

Général

1) Le client est-il tenu de contracter une assurance collective dans le cadre de son prêt ou de son crédit-bail?

L'assurance collective souscrite par Co-Operators est un produit d'assurance facultative et à participation volontaire qui procure une sécurité lorsque le client éprouve des difficultés financières attribuables à certains événements de la vie.

2) Avez-vous envisagé d'offrir un taux fixe ou une tarification forfaitaire au lieu d'utiliser autant de variables et de tableaux différents?

Oui, les programmes Essentiel et Essentiel Plus proposent un produit groupé, notamment les couvertures Vie (équité négative,) Perte d'emploi et Invalidité, qui offrent deux options de prime s'appuyant sur la durée (0 à 48 mois, 49 à 96 mois).

Pour ce qui est du Programme Quiétude, nous avons simplifié le tableau des primes (un taux se basant sur la durée et sur le montant du prêt). De plus, ce modèle ressemble à la PBM.

3) Qui est admissible à la Protection de prêt?

Un client est admissible à la Protection de prêt lorsqu'il contracte un prêt ou une location, et ce, dès la date d'entrée en vigueur de l'assurance indiquée sur le formulaire d'adhésion à l'assurance, à condition qu'il :

- Soit un résident canadien (vivant au Canada au moins 6 mois par année)
- Ait une obligation légale de rembourser le prêt ou la location au créancier, soit à titre d'emprunteur ou de preneur, de coemprunteur, de copreneur, de cosignataire, de répondant ou d'endosseur;
- Ait une obligation légale de rembourser le prêt ou la location au créancier soit à titre de propriétaire d'une entreprise, de personne-clé ou de toute personne liée à l'entreprise ayant une obligation envers la dette;
- Se situe dans les limites de l'âge d'admissibilité (minimal et maximal) de l'assurance, comme décrit sur le formulaire d'adhésion à l'assurance; et
- N'ait effectué aucune réclamation pour obtenir un règlement anticipé en vertu de toute police d'assurance collective ou de tout certificat d'assurance émis par Co-operators.

4) Quand la couverture entre-t-elle en vigueur?

La police d'assurance collective à prime unique entre en vigueur à la date inscrite sur le formulaire d'adhésion à l'assurance.

5) Quand la couverture prend-elle fin?

Toutes les couvertures d'assurance, auxquelles un client a adhéré, prennent fin à la première des dates suivantes :

- a) L'expiration de la « durée maximale de l'assurance », comme indiqué sur le formulaire d'adhésion à l'assurance;
- b) La date à laquelle le client atteint l'âge de cessation de l'assurance, comme indiqué sur le formulaire d'adhésion à l'assurance (73 ans)
- c) L'expiration de l'assurance, comme indiqué sur le formulaire d'adhésion à l'assurance;
- d) La date à laquelle nous recevons un avis écrit de résiliation de la part du client. Et si l'assurance couvre plus d'une personne, la date à laquelle nous recevons un avis écrit de résiliation de la part de toutes les personnes assurées;
- e) La date à laquelle le prêt ou la location est remboursée intégralement, refinancée, liquidée ou prise en charge par une autre personne;
- f) La date à laquelle le prêt ou la location a expiré ou a été annulée;

- g) La date à laquelle le client est libéré, par effet de la loi, de son obligation légale de rembourser le prêt ou la location assurée (que ce soit lors d'une libération de faillite ou pour une autre raison);
- h) La date à laquelle le prêt ou la location est transférée ou cédée à un créancier autre que le créancier original;
- i) La date à laquelle six paiements mensuels sont en souffrance, qu'ils soient consécutifs ou non, sur le prêt ou la location;
- j) La date à laquelle les couvertures Vie, Maladies graves ou le règlement anticipé a été payé en vertu du Guide de distribution;
- k) La date à laquelle une prestation d'assurance est versée pour une mutilation accidentelle/paraplégie, et le solde impayé est liquidé par ladite prestation;
- l) La date à laquelle l'assurance collective est résiliée conformément à ses modalités;
- m) Le client ou le représentant de la succession ne fait pas parvenir à Co-operators un avis et une preuve de réclamation dans les délais prescrits se trouvant dans les Guides de distribution; et
- n) La date à laquelle le client est décédé.

6) Quel est le montant du prêt?

Le montant entré ici représente le montant total du prêt, provenant de votre système DMS. Ce montant comprend les accessoires, les frais de livraison, les taxes et le coût des autres produits de garantie (excluant toutefois la prime de Protection de prêt).

7) Comment puis-je réduire le montant du prêt?

Pour réduire le montant du prêt, le directeur financier n'a qu'à sélectionner une durée plus courte. De plus, pour les couvertures Vie et Maladies graves, le directeur financier peut changer manuellement le montant de prêt assuré dans le HUB.

8) De quelle façon le fait de réduire le montant du prêt peut-il affecter une réclamation? (Couverture partielle)

Si, au moment de la demande, le montant de la couverture à laquelle le client a souscrit est inférieur au montant du prêt approuvé ou du crédit-bail, un pourcentage de la couverture est calculé, et le montant de la prestation d'assurance est réduit en proportion. La prime d'assurance est calculée en fonction du montant de la couverture demandée pour le prêt ou le crédit-bail et la prestation versée au moment de la prestation est calculée au prorata.

Exemple :

Prêt initial ou montant de la location : 20 000 \$

Montant de la couverture d'assurance (au point de vente) : 10 000 \$ (50 % du prêt)

Solde impayé du prêt au moment du décès : 5 000 \$

Règlement versé au moment de la réclamation : 2 500 \$ (5 000 \$ x 50 %)

9) Que signifient HR et LR?

HR = Barème de commission supérieur. Le concessionnaire reçoit une commission équivalant à 50 % du prix de détail.

LR = Barème de commission inférieur. Le concessionnaire reçoit une commission équivalant à 30 % du prix de détail.

Les concessionnaires peuvent choisir l'un ou l'autre des barèmes. Pour ce qui est du barème inférieur, le concessionnaire accepte de réduire sa commission pour diminuer le prix de détail que le client devra payer.

10) Le prix d'achat du véhicule comprend-il les taxes?

Oui, le prix d'achat du véhicule comprend les taxes. Le coût du produit financier, lui, n'est cependant pas compris.

11) Quels renseignements sont fournis par le système DMS et quels renseignements se trouvent dans le HUB?

Les renseignements sur le prêt (durée du prêt, fréquence de paiement, taux d'intérêt, date du premier paiement, montant du prêt et paiements mensuels) sont fournis par le DMS et sont entrés par le directeur financier dans le HUB. Le HUB fournit la prime.

12) En ce qui a trait à la Protection de prêt, à quel genre de questions devrions-nous répondre? Et où pouvons-nous obtenir la réponse à ces questions?

Vous devez répondre à toutes les questions concernant l'assurance. Si vous ne connaissez pas la réponse à une question, vous devez consulter la feuille de points saillants ou le Guide du concessionnaire-vendeur. Si vous ne trouvez toujours pas la réponse, communiquez avec le spécialiste des produits de LGM : Maxime Girard.

13) Si le fournisseur du DMS ne génère pas de décompte de la prime (p. ex. : primes séparées pour les couvertures Vie et Invalidité), comment le concessionnaire peut-il obtenir ces primes de façon individuelle à partir du montant forfaitaire « Vie et Invalidité » affiché par le fournisseur du DMS?

Pour le Programme Quiétude, le décompte de la prime est affiché dans le HUB, et ce, par prestation (taxes non comprises), ainsi que sur le formulaire d'adhésion (taxes comprises et non comprises). Le Programme Essentiel, qui est un produit groupé, ne possède qu'une seule prime, et celle-ci se base sur la durée.

15) Un client à l'emploi des Forces armées peut-il acheter une Protection de prêt (Quiétude, Essentiel et Essentiel Plus) et peut-il présenter une demande de règlement s'il perd la vie ou devient invalide en raison de la guerre ou d'un acte de guerre?

Un client à l'emploi des Forces armées peut acheter une Protection de prêt avec les couvertures Vie, Invalidité, Maladies graves et Perte d'emploi, et il peut également faire une réclamation. Il y a toutefois une exclusion pour cause de guerre ou d'actes de guerre en vertu de l'assurance en cas de mutilation accidentelle ou de paraplégie.

EXCLUSIONS : Quand votre prestation d'assurance en cas de mutilation accidentelle ou de paraplégie ne sera pas versée

Nous ne verserons pas de prestation d'assurance en cas de mutilation accidentelle ou de paraplégie pour une perte qui découle ou à la suite :

d) d'une guerre ou d'un acte de guerre;

Invalidité

1) Qu'est-ce qu'un état de santé préexistant?

Un état de santé préexistant comprend tout symptôme, toute maladie, lésion corporelle ou condition (peu importe si le client a reçu un diagnostic ou non) pour laquelle une personne prudente aurait consulté ou obtenu des conseils médicaux ou un traitement au cours de la période d'exclusion de l'état de santé préexistant (en mois) et immédiatement avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance, comme indiqué sur le formulaire d'adhésion à l'assurance.

*Il est important de noter :

Co-Operators ne versera aucune prestation d'assurance et n'effectuera aucun remboursement de votre prime unique si votre décès, invalidité totale ou maladie grave est directement ou indirectement, ou de quelque façon que ce soit, lié à un état de santé préexistant.

2) Comment l'état de santé préexistant fonctionne-t-il?

Si le client présentait des symptômes ou s'il a reçu un traitement pour une condition médicale pendant une période de temps précise, avant que la couverture d'assurance entre en vigueur, aucune prestation d'assurance n'est payée si le décès, la maladie grave ou l'invalidité partielle se produit pendant une période de temps précise après que la couverture d'assurance est entrée en vigueur. Ces périodes de temps

précises, ainsi que la période d'exclusion de l'état de santé préexistant, se trouvent sur le formulaire d'adhésion à l'assurance.

Exemple :

La période d'exclusion de l'état de santé préexistant, inscrite sur le formulaire d'adhésion à l'assurance du client, est établie à « 6/6 ». Cinq moins avant l'entrée en vigueur de sa couverture, le client a présenté des symptômes et a reçu un traitement pour une maladie cardiaque. Si le client décédait alors qu'il a reçu un diagnostic de maladie grave, ou s'il avait d'abord été frappé d'une invalidité totale résultant de sa maladie cardiaque, et que sa couverture était en vigueur depuis moins de six mois complets, aucune prestation d'assurance ne lui serait versée.

Toutefois, pourvu qu'à la date d'entrée en vigueur de l'assurance (inscrite sur le formulaire d'adhésion à l'assurance) le client réponde aux exigences d'adhésion, nous lui verserions des prestations d'assurance s'il décédait ou s'il avait initialement reçu un diagnostic de maladie grave ou s'il avait d'abord été frappé d'une invalidité totale résultant de sa maladie cardiaque, tant et aussi longtemps que sa couverture était en vigueur depuis plus de six mois complets.

3) Quelle est la durée maximale des prestations si un client effectue des réclamations d'invalidité?

Programmes Essentiel et Essentiel Plus: pour toutes les réclamations d'invalidité, un client peut recevoir un maximum de six paiements mensuels (par événement) pendant la durée de l'assurance, qui est inscrite dans le formulaire d'adhésion à l'assurance.

Programme Quiétude : pour toutes les réclamations d'invalidité, la durée maximale des prestations est en fait la durée du prêt.

4) Si le délai de carence du client est de 30 jours non rétroactifs, et qu'il est en arrêt de travail pendant un total de 65 jours pour une invalidité autorisée, comment cela fonctionne-t-il au niveau des paiements?

Le client doit effectuer ses paiements de prêt ou de location pendant le délai de carence de 30 jours non rétroactifs et pendant que la réclamation est étudiée. Dès que le délai de carence de 30 jours non rétroactifs est arrivé à échéance, si/une fois la réclamation approuvée, la réclamation est payée directement au créancier. Il incombe ensuite au créancier de rembourser le client pour tout paiement effectué ou d'appliquer le paiement directement au prêt/à la location.

5) Le Guide de produit stipule :

L'assurance sera automatiquement résiliée à « la date à laquelle, en raison d'une poursuite criminelle intentée contre Vous, Vous êtes confiné à un pénitencier, à un établissement de détention gouvernemental, à un hôpital ou à un établissement similaire ».

Le client est-il admissible à des prestations s'il est incarcéré en raison d'un acte criminel comme la conduite en état d'ébriété ou une bagarre dans un bar?

Selon le Guide de produit, en cas d'acte criminel, les exclusions s'appliquent à toutes les couvertures d'assurance. L'exclusion se lit comme suit pour la couverture Invalidité :

EXCLUSIONS :

La prestation d'assurance invalidité ne sera pas payable si votre invalidité totale :
découle du fait que vous avez commis ou tenté de commettre un acte criminel;

Si un client reçoit initialement des prestations d'invalidité ou de perte d'emploi, les prestations cesseront en cas d'acte criminel :

Quand les prestations d'assurance-invalidité prennent-elles fin?

Les prestations d'invalidité seront versées jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- la date à laquelle vous amorcez votre incarcération dans un pénitencier, un établissement de détention d'État, un hôpital ou dans un établissement semblable en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous;

Quand les prestations Perte d'emploi cessent-elles?

Les prestations d'assurance-emploi seront versées jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- votre *perte d'emploi* a commencé pendant que vous étiez incarcéré dans un pénitencier, un établissement de détention d'État, un hôpital ou dans un établissement semblable en raison d'une poursuite criminelle intentée contre vous

6) Invalidité récidivante – Combien de jours un client doit-il travailler entre chaque demande de prestations d'invalidité totale identique ou connexe pour qu'elle ne soit pas considérée comme une continuité?

Selon le Guide de produit – Une invalidité récidivante signifie que si vous redevenez *totale*ment invalide au cours des six mois après vous être rétabli de cette même *invalidité totale* ou d'une *invalidité totale* connexe, nous considérons qu'il s'agit du prolongement de votre *invalidité totale* initiale.

Cela signifie que pour une invalidité identique ou connexe, un client devrait travailler six mois et un jour à partir de la dernière réclamation à ce jour, pour qu'elle ne soit pas considérée comme une invalidité récidivante.

Par exemple,

Le client reçoit un paiement de réclamation final en date du 15 mars 2018 et la période de réclamation s'étend jusqu'au 31 mars 2018.

La période de six mois devrait commencer le 1^{er} avril 2018.

La nouvelle demande pour la même invalidité totale ou une invalidité totale connexe serait prise en considération après le 1^{er} octobre 2018.

7) Si la 2^e demande est considérée comme une continuité, le client sera-t-il tenu de respecter à nouveau la période d'attente prévue au contrat?

Non, si cela se produit, le délai de carence figurant sur la demande d'adhésion ne s'applique pas. Le paiement sera considéré à partir de la date du début.

8) Le client doit-il passer des examens avec des spécialistes de la santé tous les X mois?

Chaque demande est examinée individuellement selon son mérite individuel. Il n'y a pas d'exigences établies pour les rendez-vous chez le médecin.

9) Un client est-il admissible à des prestations d'invalidité s'il est incapable de travailler pendant 2 à 3 mois en raison d'une chirurgie?

Le versement des prestations est pris en considération pour toutes les demandes; toutefois, chaque demande est examinée en fonction de son mérite individuel et les décisions sont prises en fonction des renseignements fournis au moment de la demande. Dans toutes les situations de réclamation, il est difficile de dire si nous envisagerions ou non de verser des prestations sans avoir tous les faits du dossier.

10) Que se passe-t-il si un client est atteint d'une maladie chronique depuis des années, pour laquelle il prend régulièrement des médicaments, et qu'elle est « contrôlée »? Arait-il le droit de demander des prestations d'invalidité ou de maladie grave s'il a un problème lié à cette maladie, par exemple, et s'il n'en a pas eu depuis des années et n'a pas consulté un médecin depuis des années? La réclamation est-elle refusée seulement si elle tombe sous le coup des clauses 6-6 ou 12-24 sur les états de santé antérieurs?

Chaque réclamation est examinée au cas par cas en fonction de son mérite individuel. Il n'est pas recommandé de répondre à des questions hypothétiques, car sans tous les détails et les faits d'une réclamation, donner une réponse exacte n'est pas plausible.

Cela dit, le Guide du produit et le certificat d'assurance nous aideront à définir ce qui est considéré comme un état de santé antérieur :

- Un **état de santé préexistant** désigne toute affection, maladie, blessure corporelle ou tout état de santé ou symptôme (qu'un *diagnostic* ait été posé ou non) pour lequel vous-même ou toute personne prudente auriez cherché à recevoir ou reçu des *conseils ou des soins médicaux* au cours de la *période d'exclusion*

pour état de santé préexistant, indiquée dans votre demande d'adhésion, précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

• **Conseils ou soins médicaux** signifient une consultation auprès de tout *médecin dûment autorisé* ou de tout *professionnel de la santé dûment autorisé*. Cela comprend notamment les soins médicaux ou paramédicaux, les examens exploratoires, la prise de pilules ou de tout médicament sur ordonnance, ou les injections reçues pour toute affection, maladie ou blessure corporelle pour laquelle vous avez présenté une demande de prestations.

Aux fins de ce scénario, nous utilisons la période d'exclusion 6/6 relative à l'invalidité totale :

Si la période de six mois a expiré au moment où le client devient totalement invalide, nous n'examinerons pas l'exclusion de la condition préexistante. Toutefois, si la couverture est en vigueur depuis moins de 6 mois au moment où le client devient totalement invalide, le groupe CUMIS examinera la période de condition de santé préexistante. Le groupe CUMIS, à la suite des renseignements médicaux obtenus, déterminera si le client a reçu des conseils ou des traitements médicaux pour l'affection incapacitante au cours de la période de six mois précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance. Tel qu'indiqué ci-dessus, les conseils ou traitements médicaux comprennent la prise de pilules ou de tout médicament sur ordonnance, pour toute condition liée à l'affection incapacitante.

Perte d'emploi

1) Quelles exclusions importantes, restrictions ou limites doivent être divulguées de façon claire aux clients avant de leur vendre la couverture Perte d'emploi?

Les clients doivent savoir qu'un individu est admissible à la couverture Perte d'emploi seulement s'il a travaillé 20 heures par semaine pendant 12 mois consécutifs (sans interruption).

De plus, les clients ne peuvent pas se procurer d'assurance pour perte d'emploi s'ils sont travailleurs autonomes, s'ils occupent un emploi saisonnier ou s'ils sont des représentants élus du gouvernement.

Nous vous recommandons de prendre les mesures suivantes lorsque vous discutez de la couverture Perte d'emploi du Programme Quiétude avec un client :

- a) Demandez de manière proactive au client quelle est sa situation d'emploi actuelle.
- b) Posez au demandeur la question d'admissibilité à la couverture : « Avez-vous travaillé 20 heures par semaine pendant 12 mois consécutifs? ».
- c) Si le demandeur répond « non », il ne peut pas acheter la couverture Perte d'emploi.
- d) Le demandeur doit répondre « oui » pour pouvoir acheter la couverture Perte d'emploi. Le directeur financier doit cocher la case dans le HUB qui confirme que le client est admissible à cette couverture et qu'il peut se la procurer au point de vente.

2) Les deux programmes ont-ils les mêmes exigences d'admissibilité en ce qui a trait à la couverture Perte d'emploi?

Non, il y a une légère différence entre les deux programmes.

Pour Quiétude, le client doit répondre à l'exigence « a travaillé 20 heures par semaine pendant 12 mois consécutifs » au moment de l'adhésion à l'assurance ainsi qu'au moment de la soumission d'une réclamation.

Pour Essentiel et Essentiel Plus, le client doit répondre à l'exigence mentionnée ci-dessus, mais seulement au moment de la soumission d'une réclamation.

3) Pourquoi la couverture Perte d'emploi ne se vend-elle pas seule dans la province de Québec?

L'organisme de réglementation au Québec, l'AMF, ne permet pas que la couverture Perte d'emploi se vende seule.

4) Le délai de carence de 60 jours non rétroactifs ne s'applique pas si la perte d'emploi involontaire se reproduit au cours des six mois suivant la réclamation précédente, pour une perte d'emploi involontaire, pour laquelle des prestations ont été versées. À partir de quel moment commençons-nous à calculer les six mois?

La période récurrente de six mois démarre à partir de la dernière prestation versée jusqu'à la nouvelle date de perte d'emploi.

5) Les employés syndiqués sont embauchés pour effectuer un travail en particulier, et une fois que le travail est terminé, ils sont embauchés pour un autre emploi, et ainsi de suite. Si deux semaines se sont écoulées depuis la fin de l'emploi en raison d'un bref délai d'attente entre le dernier emploi syndiqué et le prochain, et ce, au cours des 12 derniers mois, le client est-il admissible à la couverture Perte d'emploi?

Non, il n'est pas admissible à la couverture. Pour être admissible aux prestations de la couverture Perte d'emploi, le client doit avoir exercé son métier principal sans interruption pendant un minimum de 20 heures par semaine pendant 12 mois consécutifs, et ce, à partir de la date d'entrée en vigueur de sa perte d'emploi volontaire.

6) Le client doit avoir exercé son emploi pendant les 60 jours suivant la date d'adhésion à la police. Il y a aussi le délai de carence de 60 jours (pour les réclamations). Si le client perd son emploi le 61^e jour, il ne pourrait pas recevoir de prestations avant quatre mois suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance, c'est cela?

Oui. La police stipule qu'aucune prestation de l'assurance Perte d'emploi ne sera versée si la perte d'emploi involontaire a débuté dans les 60 jours suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance qui est indiquée sur le formulaire d'adhésion à l'assurance.

Si la perte involontaire commence dans les 60 jours suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance, le client peut :

- résilier la couverture Perte d'emploi et recevoir un remboursement complet de la prime versée pour cette protection. Sa demande de résiliation doit être faite dans les 30 jours suivant la perte de son emploi; ou
- il peut maintenir la couverture Perte d'emploi en vigueur pour l'avenir. Cela signifie qu'il aura le droit de présenter une demande de prestations Perte d'emploi lorsqu'il aura à nouveau exercé un emploi d'au moins 20 heures par semaine, pendant 12 mois consécutifs.

Toutefois, si la perte involontaire d'emploi d'un client survient le 61^e jour suivant la date d'entrée en vigueur de l'assurance, si toutes les autres conditions d'admissibilité sont remplies, les prestations commenceraient après le délai de carence de 60 jours.

7) Un vendeur a comme objectif dix ventes par mois, mais pendant deux mois de suite, il n'atteint pas son objectif. Son employeur le congédie. Cette personne est-elle admissible à la couverture Perte d'emploi?

Nous devrions consulter l'employeur pour obtenir davantage de renseignements sur les motifs du congédiement.

De plus, pour être admissible à l'indemnité de perte d'emploi et pour continuer à recevoir ces indemnités, le client doit :

- avoir été *effectivement au travail*;
- au moment de la perte involontaire de votre *emploi*, vous inscrire immédiatement auprès du ministère ou de l'organisme fédéral (et provincial, s'il y a lieu) pertinent, afin de demander des *prestations d'assurance-emploi* et d'en recevoir, le cas échéant;
- nous fournir une preuve, que nous devons juger acceptable, de votre inscription à l'assurance-emploi et du fait que vous touchez des *prestations d'assurance-emploi*;
- être activement à la recherche d'un *emploi*; et
- demeurer sans *emploi*.

8) Le client doit-il exercer le même emploi pendant 12 mois consécutifs pour être admissible à la couverture? Ou peut-il changer d'employeur en cours d'année?

Le client peut changer d'employeur au courant de l'année, tant et aussi longtemps qu'il n'y a pas d'interruption de travail, c'est-à-dire qu'il a travaillé à raison de 20 heures par semaine pendant 12 mois consécutifs.

9) Un client a perdu son emploi, involontairement, en novembre 2017 et a reçu de son employeur une indemnité de départ représentant un montant X du revenu d'emploi. Est-il toujours admissible aux prestations de perte d'emploi?

Nous verserons des prestations d'assurance-emploi si un client subit une perte involontaire d'emploi et demeure sans emploi pendant tout le délai de carence qui figure sur sa demande d'adhésion.

Le délai de carence est semblable à une période d'attente comportant un certain nombre de jours consécutifs calculés à compter de la plus tardive des dates suivantes :

A : la date de votre perte d'emploi involontaire; et

B : le cas échéant, la fin de la période à laquelle des indemnités de départ s'appliquent.

Par exemple,

Perte d'emploi : 1^{er} novembre 2017

Indemnité de départ : Dernière indemnité de départ reçue le 1^{er} février 2018 et en vigueur jusqu'au 1^{er} mars 2018

Délai de carence : 60 jours

Les prestations en cas de perte d'emploi seront prises en compte à partir du 1^{er} mai 2018.

10) Les travailleurs saisonniers ne sont pas admissibles à la protection en cas de perte d'emploi. Et si le client a deux emplois saisonniers (un en hiver, un en été), il travaille théoriquement en continu toute l'année pendant plus de 20 heures par semaine. Est-il admissible à la protection en cas de perte d'emploi?

Quel que soit le nombre d'emplois ou le nombre d'heures travaillées, si un client est un travailleur saisonnier, il n'est pas admissible.

Vie

1) L'assurance-vie peut-elle être au nom d'une entreprise et d'un individu?

L'assurance-vie doit être au nom d'un individu seulement.

2) Qu'est-ce qu'un règlement prestation du vivant?

Lorsqu'un client adhère à une assurance-vie, il est admissible au règlement de la prestation du vivant. Si ce client reçoit un diagnostic de maladie incurable (espérance de vie de 12 mois ou moins), qui a été établi par un médecin détenant un permis d'exercice, et si Co-operators juge un tel diagnostic approprié, le client peut présenter une demande de règlement du vivant de l'assuré (nous considérerons immédiatement une demande de règlement d'assurance vie).

3) Est-il possible de vendre au même client une couverture Vie de trois ans et une couverture Invalidité de six ans?

Oui. Dans le Programme Quiétude, toutes les couvertures sont indépendantes. Les Programmes Essentiel et Essentiel Plus sont groupés. Conséquemment, la durée de la couverture d'assurance ne peut pas varier d'un programme à l'autre.

4) La couverture Vie expire dès que le client célèbre ses 73 ans. Est-il possible de prolonger la couverture au-delà de 73 ans?

Non.

5) Un client a subi un infarctus plusieurs années avant de contracter son prêt automobile. Son médecin lui a conseillé de prendre des comprimés d'acide acétylsalicylique pour enfants pendant le reste de sa vie. Le client a suivi les conseils de son médecin et a pris les comprimés en question depuis son infarctus. Toutefois, il est décédé dix mois après avoir adhéré à la couverture Vie. La réclamation sera-t-elle rejetée puisque le client a consulté un médecin qui lui a conseillé de prendre des comprimés d'acide acétylsalicylique pour enfants pendant la période d'état préexistant?

Dans la situation décrite ci-dessus, si la période d'exclusion de l'état de santé préexistant est établie à « 6/6 », et le décès survient six mois après la date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance, l'exclusion de l'état de santé préexistant ne s'applique pas.

6) Combien de temps s'écoule (en moyenne) entre le moment où la réclamation est soumise et le moment où elle est payée?

Actuellement, le délai de traitement d'une réclamation d'assurance-vie est de 62 jours. Ce délai comprend la date à laquelle Co-operators reçoit l'avis de réclamation (habituellement par téléphone) et la date à laquelle les renseignements concernant la réclamation sont reçus et examinés par Co-operators. Une fois qu'une décision favorable a été prise, le traitement du paiement prend deux jours. Remarque : les renseignements concernant une réclamation sont passés en revue dans un délai de cinq jours ouvrables, conformément aux normes de service de Co-operators.

7) Une option qui peut réduire considérablement le taux de location est de faire jusqu'à neuf dépôts de garantie remboursables supplémentaires. Les paiements mensuels sont moins élevés et le client récupérera tous les dépôts de garantie à la fin du crédit-bail*.

AVANTAGES

- Taux d'intérêt moins élevés.
- Paiements mensuels moins élevés.
- Dépôt de garantie entièrement remboursable à l'échéance.
- Excellente alternative à une mise de fonds.

*Le montant remboursable peut être réduit du montant des frais impayés sur votre compte.

Le dépôt sera-t-il exclu du calcul de l'équité négative?

Les dépôts de garantie ne sont pas considérés comme une mise de fonds et n'ont donc aucune incidence sur le solde impayé d'un crédit-bail. Un dépôt de garantie n'a pas d'incidence sur le paiement mensuel du crédit-bail en soi, mais si le prêteur est disposé à abaisser le taux d'intérêt comme il est indiqué ci-dessous ou à modifier tout autre paramètre de crédit-bail, le paiement mensuel serait alors touché.

Les dépôts de garantie sont exclus du solde du prêt et du calcul de l'équité négative.

Maladies graves – pour le Programme Quiétude

1) Les travailleurs autonomes sont-ils admissibles à cette couverture?

Oui, la couverture Maladies graves est offerte aux travailleurs autonomes.

2) En cas de diagnostic ou de signes apparents de cancer, et ce, avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance, une réclamation pour la couverture Maladies graves serait-elle rejetée si le client avait fait vérifier par son médecin une bosse (qui s'est avérée bénigne) cinq ans avant de contracter son prêt automobile? Aucun traitement ni conseil pour cette bosse n'a été requis par la suite.

Exclusion pour état de santé préexistant relatif à un cancer

Nous ne versons pas de prestation d'assurance maladies graves si vous avez reçu un *diagnostic de cancer* avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*.

Si, avant la *date d'entrée en vigueur de l'assurance*,

- vous avez reçu un *diagnostic de cancer*; ou

- vous n'avez pas encore reçu un *diagnostic de cancer*, mais que :
 - a) vous présentiez des signes ou des symptômes apparents de *cancer*; ou
 - b) vous avez tenté d'obtenir ou obtenu des *conseils ou soins médicaux* (ou tenté d'obtenir ou obtenu des *conseils ou soins médicaux* qu'une personne prudente aurait tenté d'obtenir ou obtenus) liés aux signes ou aux symptômes apparents de *cancer*,

Nous ne versons pas de prestation d'assurance maladies graves pour ce qui suit :

- un *cancer admissible* pour lequel vous recevez un *diagnostic*;
- la récurrence de ce *cancer admissible*; ou
- tout diagnostic futur lié à toute autre forme de *cancer admissible*.

Pour les besoins de la présente exclusion pour état de santé préexistant relatif à un *cancer*:

- **Cancer** s'entend de toute forme de *cancer* (et non pas seulement un type de *cancer* admissible au titre de l'assurance maladies graves décrite dans le présent guide de produit).
- **Cancer admissible** s'entend d'une forme de *cancer* admissible au titre de l'assurance maladies graves décrite dans le présent guide de produit, sous réserve de la présente exclusion pour un état de santé préexistant relatif à un *cancer*.
- **Cancer non admissible** s'entend d'une forme de *cancer* qui n'est pas admissible au titre de l'assurance maladies graves décrite dans le présent guide de produit.

3) Si un client fait examiner un grain de beauté cinq ans avant de contracter son prêt automobile et qu'il s'avère bénin ou non cancéreux (aucun traitement ou conseil médical requis par la suite pour ce grain de beauté), une prestation pour maladie grave serait-elle considérée?

Si les résultats des tests confirment que le grain de beauté est bénin, alors l'exclusion préexistante du cancer ne s'appliquera pas à ce scénario spécifique.

4) Y a-t-il un délai, à partir de la date d'entrée en vigueur de l'assurance, au cours duquel une réclamation pour un cancer ne serait pas payée?

Oui, si le cancer est diagnostiqué dans les 90 jours suivant la « date d'entrée en vigueur de l'assurance » qui est indiquée sur le formulaire d'adhésion à l'assurance, les prestations pour une maladie grave ne seraient pas versées. En pareil cas, la couverture Maladie graves serait résiliée, et le client recevrait un remboursement intégral de toute prime payée pour ladite couverture.