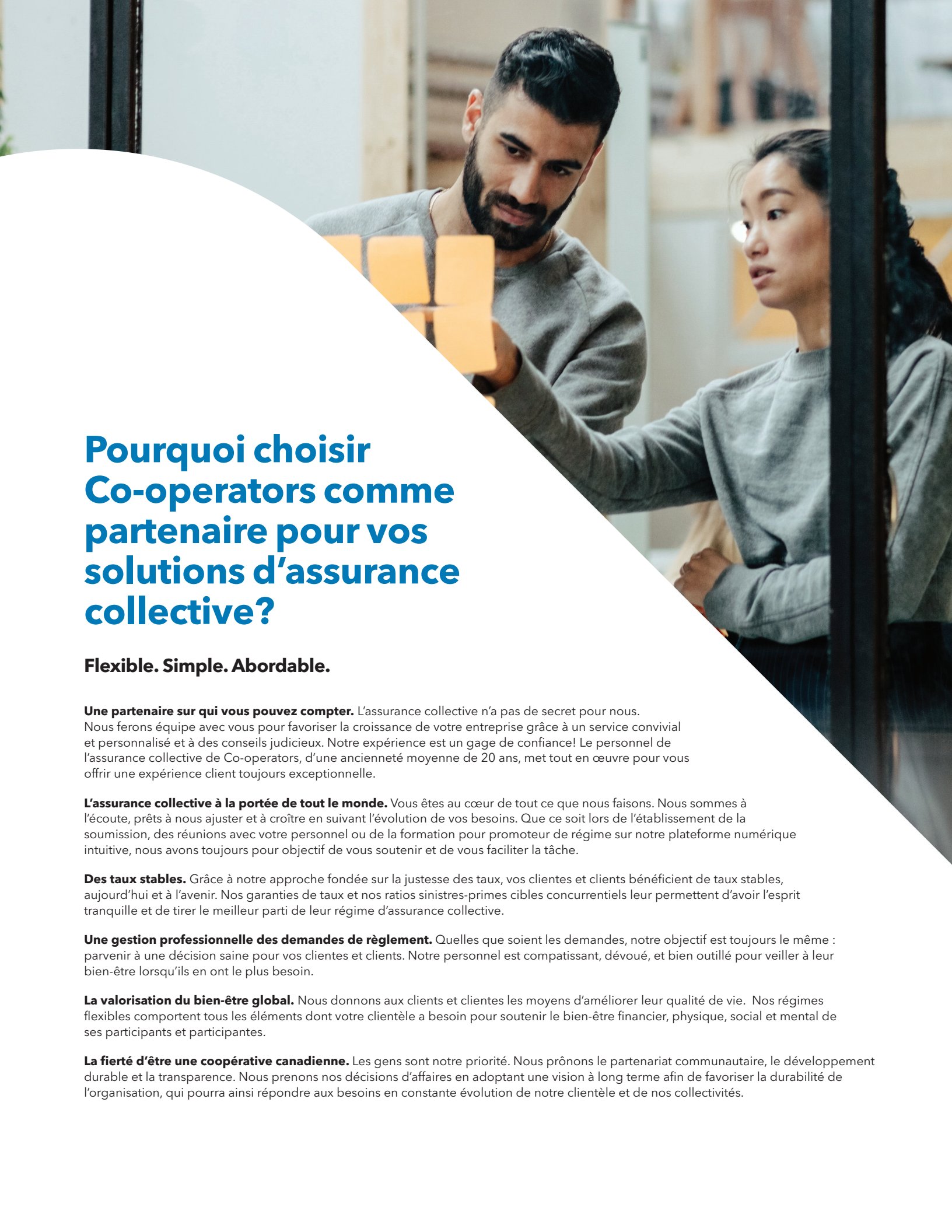
Guide des représentants et représentantes

Solutions d'assurance collective pour les entreprises
de 3 à 99 employés et employées



Table des matières

3	Partenaire de confiance	15	Deuxième avis médical et consultations en santé mentale
4	Coup d'œil sur l'assurance collective	16	Programme d'aide aux employés et employées Là pour vous
5	Critères d'admissibilité à l'assurance collective	16	Soins de santé virtuels
6	Assurance vie	17	Prix coûtant majoré
7	Garantie décès et mutilation accidentels (DMA)	17	Options de transformation de l'assurance maladie et soins dentaires
8	Assurance vie des personnes à charge	19	Garanties facultatives
8	Invalidité de courte durée (ICD)	20	Outil d'administration en ligne Clic Avantages ^{MD}
9	Invalidité de longue durée (ILD)	21	Soutien aux représentants et représentantes et processus de soumission
10	Assurance maladie complémentaire	22	Philosophie de renouvellement
12	Soins dentaires	23	Nous joindre
13	Assurance maladies graves collective		
14	Compte de crédits-santé (CCS)		
15	Compte de dépenses personnelles (CDP)		



Pourquoi choisir Co-operators comme partenaire pour vos solutions d'assurance collective?

Flexible. Simple. Abordable.

Une partenaire sur qui vous pouvez compter. L'assurance collective n'a pas de secret pour nous. Nous ferons équipe avec vous pour favoriser la croissance de votre entreprise grâce à un service convivial et personnalisé et à des conseils judicieux. Notre expérience est un gage de confiance! Le personnel de l'assurance collective de Co-operators, d'une ancienneté moyenne de 20 ans, met tout en œuvre pour vous offrir une expérience client toujours exceptionnelle.

L'assurance collective à la portée de tout le monde. Vous êtes au cœur de tout ce que nous faisons. Nous sommes à l'écoute, prêts à nous ajuster et à croître en suivant l'évolution de vos besoins. Que ce soit lors de l'établissement de la soumission, des réunions avec votre personnel ou de la formation pour promoteur de régime sur notre plateforme numérique intuitive, nous avons toujours pour objectif de vous soutenir et de vous faciliter la tâche.

Des taux stables. Grâce à notre approche fondée sur la justesse des taux, vos clientes et clients bénéficient de taux stables, aujourd'hui et à l'avenir. Nos garanties de taux et nos ratios sinistres-primaires cibles concurrentiels leur permettent d'avoir l'esprit tranquille et de tirer le meilleur parti de leur régime d'assurance collective.

Une gestion professionnelle des demandes de règlement. Quelles que soient les demandes, notre objectif est toujours le même : parvenir à une décision saine pour vos clientes et clients. Notre personnel est compatissant, dévoué, et bien outillé pour veiller à leur bien-être lorsqu'ils en ont le plus besoin.

La valorisation du bien-être global. Nous donnons aux clients et clientes les moyens d'améliorer leur qualité de vie. Nos régimes flexibles comportent tous les éléments dont votre clientèle a besoin pour soutenir le bien-être financier, physique, social et mental de ses participants et participantes.

La fierté d'être une coopérative canadienne. Les gens sont notre priorité. Nous prônons le partenariat communautaire, le développement durable et la transparence. Nous prenons nos décisions d'affaires en adoptant une vision à long terme afin de favoriser la durabilité de l'organisation, qui pourra ainsi répondre aux besoins en constante évolution de notre clientèle et de nos collectivités.

Coup d'œil sur l'assurance collective

Résumé des caractéristiques concurrentielles des régimes d'assurance collective de Co-operators

Garanties obligatoires	Caractéristiques concurrentielles
Assurance vie de base	Prestation d'assistance avant le décès
Garantie décès et mutilation accidentels (DMA)	Option maladies redoutées à partir de 11 personnes assurées
Garanties complémentaires	
Assurance vie des personnes à charge	Assurance prénatale à compter de la 20 ^e semaine de grossesse
Invalité de courte durée (ICD)	Conçu pour être admissible au programme de réduction du taux de cotisation d'assurance-emploi
Invalité de longue durée (ILD)	Programme parmi les meilleurs de l'industrie pour l'assistance avec le RPC Portail libre-service pour la gestion des demandes de prestations d'invalidité en ligne Stratégies de détection et de prévention faisant appel à l'IA Accès rapide à des soins psychiatriques pour les demandes liées à la santé mentale, afin d'améliorer les perspectives de retour au travail
Assurance maladie complémentaire	Couverture de soins d'urgence à l'étranger de 90 jours Options flexibles et complètes pour des soins de santé mentale améliorés Soumission facile des demandes de règlement grâce à notre application mobile; carte-médicaments numérique
Soins dentaires	Couverture des soins de base, de parodontie, d'endodontie et d'orthodontie, et des soins dentaires importants
Assurance maladies graves collective	25 maladies donnant droit à la prestation intégrale et 6 maladies donnant droit à une prestation partielle Régimes individuels ou familiaux offerts
Compte de crédits-santé (CCS)	Souplesse offerte aux participant-e-s pour leurs soins de santé et soins dentaires
Compte de dépenses personnelles (CDP)	Souplesse pour les dépenses en santé et en mieux-être
Deuxième avis médical et consultations en santé mentale	Accès à une consultation rapide en santé mentale pour les participant-e-s et leurs personnes à charge Résultats significatifs : Changements dans le plan de traitement en santé mentale dans 95 % des cas
Programme d'aide aux employé-e-s	Accessible 24 heures sur 24, 365 jours par année; application mobile Nombre de séances offertes déterminé au cas par cas (pas de limite par année ou par nombre de séances) Mieux-être et mise en forme virtuels LIFT
Soins de santé virtuels	Accès pratique et confidentiel à des professionnel-le-s de la santé pour obtenir des services de soins de santé primaires à domicile, par l'entremise d'appareils intelligents
Garanties facultatives	
Garanties optionnelles	Assurance vie facultative, garantie DMA facultative, garantie maladies graves facultative À la charge de l'employé-e; peut nécessiter une approbation du dossier médical
Compris dans tous les régimes d'assurance collective de Co-operators	
Accès Bien-être	Évaluation des risques pour la santé permettant d'estimer la santé globale, notamment le bien-être mental, physique, social et financier Modules de soins autoguidés conçus pour aider à gérer les relations personnelles et le bien-être mental et physique
Prix coûtant majoré	Avantage fiscal pour les promoteurs de régimes
Options de transformation de l'assurance maladie et soins dentaires	Choix de produits d'assurance individuelle pour les participant-e-s qui quittent leur emploi ou prennent leur retraite (aucun examen médical requis)

Critères d'admissibilité à l'assurance collective

Pour les entreprises de 3 à 99 employés et employées

Caractéristiques de l'assurance collective	Caractéristiques
Continuité des activités	Doit être en activité depuis au moins un an et en bonne situation financière
Cotisation patronale	Minimum de 25 % de la prime globale du régime
Nombre d'heures minimum de travail	Les employé-e-s doivent travailler au moins 20 heures par semaine
Participation	Minimum de trois employé-e-s permanent-e-s à temps plein
Niveaux de participation	Si l'employeur ne paie pas la totalité des primes salariales, les exigences ci-dessous s'appliquent : De 3 à 10 personnes assurées : 100 % des employé-e-s admissibles doivent participer De 11 à 99 personnes assurées : 75 % des employé-e-s admissibles doivent participer
Emplacement	Entreprise non résidentielle (des conditions s'appliquent aux entreprises à domicile)
Roulement du personnel	De faible à modéré
Familles assurées	Groupes de 5 personnes assurées ou moins – si plus de la moitié du groupe a des liens familiaux, la protection est limitée : aucune garantie d'invalidité de courte ou de longue durée, et maximum de 3 000 \$ pour les médicaments dans le cadre de l'assurance maladie complémentaire
Définition du salaire	Ne comprend pas les primes (bonis). Commissions sur les heures supplémentaires et participations calculées en moyenne sur 24 mois; elles ne devraient représenter qu'un faible pourcentage du salaire total de l'employé-e

Prestations minimales requises pour une soumission

De 3 à 35 personnes assurées :

- Garanties obligatoires : assurance vie et garantie décès et mutilation accidentels
- Au moins deux des garanties complémentaires suivantes : assurance vie des personnes à charge, ICD, ILD, assurance maladie complémentaire, garantie soins dentaires, garantie maladies graves, compte de crédits-santé

De 36 à 99 personnes assurées :

- Garanties obligatoires : assurance vie et garantie décès et mutilation accidentels
- Au moins une des garanties complémentaires suivantes : assurance vie des personnes à charge, ICD, ILD, assurance maladie complémentaire, garantie soins dentaires, garantie maladies graves, compte de crédits-santé, comptes de dépenses personnelles, programme d'aide aux employés et employées, deuxième avis médical, soins de santé virtuels



Garanties obligatoires

Assurance vie

L'assurance vie offre une protection financière de base à la bénéficiaire désignée ou au bénéficiaire désigné si le participant ou la participante décède en cours de garantie. La **prestation d'assistance avant le décès** permet de toucher à l'avance les prestations d'assurance vie de base si le participant ou la participante est en phase terminale, afin de faciliter le paiement de ses soins médicaux ou de santé et de bien-être.

Renseignements sur les garanties	Dispositions relatives aux garanties
Montant minimal	De 3 à 35 personnes assurées : 25 000 \$; de 36 à 99 personnes assurées : 10 000 \$ (en fonction des revenus; montants fixes assujettis à des restrictions relatives au régime et à la taille)
Montant maximum	Jusqu'à 1 000 000 \$ (restrictions relatives au régime et à la taille)
Multiplication des revenus	De 1 à 5 fois le salaire annuel (restrictions relatives au régime et à la taille)
Réductions	La couverture est réduite de 50 % à 65 ans et d'un autre 50 % à 70 ans si la garantie prend fin à 75 ans; elle est réduite d'un autre 50 % à 75 ans, jusqu'à concurrence de 25 000 \$, si la garantie prend fin à 80 ans. Remarque : Si le montant fixe est de 50 000 \$ ou moins, une seule règle de réduction s'applique : la couverture est réduite de 50 % à 65 ans.
Résiliation	65, 70, 75 ou 80 ans (restrictions relatives au régime et à la taille)
Maximum sans preuve d'assurabilité	De 3 à 4 personnes assurées : de 75 000 \$ à 120 000 \$ De 5 à 9 personnes assurées : de 100 000 \$ à 160 000 \$ De 10 à 14 personnes assurées : de 150 000 \$ à 300 000 \$ De 15 à 19 personnes assurées : de 150 000 \$ à 325 000 \$ De 20 à 24 personnes assurées : de 175 000 \$ à 350 000 \$ De 25 à 39 personnes assurées : de 200 000 \$ à 400 000 \$ De 40 à 49 personnes assurées : de 225 000 \$ à 450 000 \$ De 50 à 74 personnes assurées : de 250 000 \$ à 500 000 \$ De 75 à 99 personnes assurées : de 275 000 \$ à 550 000 \$
Exonération des primes	Incluse
Droit de transformation	Inclus – diverses options offertes
Prestation d'assistance avant le décès	Incluse : 50 % de la prestation d'assurance vie de base jusqu'à concurrence de 50 000 \$
Assurance vie facultative	Accessible aux groupes admissibles en complément de l'assurance vie de base et de l'assurance vie des personnes à charge

Garantie décès et mutilation accidentels (DMA)

La garantie DMA offre une couverture supplémentaire si une participante ou un participant décède, perd l'usage d'un membre, est paralysé ou perd l'ouïe, la parole ou la vue à la suite d'un accident.

Cette garantie suit le même tableau que l'assurance vie de base.

Garanties complémentaires	Dispositions relatives aux garanties
Maladies redoutées (facultative)	Offerte aux groupes de 11 à 99 personnes assurées 10 % du montant de la garantie DMA (voir le libellé de la police)
Réadaptation	Jusqu'à 10 000 \$
Transport des membres de la famille	Jusqu'à 3 000 \$
Modification du domicile ou du véhicule	Jusqu'à 10 000 \$
Indemnités pour frais d'études	Jusqu'à 5 000 \$ par an pendant un maximum de 4 ans
Formation professionnelle de la conjointe ou du conjoint	Jusqu'à 10 000 \$
Rapatriement de la dépouille mortelle	Jusqu'à 10 000 \$
Ceinture de sécurité	10 % du tableau des pertes de la garantie DMA
Réimplantation	50 % du tableau des pertes



Garanties complémentaires

Assurance vie des personnes à charge

L'assurance vie des personnes à charge fournit une aide financière à la participante ou au participant en cas de décès d'une personne à charge admissible.

En cas de mortinaissance, **l'assurance prénatale** rembourse les frais funéraires jusqu'à concurrence des prestations offertes pour les enfants à charge dans le cadre de l'assurance vie des personnes à charge.

Renseignements sur les garanties	Dispositions relatives aux garanties
Montant de la prestation pour conjoint-e	Tranches de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 20 000 \$
Montant de la prestation pour enfant	50 % du montant de la prestation pour conjoint-e
Assurance prénatale	Incluse pour 3 à 35 personnes assurées, facultative pour 36 à 99 personnes assurées
Exonération des primes	Incluse

Invalidité de courte durée (ICD)

L'invalidité de courte durée est une prestation hebdomadaire visant à couvrir une perte de salaire temporaire lorsqu'un participant ou une participante devient totalement invalide et incapable de travailler en raison d'une maladie ou d'une blessure médicalement diagnostiquée.

Renseignements sur les garanties	Dispositions relatives aux garanties
Remplacement du salaire	Imposable : jusqu'à 75 % du salaire hebdomadaire; tableaux progressifs offerts Non imposable : jusqu'à 66,7 % du salaire hebdomadaire; tableaux progressifs offerts
Délai de carence	Assurance contre la maladie ou les accidents : Options d'une durée de 1 à 15 jours Hospitalisation : premier jour (facultatif)
Durée	15, 16, 17 ou 26 semaines Options supplémentaires de 52 semaines offertes aux groupes de 36 à 99 personnes assurées
Protection au travail	Assurance 24 heures sur 24
Définition d'invalidité	Propre profession
Récidive d'invalidité	4 semaines
Maximum	De 3 à 10 personnes assurées : jusqu'à 1 500 \$ ou égal au montant maximum de l'assurance-emploi De 11 à 35 personnes assurées : jusqu'à 2 000 \$ ou égal au montant maximum de l'assurance-emploi De 36 à 99 personnes assurées : jusqu'à 2 500 \$ ou égal au montant maximum de l'assurance-emploi

Invalidité de longue durée (ILD)

L'invalidité de longue durée est une prestation mensuelle visant à couvrir une perte de salaire lorsqu'un participant ou une participante devient totalement invalide et incapable de travailler en raison d'une maladie ou d'une blessure médicalement diagnostiquée.

Renseignements sur les garanties	Dispositions relatives aux garanties
Remplacement du salaire	Imposable : jusqu'à 75 % du salaire mensuel; tableaux progressifs offerts Non imposable : jusqu'à 66,7 % du salaire mensuel; tableaux progressifs offerts
Délai de carence	105, 112, 119, 182 ou 365 jours (restrictions relatives au régime et à la taille)
Durée	2 ou 5 ans, à l'âge de 65 ans
Protection au travail	Assurance 24 heures sur 24
Définition d'invalidité	Incapacité à exercer sa propre profession pendant 2 ans et toute profession par la suite, ou incapacité à exercer toute profession
Invalidité partielle	De 11 à 99 personnes assurées (facultatif)
Indexation au coût de la vie	Jusqu'à 3 % pour les groupes de 11 à 99 employé·e·s
Maximum sans preuve d'assurabilité	Jusqu'à 7 500 \$ par mois (restrictions relatives au régime et à la taille)
Maximum global	Jusqu'à 12 000 \$ par mois (restrictions relatives au régime et à la taille)
Maximum de toutes sources	85 % (imposable et non imposable)
Exonération des primes	Incluse
Cotisations au régime de retraite	Offertes pour les groupes de 36 à 99 personnes assurées (qui participent actuellement à un régime de retraite parrainé par l'employeur)
Prestation de survivant	De 11 à 99 personnes assurées (facultatif)



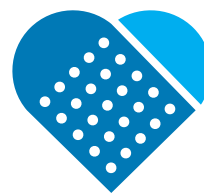
Assistance avec le RPC

Notre personne-conseil pour le RPC aide ceux et celles qui demandent des prestations d'invalidité à remplir les formulaires, à réunir les documents médicaux nécessaires et à présenter leur demande de prestations d'invalidité du RPC, ce qui permet d'augmenter les retenues et de réduire les coûts du régime.



Là pour vous au travail

Cet outil de gestion intégré à notre produit d'assurance ILD offre des solutions concrètes aux problèmes de rendement et d'absentéisme du personnel.



Programme ASSISTE

Notre programme payant ASSISTE offre une approche d'intervention rapide complète et sur mesure, qui comprend des services de prise de décision, de réadaptation, de soutien et de transition pour vous aider à soutenir pleinement votre clientèle.

Assurance maladie complémentaire

L'assurance maladie complémentaire permet d'obtenir un remboursement des frais médicaux et hospitaliers admissibles engagés par les participants et participantes et leurs personnes à charge, et non couverts par leur régime provincial. Nous offrons des options de franchises annuelles, de montants de coassurance et de plafonds de garanties.

Franchises	Dispositions relatives aux garanties
Individuelle	0 \$, 25 \$, 50 \$, 75 \$ ou 100 \$
Familiale	0 \$, 50 \$, 100 \$, 150 \$ ou 200 \$
Franchise de 0 \$ applicable aux hospitalisations, aux voyages et aux soins de la vue	
Assurance médicaments	
Paielement par carte-médicaments	Diverses options de liste de médicaments, notamment les substitutions obligatoires, les équivalents génériques ou, si le-la médecin précise de ne faire aucune substitution, le médicament de marque déposée. Programme obligatoire de tarification des biosimilaires. Autorisation préalable obligatoire. La couverture des médicaments sous ordonnance varie en fonction de la formule choisie (sous réserve de la taille du régime).
Franchise par ordonnance	De 0 \$ à 20 \$, ou égale aux frais d'exécution d'ordonnance
Plafonnement des frais d'exécution d'ordonnance	5 \$, 6 \$, 7 \$, 8 \$, 9 \$, 10 \$ ou montant raisonnable et habituel
Coassurance	De 50 % à 100 %
Maximum	De 500 \$ à illimité
Autre couverture de soins de santé	
Hospitalisation	100 %, chambre à deux lits ou à un lit
Soins paramédicaux	
Coassurance	De 50 % à 100 %; peut être distincte de la coassurance de l'AMC
Maximum	Maximum annuel de 250 \$ à 1 000 \$ par praticien·ne Maximum combiné de 500 \$ à 1 500 \$
Professionnel·e·s couvert·e·s	Acupuncteur·trice, audiologiste, chiropraticien·ne, massothérapeute, naturopathe/homéopathe, nutritionniste/diététiste, ergothérapeute, ostéopathe, physiothérapeute, podologue/podiatre, psychologue/travailleur·euse social·e/psychothérapeute/conseiller·ère clinicien·ne et orthophoniste (aucune recommandation médicale n'est requise)
Protection en santé mentale	Possibilité de choisir séparément le maximum combiné pouvant aller jusqu'à 2 000 \$ (restrictions relatives au régime et à la taille)
AbilitiTCCi	Incluse
Soins de la vue	
Coassurance	100 %
Maximum	De 100 \$ à 500 \$ (restrictions relatives au régime et à la taille)
Périodicité	Adulte 24 mois et enfant 12 mois, ou adulte 24 mois et enfant 24 mois, ou adulte 12 mois et enfant 12 mois
Autres fournitures et équipements médicaux	
Coassurance	De 50 % à 100 %
Maximum	Applicable

Les participants et participantes peuvent se connecter à [Clic Avantages](#) pour consulter en temps réel les soldes de leur assurance maladie et soins dentaires et la date de leur prochain examen de la vue, notamment.



Offrez à votre clientèle la tranquillité d'esprit dont elle a besoin pour bien voyager à l'étranger.

Aide accessible 24 heures sur 24 pendant un voyage par l'entremise de notre partenaire d'assurance voyage Allianz Global Assistance. Les participants et participantes bénéficient partout dans le monde d'un soutien pour coordonner les soins médicaux et y accéder, dont le paiement anticipé nécessaire à l'obtention des soins, ce qui leur permet d'avoir l'esprit tranquille pour mieux se rétablir. Allianz Global Assistance assurera également un suivi des soins et des services reçus.

Les participants et participantes peuvent accéder à la carte de soins d'urgence à l'étranger sur le pouce, en tout temps et en tout lieu, en ligne ou à l'aide de notre application mobile Clic Avantages^{MD}.

Soins d'urgence à l'étranger	Dispositions relatives aux garanties
Maximum	Maximum à vie de 5 000 000 \$
Durée	90 jours
Recommandation pour des soins à l'étranger	15 000 \$ à vie
Assurance voyage Plus incluse	Transport d'urgence à l'hôpital, accompagnateur-trice médical-e habilité-e, billet de retour pour les membres de la famille, transport au chevet de la personne malade, rapatriement du véhicule, débours, prestation de rapatriement (sous réserve de plafonds : voir le texte de la police)
Assistance voyage incluse	

Options de garanties inclusives

Des options de garanties inclusives sont offertes pour répondre aux besoins de votre personnel diversifié. On compte notamment des plafonds plus élevés pour les médicaments contre la stérilité et les médicaments de gestion du poids, ainsi que les traitements pour la fertilité. Des restrictions relatives au régime et à la taille peuvent s'appliquer.

Soins dentaires

La garantie soins dentaires aide à couvrir les frais de soins dentaires engagés par les participants et participantes et leurs personnes à charge pour les traitements dentaires préventifs et diagnostiques de base standard. Elle couvre les obturations, les traitements de canal, les extractions et les chirurgies buccales. Des options supplémentaires sont offertes, en fonction de la taille du groupe, pour des restaurations majeures et des traitements orthodontiques.

Renseignements sur les garanties	Dispositions relatives aux garanties
Coassurance	
Soins de base/préventifs	De 50 % à 100 %
Restaurations majeures	De 50 % à 80 % (offerte aux groupes de 5 personnes assurées ou plus)
Traitements orthodontiques	De 50 % à 60 % (offerte aux groupes de 7 personnes assurées ou plus, la garantie pour les restaurations majeures est un prérequis)
Franchises	De 0 à 200 \$, individuelle ou familiale
Maximums annuels	
Soins de base/préventifs	De 500 \$ à illimité
Restaurations majeures	Jusqu'à 2 500 \$, possibilité de combiner aux soins de base et préventifs
Orthodontie	500 \$, 1 500 \$, 2 000 \$, 2 500 \$ ou 3 000 \$ à vie (restrictions relatives au régime et à la taille)
Fréquence des examens de rappel	
Fluorure et nettoyages	1 par 6, 9 ou 12 mois
Radiographies interproximales	2 ou 4 par 6, 9 ou 12 mois
Guide des tarifs	Guide des tarifs selon le tarif actuel ou selon un tarif fixe, au choix (restrictions relatives au régime et à la taille)
Guide des tarifs pour les professionnel-le-s	
De 3 à 10 personnes assurées	Généraliste
De 11 à 99 personnes assurées	Généraliste ou spécialiste



Les participants et participantes peuvent s'inscrire au dépôt direct et recevoir le paiement des indemnités dans leur compte bancaire, habituellement dans un délai de 1 à 3 jours.

Recommandez un devis pour toute demande de règlement qui excède 400 \$.

Assurance maladies graves collective

L'assurance maladies graves collective comble un manque important en assurance vie et en assurance invalidité. Elle prévoit le versement d'un montant forfaitaire si le participant ou la participante reçoit le diagnostic d'une maladie couverte et survit à la période d'attente de 30 jours (voir le texte de la police).

Renseignements sur les garanties	Dispositions relatives aux garanties
Montant minimal	5 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	Jusqu'à 125 000 \$ (exigences relatives au régime et à la taille)
Maximum global	Jusqu'à 200 000 \$ en tranches de 5 000 \$, ou jusqu'à 3 fois le salaire (exigences relatives au régime et à la taille)
Niveaux de participation	Obligatoire si la garantie est choisie
Transformation	Facultatif : de 11 à 99 personnes assurées (des plafonds s'appliquent)
Type d'événement	Couverture individuelle : De 3 à 35 personnes assurées Couverture individuelle ou multiple : De 36 à 99 personnes assurées
Maladies couvertes	25 maladies donnant droit à la prestation intégrale et 6 maladies donnant droit à une prestation partielle
Maladies graves des personnes à charge	Garantie offerte au à la conjoint·e et aux enfants à charge des participant·e·s par l'entremise de notre régime familial. Elle couvre 25 maladies donnant droit à la prestation intégrale, 6 maladies donnant droit à une prestation partielle et 8 maladies pour les enfants à charge. * Pour avoir droit à la garantie maladies graves des personnes à charge, le·la participant·e doit avoir souscrit l'assurance maladies graves collective.

25 affections donnant droit à la prestation intégrale

- Maladie d'Alzheimer
- Chirurgie de l'aorte
- Anémie aplastique
- Méningite bactérienne
- Tumeur cérébrale bénigne
- Cécité
- Brûlures
- Cancer (mettant la vie en danger)
- Coma
- Pontage aortocoronarien
- Surdité
- Remplacement d'une valvule cardiaque
- Insuffisance rénale (stade terminal)
- Perte d'autonomie
- Perte de membres
- Perte de la parole
- D ficiency d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe
- Greffe d'un organe vital
- Maladie du motoneurone
- Sclérose en plaques
- Infarctus du myocarde (crise cardiaque)
- Infection   VIH contract e au travail
- Paralyisie
- Maladie de Parkinson
- Accident vasculaire cérébral (AVC)

6 affections donnant droit à une prestation partielle

- Angioplastie coronarienne
- Leucémie lymphoïde chronique (LLC)
- Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
- Mélanome malin au stade 1A
- Carcinome in situ du sein
- Cancer de la thyroïde

8 affections couvertes pour les enfants à charge

- Autisme
- Maladies cong nitaless du cœur
- Syndrome de Down
- Paralyisie cérébrale
- Fibrose kystique
- Dystrophie musculaire
- Diabète de type 1
- Syndrome de Rett

 chelle des maximums sans preuve d'assurabilité

- De 3 à 4 personnes assurées : 20 000 \$
- De 5 à 9 personnes assurées : 30 000 \$
- De 10 à 14 personnes assurées : 50 000 \$
- De 15 à 19 personnes assurées : de 50 000 \$ à 60 000 \$
- De 20 à 24 personnes assurées : de 50 000 \$ à 75 000 \$
- De 25 à 49 personnes assurées : de 75 000 \$ à 100 000 \$
- De 50 à 99 personnes assurées : de 100 000 \$ à 200 000 \$



Compte de crédits-santé (CCS)

Un compte de crédits-santé (CCS) permet à votre clientèle d'ajouter de la souplesse à ses régimes d'assurance collective à un coût à la fois prévisible et facile à gérer. Les promoteurs de régimes peuvent contrôler le coût grâce à une allocation annuelle fixe par personne participante. Les participants et participantes peuvent avoir recours aux fonds de leur propre CCS pour toute dépense admissible qui répond au mieux à leurs besoins individuels et familiaux en matière de santé.

Comment cela fonctionne-t-il?

Les promoteurs de régime déterminent le montant qu'ils accorderont aux participants et participantes chaque année. Le montant cible est établi par catégories de participants et participantes. Les participants et participantes peuvent avoir recours à ces fonds pour payer :

- Les frais dépassant les plafonds de leur régime d'assurance maladie et soins dentaires
- La franchise et la portion qui ne sont pas prises en charge par le régime d'assurance
- Les dépenses qui ne sont pas couvertes par leur régime d'assurance, comme l'orthodontie ou la correction de la vue au laser (sous réserve des directives de l'Agence du revenu du Canada)

Les participants et participantes ont jusqu'à l'année suivante pour dépenser le montant déposé dans leur CCS. À la fin de la deuxième année, les fonds inutilisés seront remis au promoteur de régime.

Disponibilité du produit : De 3 à 99 personnes assurées

Somme déposée (montant cible) :

- Dépôt minimum de 500 \$ par participant ou participante
- Remarque : Approbation nécessaire pour tout montant supérieur à 25 000 \$ par personne.

Financement :

- Montant budgétisé : les promoteurs de régime reçoivent une facture chaque mois (d'un montant correspondant à 1/12 du montant annuel) pour couvrir à l'avance les coûts du CCS. Cette option est avantageuse pour les promoteurs qui préfèrent que leurs dépenses mensuelles soient prévisibles.
- Montant non budgétisé : les promoteurs de régime reçoivent une facture au cours du mois suivant le remboursement d'une demande de règlement. Un fonds doit être constitué à l'avance pour payer les frais du premier mois; il doit correspondre à 1,5 fois le montant mensuel des demandes de règlement.

Délai de grâce : 30, 60 ou 90 jours suivant la fin de l'année civile pour soumettre les demandes de règlement.

Offrez à votre clientèle la souplesse qu'elle recherche en ajoutant un CCS ou un CDP!

Compte de dépenses personnelles (CDP)

Le CDP est un complément idéal à tout régime d'assurance collective; il procure aux participants et participantes des soins supplémentaires et une souplesse accrue.

Comment cela fonctionne-t-il?

C'est simple! Les promoteurs de régime allouent un montant préétabli aux dépenses de santé et de mieux-être qui ne sont pas couvertes par les autres garanties du régime. Les participants et participantes gèrent personnellement leurs dépenses en mieux-être, tandis que les promoteurs du régime gèrent la protection offerte et les frais globaux à la charge de l'entreprise.

Les sommes remboursées au titre d'un CDP sont considérées comme un avantage imposable pour les participants et participantes. Un rapport de fin d'année décrivant les demandes de règlement des participants et participantes est accessible par l'entremise de Clic Avantages^{MD} pour aider les promoteurs de régime à produire les relevés fiscaux.

Voici quelques exemples de dépenses admissibles au CDP :

- Équipement et abonnements de mise en forme
- Soins d'animaux domestiques
- Thérapies non conventionnelles
- Garde d'enfants et soins aux aînés

Disponibilité du produit : De 11 à 99 personnes assurées

Crédits annuels : de 100 \$ à 10 000 \$ par participant ou participante

Admissibilité :

- Protection familiale (participant ou participante et personnes à charge admissibles)
- Protection individuelle (participant ou participante uniquement)

Report de crédits : 0 jour ou 12 mois

Financement :

- Groupes avec facturation du siège social - montant budgétisé ou non budgétisé
- Groupes autogérés ou gérés par un tiers administrateur - montant non budgétisé uniquement (dépôt initial = 1,5 fois le montant mensuel cible)

Deuxième avis médical

Le service Deuxième avis médical offre la possibilité, aux participants et participantes et à leurs personnes à charge admissibles qui reçoivent un diagnostic de maladie grave, d'obtenir un deuxième avis provenant de spécialistes de soins médicaux et de santé mentale des meilleurs hôpitaux en Amérique du Nord. Les services de deuxième avis sont fournis en collaboration avec WorldCare.

Pourquoi choisir le service Deuxième avis médical? La plupart des médecins savent reconnaître les symptômes d'une maladie grave; toutefois, les techniques médicales de pointe et les toutes dernières découvertes ne sont pas toujours à leur portée. Le service Deuxième avis médical permet d'avoir accès à des médecins de haut calibre et à la fine pointe de leurs domaines respectifs.

Pourquoi voudrait-on obtenir un deuxième avis pour un problème de santé mentale? Le délai d'attente pour obtenir un traitement psychiatrique spécialisé peut être long. Grâce au service, les participants et participantes peuvent demander un deuxième avis professionnel dès qu'un diagnostic d'une affection couverte est posé par une ou un médecin traitant, une ou un psychologue ou une ou un psychiatre.

En ce qui concerne la santé mentale, le deuxième avis permet d'obtenir un soutien et des résultats supérieurs. À la suite de consultations en santé mentale, 95 % des participants et participantes ont apporté des changements à leur plan de traitement*.

* Selon un examen de toutes les consultations en santé mentale avec WorldCare de 2017 à 2021.

Programme d'aide aux employés et employées Là pour vous

Communiquez. Obtenez de l'aide. Sentez-vous mieux. Ce service important est fourni par Solutions Mieux-être LifeWorks, un chef de file du secteur des programmes d'aide au personnel. Il permet d'obtenir un soutien immédiat et confidentiel.

- Consultations professionnelles à court terme (sans plafond : nombre de séances selon les besoins cliniques appropriés)
- Sept modalités, notamment : consultations en personne, par téléphone, par vidéo, en ligne ou avec l'application mobile de Solutions Mieux-être LifeWorks, soins autoguidés et thérapie de groupe en ligne
- Services et soutien en matière de bien-être financier, avec des avantages exclusifs
- Séances de mise en forme LIFT (plateforme de mieux-être offrant des solutions virtuelles de mise en forme)
- Accessible aisément, 24 heures sur 24, grâce à l'application mobile ou au site Web de Solutions Mieux-être LifeWorks

Des professionnelles et professionnels attentionnés peuvent aider les participants et participantes et leurs personnes à charge à obtenir du soutien pour les aspects suivants de leur vie professionnelle et personnelle :

- Anxiété et dépression
- Difficultés au travail
- Relations
- Nutrition et naturopathie
- Finances
- Soins aux personnes âgées, services juridiques, et bien plus encore

Soins de santé virtuels

Ce service novateur est offert à tous les titulaires de police. À l'aide d'un ordinateur ou d'un appareil mobile, les participants et participantes et leurs personnes à charge peuvent bénéficier d'un accès pratique et confidentiel à des services de soins de santé primaire à domicile offerts par une équipe de professionnelles et professionnels de la santé.



Accès aux soins

Il est possible de joindre le personnel clinique et les spécialistes de Soins virtuels TELUS Santé à partir d'un ordinateur ou d'un appareil intelligent.



Confidentialité assurée

Les renseignements médicaux sont protégés selon un niveau de chiffrement comparable à celui des banques, et les données sont stockées au Canada.



Orientation vers des spécialistes

Possibilité de communiquer avec des spécialistes qui pourront répondre à un vaste éventail de besoins en matière de soins de santé.



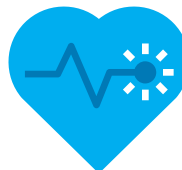
Soins de santé mentale

Un large éventail de domaines est couvert, y compris la psychiatrie, le soutien en cas de traumatisme, la gestion de la toxicomanie et d'autres spécialités relatives à la santé mentale.



Tranquillité d'esprit

Consultation en toute discrétion, gestion des ordonnances et demandes de consultation pour des examens complémentaires.



Gestion de la maladie

Plans de soins adaptés pour les maladies chroniques, axés sur la gestion des symptômes.

Prix coûtant majoré

Les sociétés peuvent profiter d'un prix coûtant majoré, automatiquement compris dans tous les régimes d'assurance collective de Co-operators. Il s'agit d'un excellent moyen de fournir une assurance maladie améliorée à des groupes particuliers d'employées et d'employés en complément à leur protection de soins de santé, de soins dentaires et de soins de la vue, pour compenser les limites et les garanties non couvertes de leur régime d'assurance collective.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le fonctionnement du prix coûtant majoré, communiquez avec la personne chargée de votre compte chez Co-operators. Recommandez à votre client ou cliente de consulter ses fiscalistes pour déterminer si cet arrangement convient à son entreprise.

Options de transformation

Assurance maladie complémentaire et soins dentaires individuelle EnContinu^{MD} et EnContinu^{MD} Doré

La fin d'un emploi ou la retraite ne signifient pas nécessairement la fin de l'assurance collective. Les participants et participantes peuvent aisément transformer leur assurance maladie et soins dentaires collective en assurance maladie et soins dentaires individuelle pour avoir la tranquillité d'esprit de savoir leur famille protégée.

Comparaison des produits	EnContinu ^{MD}	EnContinu ^{MD} Doré
Qui peut en faire la demande?	Un-e assuré-e, qu'il s'agisse d'un-e participant-e du régime ou d'une personne à charge, qui perd sa protection d'assurance collective pour quelque raison que ce soit	Un-e participant-e qui perd sa protection d'assurance collective en raison de son départ à la retraite
Délai pour présenter une demande	Dans les 60 jours suivant la perte de la protection	Dans les 60 jours suivant la retraite
Preuve de bonne santé requise	Non	Non
Âge au moment de la demande	75 ans ou moins	De 50 à 75 ans
La protection antérieure d'assurance maladie et soins dentaires collective doit-elle obligatoirement avoir été offerte par Co-operators?	Oui	Non. Il suffit d'avoir bénéficié d'une protection d'assurance maladie et soins dentaires collective pendant deux ans, quel que soit le fournisseur
Fin de la protection	80 ans	Décès
Début de la protection	Le premier jour du mois suivant la fin de l'assurance maladie et soins dentaires	Le premier jour du mois suivant l'approbation de la demande
Obligation de résidence	Canada	Canada
Assurance maladie provinciale ou territoriale requise	Oui	Oui
Paramètres qui déterminent le taux	Âge et province de résidence	Âge, situation familiale et province de résidence
Protection pour conjoint-e et personnes à charge offerte	Oui	Oui
Paiement des primes	Débts préautorisés mensuels	Débts préautorisés mensuels
Prestation de survivant	12 mois	Reprise par le-la conjoint-e
Administrateur	Johnston Group inc.	Co-operators

Consultez le document pour connaître les précisions sur la protection.



Garanties facultatives

Les promoteurs de régimes peuvent offrir des garanties facultatives à leurs participants et participantes, ou à leurs personnes à charge, en complément de leur régime d'assurance collective. Les participants et participantes sont responsables de payer les primes; l'administrateur de régime les perçoit et les remet ensuite à Co-operators avec son versement mensuel habituel.

Assurance vie facultative :

Offerte à l'employé ou l'employée et à son conjoint ou sa conjointe en tranches de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 500 000 \$

Droit de transformation compris pour l'employé ou l'employée et son conjoint ou sa conjointe

Garantie maladies graves facultative :

Offerte à l'employé ou l'employée, à son conjoint ou sa conjointe et à ses enfants en tranches de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de :

- Employé/Employée : 250 000 \$ (le maximum sans preuve d'assurabilité peut être obtenu en présentant une demande dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité, selon la taille du groupe)
- Conjoint/Conjointe : 25 000 \$ (le maximum sans preuve d'assurabilité peut être obtenu en présentant une demande dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité, selon la taille du groupe)
- Enfants : 25 000 \$

Affections couvertes : 25 affections donnant droit à la prestation intégrale et 6 affections donnant droit à une prestation partielle

Une exclusion relative à une condition préexistante peut s'appliquer

Droit de transformation compris

Garantie DMA facultative :

Offerte en régime individuel (employé ou employée seulement) ou en régime familial en tranches de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 300 000 \$



Outil d'administration en ligne **Clic Avantages^{MD}** pour votre clientèle

Investir dans la technologie pour mieux vous servir

Nos plateformes numériques sécurisées sont accessibles 24 heures sur 24, en français et en anglais; elles comprennent :

- Une expérience en ligne intuitive et conviviale
- Un traitement en temps réel
- La fonction Poser une question

Il est possible de s'inscrire au dépôt direct pour recevoir le paiement des indemnités sur son compte bancaire dans un délai habituel de 1 à 3 jours.

Clic Avantages^{MD} pour les promoteurs de régime

- Rapports en libre-service
- Adhésion, et mise à jour ou suppression des renseignements sur les employées et employés, le tout en ligne
- Accès facile aux factures électroniques mensuelles, qui peuvent être téléchargées
- Accès à des manuels d'administration, des cours en ligne, des renseignements actualisés et des formulaires

Adhésion en ligne à Clic Avantages^{MD}

- Création simple de groupes en ligne pour les groupes nouveaux et existants
- Adhésion à l'aide d'un ordinateur, d'un téléphone intelligent ou d'une tablette
- Avis envoyé automatiquement par courriel pour inviter les participantes et participants à procéder à l'adhésion
- Signature numérique

Clic Avantages^{MD} pour les participants

- Accès à de l'information sur les garanties et les demandes de règlement de l'assurance maladie et soins dentaires et des comptes de dépenses
- Dépôt direct des prestations d'assurance maladie et soins dentaires dans le compte des participantes et participants
- Consultation des plafonds de garantie, y compris la date de rappel des examens de la vue et les soldes en temps réel
- Soumission électronique des demandes de règlement, consultation des demandes antérieures et accès aux ressources de mieux-être

Les participants et participantes peuvent consulter les renseignements sur leurs garanties en toute sécurité grâce à l'**application Clic Avantages^{MD}**. Caractéristiques :

- Accès à la carte-médicaments et à la carte d'urgence médicale en voyage à partir de n'importe où
- Soumission de demandes de règlement avec photo et suivi des demandes antérieures et des demandes en traitement
- Consultation des plafonds de garantie et des soldes en temps réel



Clic Avantages^{MD} permet aux participantes et participants d'accéder à des ressources de mieux-être, comme des évaluations des risques pour la santé afin d'estimer l'état de santé général et des modules de soins autoguidés pour les aider à améliorer leurs relations personnelles et leur bien-être mental et physique.

Soutien aux conseillères et conseillers et processus de soumission

Notre équipe travaille pour vous. Nous respectons et valorisons votre entreprise, et nous nous engageons à maintenir les normes de service les plus élevées qui soient.

Nos personnes chargées des comptes de ventes collectives de votre région

sont vos principales personnes-ressources pour obtenir de l'assistance et des conseils sur les affaires nouvelles, les renouvellements et la résolution des problèmes. Ils et elles personnalisent leur approche selon vos besoins et ceux de vos clients et clientes et sont responsables d'assurer une transition en douceur vers les activités qui suivent l'implémentation.

Notre équipe de soutien en tarification collective recueille les demandes de soumissions et collabore avec vous et vos partenaires pour veiller à ce que toutes les directives et les exigences relatives aux soumissions soient respectées.

Nos associées et associés aux ventes et aux services en assurance collective offrent un soutien interne en continu, à vous et à votre clientèle. Ils et elles collaborent avec vous tout au long du processus d'implémentation des ventes, répondent à vos questions et coordonnent les séances de formation des promoteurs et des administrateurs de régime une fois le groupe implémenté.

Notre équipe interne de services aux groupes offre un service exceptionnel et efficace en répondant aux questions quotidiennes sur les demandes de règlement, les services en ligne, la facturation et les changements pour les groupes dont le régime est en vigueur.

Notre plateforme numérique sécurisée Clic Avantages^{MD} pour les conseillers est accessible 24 heures sur 24 en français et en anglais; elle vous permet d'accéder aux renseignements dont vous avez besoin pour gérer vos affaires.

- Relevés de commissions
- Factures, rapports et listes des groupes
- Livrets d'assurance
- Mises à jour sur les produits et services

Quantité minimale d'information nécessaire pour préparer une soumission concurrentielle

- Le nom de l'entreprise, son emplacement et son type
- Le sexe, l'âge, le salaire, la profession et la situation des personnes à charge (célibataire, famille, couple) de chaque participante ou participant
- Les exigences relatives aux garanties (conception du régime)
- Le nom de la compagnie d'assurance actuelle et les garanties offertes (le cas échéant)
- La durée de l'affiliation avec l'assureur actuel
- L'historique des taux et les réclamations antérieures (le cas échéant)

Renseignements supplémentaires à fournir pour faciliter une évaluation efficace des risques

- Les participants et participantes qui ne sont pas activement au travail en raison d'une invalidité, d'un congé de maternité ou d'autres types de congé
- Toute profession comportant des activités dangereuses

Envoyez vos demandes de soumission à cooperators_group_quotes@cooperators.ca.



Nos principes de tarification et de renouvellement

Nous nous efforçons d'offrir des taux stables et durables à long terme.

Nous établissons la tarification de nos régimes d'assurance collective en fonction des résultats techniques de votre client ou cliente et de nos taux mis en commun. L'incidence des résultats techniques sur les taux dépend de la crédibilité du groupe. La crédibilité est déterminée par le type de produit, la taille du groupe et la durée d'activité de l'assurance. Nous prenons également en compte les prévisions des tendances touchant l'utilisation et les coûts, l'évolution du profil démographique du groupe, ainsi que les coûts liés à l'administration du régime.

Nous comprenons l'importance de gérer efficacement le régime d'assurance collective de votre client ou cliente, et nous nous dévouons à établir des partenariats solides. Nos normes de tarification nous permettent de continuer à offrir des produits de qualité à des prix concurrentiels.

Co-operators est un chef de file en matière de fidélisation de la clientèle : son taux de rétention est bien supérieur à la moyenne du secteur.



Nous sommes là pour vous aider. Contactez-nous dès aujourd'hui!

Collaborez avec nos personnes chargées des comptes de ventes de votre région.

Nous pouvons vous aider, vous conseiller et vous soutenir dans le cadre de vos activités nouvelles et existantes en matière d'assurance collective.

Bureaux régionaux

Atlantique

1-855-548-7874

Atlantic_group_benefits@cooperators.ca

Ontario

1-855-548-7874

Ontario_group_benefits@cooperators.ca

Manitoba et Saskatchewan

1-855-548-7874

Regina_group_benefits@cooperators.ca

Alberta, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut

1-855-548-7874

Alberta_group_benefits@cooperators.ca

Colombie-Britannique et Yukon

1-855-548-7874

BC_group_benefits@cooperators.ca

Notre Centre de service à la clientèle (Collective) peut répondre à toute question d'ordre administratif, notamment :

- Facturation
- Formulaires
- Demandes de règlement
- Services en ligne
- Adhésions (comment faire des changements)
- Paiement par carte-médicaments
- Carte d'assurance voyage

Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h (HE)

1-800-667-8164

service_client_collective@cooperators.ca

cooperators.ca | 1-800-667-8164

