



Assurances

Directives de tarification pour assurance invalidité individuelle et assurance en cas de maladie grave (novembre 2024)

DIRECTIVES DE TARIFICATION

TABLE DES MATIÈRES

A. INTRODUCTION AUX DIRECTIVES DE TARIFICATION

B. RENSEIGNEMENTS SUR LES PRODUITS

C. RÉDACTION DE LA PROPOSITION ET DIRECTIVES CONCERNANT
LA DÉLIVRANCE DE LA POLICE

D. EXIGENCES MÉDICALES

E. TARIFICATION ET EXIGENCES FINANCIÈRES

F. AUTRES DIRECTIVES DE TARIFICATION

G. CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES TOUCHANT LA TARIFICATION

H. TARIFICATION DE GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

I. DIRECTIVES DE TARIFICATION DES PRODUITS D'ENTREPRISE

J. DIRECTIVES DE TARIFICATION PARTICULIÈRES À LA POLICE
RÉTABLISSEMENT D'UNE MALADIE GRAVE

ADMINISTRATION DE LA POLICE

ASSURANCE INVALIDITÉ GUIDE DE TARIFICATION POUR DES CONSEILLERS

INTRODUCTION AUX DIRECTIVES DE TARIFICATION

Ce manuel sert de référence pour les directives, les limites et les exigences clés de tarification. Il renferme une mine de renseignements portant sur la plupart des aspects de la tarification, y compris les nouvelles propositions, [les modifications et les remises en vigueur de police](#).

Comme chacun des proposants est unique, il en est de même pour chacune des propositions d'assurance invalidité et d'assurance en cas de maladie grave. Nous prévoyons que ce manuel fournira des directives fort utiles pour la plupart des situations. Toutefois, tous les aspects du cas sont considérés au cours de l'évaluation de chacune des propositions et ensuite une décision appropriée est prise par le tarificateur.

Le processus de la tarification des propositions d'assurance invalidité et d'assurance en cas de maladie grave est dynamique. S'il advient que vous faisiez face à une situation dont il n'y a aucune mention dans ces directives, nous vous encourageons d'en discuter avec votre représentant des ventes ou notre Service de la tarification avant de déposer une proposition.

RENSEIGNEMENTS SUR LES PRODUITS

[Portefeuille des produits d'assurance individuelle à prestations du vivant](#)

[Série Avant-garde](#)

[Série Fondations](#)

Série Fondamentale – [Guide du conseiller en assurance](#)

– [Guide des taux](#)

[Série Professions](#)

[Quantum](#)

[Maladie Grave](#)

[Protection – Retraite](#)

[Protection Prêt commercial](#)

[Frais généraux d'entreprise](#)

[Rachat en cas d'invalidité](#)

[Protection Personne clé](#)

RÉDACTION DE LA PROPOSITION ET DIRECTIVES CONCERNANT LA DÉLIVRANCE DE LA POLICE

Les pages suivantes vous fournissent des renseignements importants touchant la façon de remplir une proposition et de réaliser le traitement approprié des affaires dans les plus brefs délais possibles. Il s'agit ici d'établir un terrain d'entente pour ce qui est des règles à suivre dans le traitement des propositions. Veuillez lire attentivement la présente section. Les renseignements vous seront fort utiles.

La bonne façon de remplir une proposition constitue l'un des facteurs les plus importants du traitement et de l'établissement ultime des polices. Le tarificateur doit prendre des décisions reposant sur les renseignements inscrits sur la proposition. La qualité et la précision de ces renseignements influent directement sur le besoin d'obtenir ou non des exigences additionnelles de tarification et contribuent énormément aux frais engagés et aux retards du temps de service. La proposition est le document de référence le plus important et, dans bien des cas, fournit tous les renseignements nécessaires. Il faut donc s'assurer que les renseignements fournis sont complets, précis et de première main.

INDEX

ACOMPTE AVEC LA PROPOSITION

ÂGE À L'ÉTABLISSEMENT DE LA POLICE

ÂGES MINIMAL ET MAXIMAL À LA SOUSCRIPTION

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

AUTORISATION

CONFIDENTIALITÉ (VOIR PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE)

DATATION ET DÉCLARATION SIGNÉE CONFIRMANT AUCUN CHANGEMENT DANS L'ÉTAT DE SANTÉ

DÉLIVRANCE DE LA POLICE

DEUXIÈME PROPOSITION D'ASSURANCE

DOCUMENT LÉGAL

FICHE D'INFORMATION À L'INTENTION DU CONSOMMATEUR-PREAVIS

FORMULAIRES DE REMPLACEMENT ET DE DIVULGATION

LIMITES POUR LES RISQUES « SURÂGÉS »

LISIBILITÉ

MONTANT MINIMAL DE LA POLICE

NOMS

NOTE DE COUVERTURE

POLICE REFUSÉE

PROFESSION ET TÂCHES

PROPOSITION

PROPOSITION ET RÉPONSES AUX QUESTIONS

PROPOSITION PRÉLIMINAIRE

PROPOSITIONS D'ÉSG ET PROPOSITIONS ENTIÈREMENT SOUSCRITES CONCORDANTES

PROPOSITIONS D'OAARF ET D'ÉSG CONCORDANTES

RAPPORT DU REPRÉSENTANT

REMPLACEMENT

SIGNATURES

PROPOSITION (11/2013)

La proposition identifie la personne à assurer, précise le genre d'assurance et de garanties demandées et fournit certains renseignements tels des précisions sur d'autres assurances en vigueur et récemment demandées, ainsi que des renseignements financiers de base et les antécédents médicaux de la personne à assurer. La proposition renferme également des précisions nécessaires à la tarification dans le cas de contrats spécialisés ou de situations exceptionnelles. La proposition a été conçue de façon à contenir le plus petit nombre possible de questions nécessaires à une sélection normale. Toutes les questions dans la proposition doivent être posées au proposant et toutes réponses doivent être fidèlement et complètement enregistrées. Les déclarations faites au conseiller en assurance et non consignées dans la proposition n'imposent aucune obligation à la Compagnie.

Une proposition d'assurance est valide pendant 12 mois.

PROPOSITIONS ET RÉPONSES AUX QUESTIONS (29 juillet 2024)

- Il est préférable que la proposition soit remplie au moment même de l'entretien du conseiller en assurance avec le proposant.
- Le conseiller en assurance doit poser toutes les questions avec soin et les réponses doivent être inscrites entièrement.
- Un **examen paramédical** peut être complété **au lieu de la partie 2** de la proposition **si** la proposition d'assurance invalidité faite **partie d'un Régime D'Indemnités Pour Perte de Salaire (RIPS)**, quel que soit le montant de prestation demandé.
- La proposition peut être remplie au cours d'une conversation téléphonique entre le conseiller en assurance et le proposant. Le conseiller doit dûment remplir la proposition en enregistrant les réponses du proposant aux questions contenues dans la proposition. Ensuite, le conseiller envoie la proposition à la personne à assurer/le titulaire proposé pour examen, signature et date. La proposition est par la suite retournée au conseiller en assurance qui signe et remplit le Rapport du Représentant. Si une proposition est remplie par courrier, le conseiller doit être autorisé dans la province ou le territoire où se trouve le proposant la date à laquelle celle-ci a été dûment remplie.
- Les propositions doivent être remplies et signées au Canada. L'assuré et le titulaire doivent chacun être résidents canadiens. L'assuré et le titulaire doivent chacun signer la proposition dans la province où le conseiller est autorisé.
- Toutes les questions doivent avoir été répondues avant la signature de la proposition. Tout changement, ajout ou rature à la partie de la proposition du proposant doit être apporté en sa présence **et doit porter les initiales du proposant, faisant ainsi preuve de son consentement.**
- Personne ne peut ajouter, raturer, altérer ou modifier tout renseignement contenu sur ces pages une fois que la proposition a été signée.
- Des propositions non remplies ne peuvent pas être signées, en aucun cas.
- La souscription ne peut pas commencer tant qu'une Convention et une Autorisation signées n'ont pas été reçues.

Une attention consciencieuse portée à ces points accélérera l'établissement de la police et aidera à éviter des problèmes au moment d'une demande de règlement. Aucune proposition ne peut être obtenue dans une province ou un pays dans lequel le conseiller en assurance n'est pas autorisé à réaliser des affaires à la date de rédaction de la proposition.

AUTORISATION

Il est essentiel que la partie Autorisation de la proposition soit signée et datée, aussi bien dans le cas de propositions préliminaires que dans celui de propositions ordinaires. Nous ne sommes pas en mesure de traiter une proposition quelconque dont l'Autorisation n'a pas été signée, comporte quelque restriction ou a été modifiée.

PROPOSITIONS D'ÉSG ET D'OAARF CONCORDANTES OU PROPOSITIONS D'ÉSG ET ENTIÈREMENT SOUSCRITES CONCORDANTES

PROPOSITIONS D'ÉSG ET D'OAARF CONCORDANTES :

À l'occasion, nous recevons une nouvelle proposition d'ÉSG, soit en concordance avec une proposition d'OAARF, soit peu de temps après avoir reçu une telle proposition concernant la même personne. Habituellement, la proposition d'ÉSG peut comprendre un rabais de groupe plus important que celui de la police initiale comportant une OAARF. Souvent, le conseiller en assurance qui soumet la nouvelle proposition n'est pas celui demandant l'Option d'assurance additionnelle Revenu futur (OAARF). La demande d'une nouvelle assurance, soit d'ÉSG, est habituellement accompagnée d'une demande d'un conseiller/d'un client de résilier la récente OAARF, car le client n'est pas admissible à la fois à l'assurance OAARF et à la nouvelle police d'ÉSG.

Un remplacement interne est nécessaire si le client dépose une proposition d'assurance additionnelle au cours des six mois après avoir réduit le montant de l'assurance en vigueur, puis s'il demande d'inverser toute OAARF ayant été exercée dans les six mois précédant immédiatement la demande d'assurance additionnelle.

Les directives suivantes vous permettront de maîtriser ces situations :

- Si l'OAARF a été approuvée et établie (la plupart d'entre elles sont établies une fois souscrites), nous ne la résilierons ni l'inverserons pas. Si la proposition d'ÉSG comprend un rabais de groupe important, nous ne sommes pas en mesure de remplacer la police existante. Si la personne assurée a droit à une assurance en plus de l'OAARF, une nouvelle police d'ÉSG de ce montant peut être établie avec un plus grand rabais. Autrement, la proposition d'ÉSG sera refusée. Nous pouvons changer le conseiller réalisateur, à la demande de la personne assurée.
- Si l'OAARF est toujours à l'étude lorsque nous recevons la nouvelle proposition d'ÉSG, nous nous baserons sur la directive « [deuxième proposition d'assurance](#) ». En règle générale, ceci voudrait dire que la proposition d'OAARF prévaudra, car elle a été reçue en premier. Toutefois, si nous recevons une lettre de directive du client indiquant qu'il ne désire plus souscrire à l'OAARF et qu'il veut opter pour l'assurance d'ÉSG, changer de conseiller en assurance, etc., nous respecterons sa demande.

PROPOSITIONS ENTIÈREMENT SOUSCRITES DÉPOSÉES EN VUE DE REMPLACER UNE PROPOSITION D'ÉSG :

Nous recevons souvent des propositions d'assurance entièrement souscrites, soit en concordance avec une proposition d'ÉSG, soit peu de temps après celle-ci, concernant la même personne. Souvent, cette nouvelle proposition est déposée en vue de remplacer l'ÉSG avec une police entièrement souscrite comportant un montant d'assurance additionnelle/des garanties complémentaires qui ne sont pas disponibles en vertu de l'offre d'ÉSG.

Les directives suivantes vous permettront de maîtriser ces situations :

- La police d'ÉSG sera établie premièrement, ensuite régularisée.
- La proposition d'assurance dûment remplie non établie de manière standard sera ensuite souscrite et établie en tant que remplacement interne de la police d'ÉSG.
- Le processus de la tarification peut être entamé sur la proposition entièrement souscrite avant l'entrée en vigueur de la police d'ÉSG, mais la police d'ÉSG doit être régularisée avant que la police entièrement souscrite puisse être établie.

NOTE DE COUVERTURE (30 novembre 2022)

PRODUITS D'ASSURANCE INDIVIDUELLE EN CAS D'INVALIDITÉ

Si un acompte minimal est versé au moment de la proposition, le proposant est protégé par la Note de couverture, s'il est un risque assurable. En d'autres termes, si le proposant n'est pas assurable, pour une raison quelconque (revenu, profession, antécédents médicaux), à la date de la proposition, il n'est pas assuré en vertu de la Note de couverture.

L'acompte minimal correspond au montant de la prime mensuelle, lorsque la prime est payable mensuellement, et à 10 % de la prime annuelle, dans le cas des autres modes de paiement.

Nous acceptons les chèques datés de 10 jours civils avant ou après la date de la proposition. Tous les autres chèques doivent être retournés au client. Le chèque **doit être soumis avec la proposition** car nous n'accepterons pas d'argent pendant la tarification. Les questions relatives à la Note de couverture doivent être complétées.

L'assurance en vertu de la Note de couverture entre en vigueur à la dernière des éventualités suivantes :

- La date à laquelle nous avons reçu l'acompte minimal, ou
- La date à laquelle la proposition et tous les examens médicaux et tous les tests supplémentaires que nous avons exigés conformément à nos directives et pratiques de tarification sont terminés, ou
- La date d'effet précisée dans la proposition par la personne à assurer, si cette date est postérieure.

L'assurance prévue par la Note de couverture est assujettie aux conditions suivantes :

- Nous devons recevoir l'acompte minimal requis; et
- La personne à assurer a rempli la proposition et a subi tous les examens médicaux et les tests supplémentaires que nous avons exigés conformément à nos directives et pratiques de tarification; et
- La personne à assurer est admissible à l'assurance, conformément à nos directives et pratiques de tarification, en vertu de toute police offerte par nous; et
- Le Rapport du Conseiller a été signée par un conseiller en assurance autorisé.

Aucune assurance n'est prévue par la Note de couverture :

- Si le proposant répond « oui » à la question 1 ou 2 de la Note de couverture ou n'y inscrit rien; ou
- S'il est question d'une non-déclaration de faits importants dans la proposition; ou
- Si le décès est en raison d'un suicide; ou
- Si le proposant n'est pas assurable selon nos directives et pratiques de tarification, en vertu de toute police offerte par nous.

Proposition sans exigence médicale d'office :

Si un proposant est assurable comme risque normal ou taré, ce proposant est protégé par la Note de couverture (sous réserve de ses modalités et restrictions) à compter de la date de la proposition, si aucune exigence médicale d'office n'est requise d'après l'âge du proposant ou le montant d'assurance souscrit.

Proposition comportant des exigences médicales d'office :

Si nous devons exiger, d'après le montant d'assurance souscrit, une analyse de sang, d'urine, un examen paramédical, une entrevue téléphonique, ou des signes vitaux selon nos exigences médicales d'office publiées, l'assurance prévue par la Note de couverture ne prend effet que le jour où cette exigence est remplie. Si plusieurs analyses ou examens sont exigés (p. ex. analyse d'urine et examen paramédical) et que ces exigences sont remplies à des dates différentes, la Note de couverture prend effet le jour où la dernière exigence est remplie par le proposant. On comprendra ici que la Note de couverture ne prend pas effet que si le risque est assurable, comme il est mentionné ci-dessus. Tant que les exigences médicales ne sont pas remplies, nous ne pouvons déterminer si le proposant représente un risque assurable.

Résiliation de la Note de couverture :

Si l'assurance conditionnelle entre en vigueur, celle-ci prendra fin à la première des éventualités suivantes :

- La date à laquelle une police quelconque, établie par suite de la proposition, est délivrée au proposant et prend effet; ou
- 90 jours suivant la date d'effet; ou
- La date à laquelle nous vous avisons par écrit ne pas être en mesure d'approuver l'établissement de la police.

Les modalités de la Note de couverture NE SONT aucunement modifiées par les exigences qui relèvent du pouvoir discrétionnaire du tarificateur, comme l'Entretien sur les antécédents personnels, le Rapport sur le dossier de conducteur ou la Déclaration du médecin traitant.

Veillez vous reporter à la section de la proposition intitulée Quittance et Note de couverture pour connaître le libellé exact des modalités de la Note de couverture.

RÉGIMES RÉTABLISSEMENT D'UNE MALADIE GRAVE

Le libellé et les modalités de cette Note de couverture prévoient un montant limité d'assurance provisoire pendant la durée du processus de tarification.

La Note de couverture pour une assurance en cas de maladie grave ne protège pas l'assurabilité du proposant, tel qu'il est le cas pour l'assurance invalidité.

L'assurance prévue par cette Note de couverture n'est pas conditionnelle aux exigences médicales d'office, tel qu'il est le cas pour l'assurance invalidité.

Un proposant doit répondre aux critères d'admissibilité stipulés dans la Demande de Note de couverture relative aux propositions d'assurance maladie grave et l'assurance provisoire est assujettie aux modalités de la Quittance et Note de couverture.

Lorsqu'une proposition est déposée en tant que remplacement interne, contrairement à l'assurance invalidité, aucune assurance conditionnelle n'est en vigueur à moins que le proposant réponde aux critères d'admissibilité établis dans la Demande de Note de couverture relative aux propositions d'assurance maladie grave et que le dépôt de prime ait été versé. L'assurance provisoire est assujettie aux modalités de la Quittance et Note de couverture.

Veillez vous reporter à la Demande de Note de couverture relative aux propositions d'assurance maladie grave et à la Quittance et Note de couverture relative aux propositions d'assurance maladie grave, pour connaître le libellé exact.

Nous acceptons les chèques datés de 10 jours civils avant ou après la date de la proposition. Tous les autres chèques doivent être retournés au client. Le chèque **doit être soumis avec la proposition car nous n'accepterons pas d'argent pendant la tarification**. Les questions sur la demande de Note de couverture relatives aux propositions d'assurance maladies graves doivent être complétées du même jour que la proposition.

Le personne à assurer n'est pas admissible à faire une demande de note de couverture relative aux propositions d'assurance maladies graves, si :

- L'une des questions est répondu « oui » sur la demande de note de couverture relative aux propositions d'assurance maladies graves, ou n'y inscrit rien ; ou
- Le personne à assurer a plus de 64 ans; et/ou
- A une assurance maladies graves en vigueur auprès de la Compagnie d'assurance vie RBC ou qu'une assurance maladies graves est en vigueur ou à l'étude auprès d'une autre compagnie d'assurance et que le montant total cumulative de ses assurances s'élève à 250 000 \$ ou plus.

DATATION ET DÉCLARATION SIGNÉE CONFIRMANT AUCUN CHANGEMENT DANS L'ÉTAT DE SANTÉ (29 septembre 2022)

- La date indiquée sur la proposition doit être celle à laquelle cette dernière a été remplie. Cette date ne peut en aucun cas être changée. Toutes les polices établies portent la date courante, sauf lorsqu'une autre date est demandée expressément (soit la datation « pour la sauvegarde de l'âge », ou la datation de remplacement).
- La date courante est celle qui correspond à cinq jours ouvrables suivant la date à laquelle nous avons établi la police, sauf dans le cas des polices de la série Avant-garde ou Rachat en cas d'invalidité, dont la date d'établissement est la même que la date à laquelle nous établissons la police. Les contrats de la série Avant-garde et Rachat en cas d'invalidité ne peuvent pas comporter une date à l'avenir.
- Nous ne datons pas les polices du 29, 30 ou 31 du mois. Pour éviter ces dates, l'assurance sera datée du premier du mois suivant.
- Aucun acompte sera accepté après qu'une proposition aura été soumise pour étude au service de la tarification.
- Toutes les polices approuvées plus de 90 jours après la date de la proposition (ou date du paramédical ou de l'entrevue téléphonique, s'il y a lieu) comprendront une déclaration à signer pour confirmer qu'il n'y a aucun changement dans l'état de santé du proposant ni aucun changement dans les réponses aux questions contenues dans la proposition (et/ou le paramédical ou l'entrevue téléphonique, s'il y a lieu).
- Si l'acompte minimal, ou plus, est versé avec la remise de la proposition, la date courante figurera également sur la police. Cependant, si le proposant devient invalide au cours du processus de la tarification et est assuré en vertu de la Note de couverture, cette police sera datée conformément aux modalités de la Note de couverture.
- L'obtention d'un acompte au moment de la proposition afin de protéger au maximum le proposant au titre de la Note de couverture est d'une grande valeur.
- Les remplacements internes seront datées de la date à laquelle les primes de la police à remplacer sont payées. À l'exception de l'assurance en cas de maladie grave, les propositions soumises pour remplacements internes sont considérées comme des propositions prépayées, toute prime non courue étant considérée comme un acompte afférent à la nouvelle proposition. Les remplacements internes d'une police en déchéance porteront la date courante, comme il est précisé ci-dessus.
- Les demandes de date précise doivent être faites au moment de la proposition ou, au moins, avant l'approbation de la police. Afin de sauvegarder l'âge, nous antidaterons les polices d'au plus trente jours avant la date de la proposition. Nous émettons toute police avec date courante, à moins qu'une demande expresse de sauvegarder l'âge nous ait été présentée.
- Une proposition visant à remplacer une assurance en vigueur auprès d'un autre assureur portera la date de remplacement de l'autre assurance pour éviter le paiement de deux primes ou la déchéance de l'assurance. La demande de datation de remplacement doit être faite au moment de la proposition et la date exacte du remplacement doit y être précisée. Cette date ne peut tomber plus de 90 jours après celle de la proposition.
- Toutes les propositions seront classées comme étant incomplètes 90 jours après la date de la proposition et tout acompte sur la prime sera remboursé au titulaire proposé. Lorsqu'une proposition classée comme incomplète est par la suite rouverte, la prime est exigible à la délivrance de la police, puisque l'acompte initial a déjà été remboursé. Lorsqu'une proposition classée incomplète est rouverte et approuvée, la police portera la date courante, sauf demande contraire dans le but de sauvegarder l'âge ou d'utiliser la datation de remplacement. Toutes les polices approuvées plus de 90 jours après la date de la proposition (ou date du paramédical ou de l'entrevue téléphonique, s'il y a lieu) comprendront une déclaration à signer pour confirmer qu'il n'y a aucun changement dans l'état de santé du proposant ni aucun changement dans les réponses aux questions contenues dans la proposition (et/ou le paramédical ou l'entrevue téléphonique, s'il y a lieu).

ÂGE À L'ÉTABLISSEMENT DE LA POLICE

Sauf pour les polices de la série Avant-garde et Rachat en cas d'invalidité, où l'âge est calculé en fonction du dernier anniversaire de naissance, l'âge est calculé selon le plus proche anniversaire plutôt que le dernier anniversaire.

Par exemple, si la date d'anniversaire du proposant est le 24 décembre 1960 et il souscrit à une assurance le 29 juillet 2004, l'âge à l'établissement de l'assurance est 44 (même s'il n'aura pas 44 ans avant son prochain anniversaire). Il pourrait s'avérer utile de se rappeler que si le proposant fait sa demande d'assurance six mois et un jour après son dernier anniversaire, l'âge au plus proche anniversaire est celui qui doit être retenu aux fins du calcul des taux.

Il est possible d'antidater une assurance jusqu'à 30 jours avant la date réelle de la proposition aux fins de retenir l'âge inférieur. Dans ce cas, la demande de « sauvegarde de l'âge » doit être indiquée sur la proposition.

DOCUMENT LÉGAL

La proposition fait partie intégrante du contrat d'assurance, ce contrat étant un document légal. Les droits juridiques à la fois de la personne à assurer et de la Compagnie sont régis par la proposition s'il advenait que des problèmes d'ordre juridique surgiraient par la suite.

LISIBILITÉ (29 septembre 2017)

Les propositions manuscrites doivent être remplies à l'encre, de préférence à l'encre noire ou bleue. Une écriture lisible accélère le processus de la tarification en évitant les demandes d'éclaircissement. On ne doit pas appliquer de liquide correcteur sur les réponses ni récrire par-dessus. Une réponse trop longue pour l'espace prévu peut se poursuivre sur une feuille distincte, clairement identifiée, annexée à la proposition. Cette information supplémentaire doit être signée et datée par la personne à assurer.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Les antécédents médicaux du proposant représentent un des éléments les plus importants au cours du processus de la tarification. Il est essentiel que les réponses inscrites soient complètes et claires. Les antécédents médicaux devraient non seulement identifier le problème d'ordre médical, mais aussi fournir les symptômes, le diagnostic, le traitement, la date de survenance, la durée des symptômes, la durée d'absence au travail, puis le nom et l'adresse de tous les médecins.

FICHE D'INFORMATION À L'INTENTION DU CONSOMMATEUR–PREAVIS (1 juin 2021)

La Fiche D'Information à L'Intention du Consommateur – Préavis doit être remis au proposant lorsque la proposition est signée. La Fiche D'Information à L'Intention du Consommateur – Préavis fournit à la personne à assurer un avis écrit concernant le processus du Bureau de renseignements médicaux (BRM) et de notre Entretien sur les antécédents personnels (EAP).

LIMITES D'ÂGES MINIMAL ET MAXIMAL À LA SOUSCRIPTION

Veillez vous reporter aux détails des régimes précis dans la section [Renseignements sur les produits](#). La disponibilité des taux indique l'âge minimal et l'âge maximal auquel chacun de nos produits en cas d'invalidité est offert.

MONTANT MINIMAL DE LA POLICE

POLICES INDIVIDUELLES EN CAS D'INVALIDITÉ

Le montant minimal d'une police individuelle en cas d'invalidité est de 450 \$ d'indemnisation mensuelle totale. Ce montant peut représenter seulement une indemnisation de base de 450 \$ ou bien une indemnisation minimale de base de 150 \$, en plus d'une indemnisation mensuelle complémentaire (avec période d'indemnisation de plus de six mois). Une fois que les exigences relatives au montant minimal de la police ont été satisfaites, l'indemnisation peut être majorée en tranches de 25 \$.

NOMS

- Le nom de la personne à assurer doit être inscrit lisiblement et correctement en caractères d'imprimerie et être celui qui est légalement connu.
- Les bons titres doivent être donnés.
- Le contrat et tout document s'y rattachant porteront le nom tel qu'il figure sur la proposition.
- Une fois établie, la police figurera le nom, généralement dans l'ordre habituel : prénom, initiale du second nom et nom de famille.
- Assurez-vous d'indiquer tous les anciens noms.
- Sur la page fournie dans la proposition pour tout autre renseignement pertinent, veuillez fournir les détails concernant tout changement de nom depuis la dernière proposition.

PROFESSION ET TÂCHES

L'admissibilité du proposant à certains genres d'assurance et de garanties, ainsi que la prime en résultant, reposent directement sur la catégorie professionnelle. Les tâches professionnelles décrivent de façon plus exacte le travail et la position du proposant qu'un simple titre professionnel; c'est la raison pour laquelle elles doivent être décrites soigneusement. Dans la plupart des cas, une description claire, complète et précise fournira au tarificateur suffisamment de renseignements pour lui permettre de déterminer la catégorie professionnelle exacte, sans qu'il n'ait à demander d'autres précisions.

LIMITES POUR LES RISQUES « SURÂGÉS »

Nous reconnaissons qu'il faut, à l'occasion, établir un projet d'assurance pour un proposant dont l'âge est supérieur à l'âge maximal à la souscription prévu par nos taux publiés. Pour tenir compte de ces cas, nous avons fourni à votre bureau régional des taux concurrentiels pouvant être proposés dans des situations comportant des affaires de qualité.

Les taux dont disposent nos bureaux régionaux sont assujettis aux conditions suivantes :

- Il doit y avoir en voie de souscription d'autres affaires à l'appui, qui ne sont pas exceptionnelles (par exemple d'autres associés, un membre de la famille, d'autres membres de groupe privilégié);
- L'affaire à souscrire doit provenir d'un conseiller en assurance établi; et
- Il ne peut y avoir aucune préoccupation quant à l'état de santé du proposant, de sa situation financière ou de la stabilité de son emploi.

Un sommaire écrit couvrant ces points et toute autre raison de considérer une assurance pour un proposant surâgé doit accompagner la proposition.

Aucune garantie complémentaire n'est offerte aux risques « surâgés ». L'indemnisation mensuelle complémentaire (IMC) est offerte, car elle n'est pas considérée une garantie complémentaire.

Les taux proposés pour un risque « surâgé » ne constituent pas un engagement de notre part d'établir l'assurance. La décision finale repose sur les résultats de l'étude complète du dossier.

LES SEULS RÉGIMES DISPONIBLES POUR RISQUE « SURÂGÉ » SONT LES SUIVANTS :

Régime	Âge à la souscription	Période d'indemnisation	Délai de carence (jours)	Catégorie professionnelle	Limites de souscription et de participation
Frais généraux d'entreprise (906)	61 – 63	15 mois	30, 60, 90	4A 3A	20 000 \$ 15 000 \$
série Professions (964)	61 – 63	2 ans	30, 60, 90, 120	4A 3A 2A	8 000 \$ 6 000 \$ 3 000 \$
Quantum (918)	61 – 63	2 ans	30, 60, 90, 120	4A 3A 2A	8 000 \$ 6 000 \$ 3 000 \$
série Fondations (966)	61 – 63	2 ans	30, 60, 90, 120	4A 3A 2A A B	8,000 \$ 6,000 \$ 3,000 \$ 2,500 \$ 1,500 \$
série Avant-garde	61 – 63	2 ans	30, 60, 90, 120	4A 3A 2A A B	8 000 \$ 6 000 \$ 3 000 \$ 2 500 \$ 1 500 \$

DÉLIVRANCE DE LA POLICE

Lorsque la police est délivrée, tout solde de prime exigible et toute autre exigence précise de délivrance telle qu'une déclaration signée, etc., doit être perçu et transmis à la Compagnie afin de mettre la police en vigueur.

Si la personne à assurer n'est pas en mesure d'apporter sa signature sur la déclaration telle qu'elle a été établie ou si une modification a été apportée à la déclaration signée, la police et la déclaration signée modifiée doivent être retournées à la Compagnie avec tous les détails. Le Service de la tarification vous avisera si ces nouveaux renseignements ont un effet quelconque sur l'assurance initialement établie.

Dans le cas des propositions dont la prime est payable sur délivrance de la police, la police doit être délivrée à la date même de la police ou après. Cette règle s'applique aussi aux polices de remplacement qui ont été postdatées.

VÉRIFICATION QU'AUCUN CHANGEMENT N'A ÉTÉ APPORTÉ À L'ASSURABILITÉ DE LA PERSONNE À ASSURER DEPUIS LA DATE DE LA PROPOSITION :

Une police ne peut être délivrée que si, après la date de la proposition, aucun changement n'est survenu quant à la santé du proposant et aucun changement n'a été apporté aux réponses aux questions dans la proposition. Si un changement quelconque s'est produit, le proposant ne peut pas garder la police et ne peut payer aucune prime. La police doit être retournée à la Compagnie immédiatement avec tous les détails pertinents aux nouveaux renseignements, y compris le nom complet et l'adresse de tout praticien de la santé consulté ou de tout établissement médical où la personne à assurer a été traitée. Le Service de la tarification vous avisera si ces nouveaux renseignements ont un effet quelconque sur l'assurance initialement établie.

En signant la proposition, le conseiller en assurance accepte, avant la délivrance de la police, de confirmer avec le titulaire/la personne assurée « qu'il n'y a eu aucun changement quant à l'assurabilité de la personne à assurer depuis que cette proposition a été remplie ». Cette exigence remplace celle énonçant que le conseiller doit physiquement rencontrer la personne assurée/le titulaire au moment de la délivrance de la police pour d'attester qu'il n'y a effectivement eu aucun changement quant à l'assurabilité lorsque la police est délivrée. Le conseiller déclare qu'il délivrera seulement la police après **avoir demandé** à la personne assurée/le titulaire si, depuis la date à laquelle la proposition a été remplie :

- La personne à assurer a subi un **changement dans son état de santé**; ou
- Un **changement a dû être apporté aux réponses données aux questions** dans la proposition.

Cette vérification est requise que la police soit délivrée personnellement ou par la poste. Le client et le conseiller en assurance ont intérêt à aborder cette question avant la délivrance, plutôt que de le faire plus tard au moment d'une demande de règlement, le cas échéant.

DÉLIVRANCE DE LA POLICE PAR LA POSTE :

Si la police est **établie telle qu'elle a été demandée sans exigences de délivrance, comme une déclaration signée sur délivrance**, le conseiller peut la délivrer par la poste.

Si la police est **établie avec des modifications ou autres exigences de délivrance, comme une déclaration signée sur délivrance**, le conseiller a le choix :

- De rencontrer la personne assurée/le titulaire de sorte à satisfaire aux exigences de délivrance et délivrer la police à ce moment-là; ou
- D'envoyer les exigences de délivrance **premièrement** à la personne assurée/au titulaire pour qu'elles soient satisfaites/retournées, puis **ensuite** délivrer la police par la poste seulement **après** que le conseiller a reçu les exigences de délivrance satisfaites.

Peu importe la méthode de la délivrance, le conseiller doit vérifier qu'aucun changement n'a été apporté à l'assurabilité de la personne à assurer avant la délivrance de la police.

POLICE REFUSÉE

La police doit être délivrée le plus tôt possible. Si, dans les **soixante jours** de sa mise à la poste par nous, la police n'a pas été délivrée et nous n'avons pas reçu toutes les exigences de délivrance, cette police sera automatiquement inscrite comme « Refusée ». Lorsqu'une police est inscrite comme étant « refusée », une proposition courante pourrait être requise avant que nous puissions considérer l'établissement d'une nouvelle police, dépendant de la date de la proposition originale.

ACOMPTE AVEC LA PROPOSITION

L'une des façons les plus sûres d'éviter que des polices soient « refusées » est d'obtenir le paiement de la première prime en même temps que la proposition. L'obtention d'un acompte avec la proposition fait aussi que, pendant l'étude de la proposition, une assurance est accordée aux termes de la Quittance et Note de couverture. Veuillez vous reporter à la [section de la Note de couverture](#) des Directives.

L'acompte minimal correspond au montant de la prime mensuelle dans le cas de prélèvement bancaire automatique (PBA) ou à 10 % de la prime annuelle dans le cas des autres modes de paiement.

Les acomptes doivent être faits par chèque personnel ou mandat-poste. Il est recommandé de présenter le formulaire d'autorisation de prélèvement en même temps que la proposition et un acompte équivalent au montant de la prime mensuelle. Si l'acompte versé est suffisant et qu'il n'y a pas d'autres exigences à remplir pour régulariser la police, la police sera considérée comme régularisée dès son établissement, aux fins du paiement des commissions.

À l'exception de l'assurance en cas de maladie grave, s'il s'agit d'une proposition pour remplacement interne de police, toute prime non acquise liera la Compagnie d'après les modalités de la Note de couverture. Dès qu'il s'agit d'une proposition pour remplacement interne de police ou qu'un acompte accompagne la proposition, une Quittance et Note de couverture doit être utilisée, signée par le conseiller en assurances et remise au proposant.

Tous les chèques de paiement de prime doivent être libellés au nom de la **Compagnie d'assurance vie RBC**. Les chèques ne peuvent donc pas être faits à l'ordre du conseiller et le nom du bénéficiaire du chèque ne peut pas être laissé en blanc.

Le conseiller en assurances ne peut pas faire des avances de ses propres fonds pour régler l'acompte au nom du proposant pour l'assurance.

Si la proposition est rejetée ou classée incomplète, la prime sera remboursée immédiatement et directement au titulaire proposé, accompagnée d'une lettre d'explication. Une copie de cette lettre sera aussi envoyée au conseiller.

PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

La protection de la vie privée est importante et nous nous engageons à protéger les renseignements personnels que nous recueillons, utilisons et divulguons. Sauf dans les cas où la loi le permet ou l'exige, nous adhérons aux principes suivants :

- Nous nous portons garants de nos pratiques relatives aux renseignements personnels.
- Nous identifierons les raisons pour lesquelles les renseignements personnels sont recueillis pendant ou avant la collecte des renseignements.
- Nous obtiendrons le consentement approprié avant la collecte, l'usage ou la divulgation des renseignements personnels.
- Nous limiterons la collecte de renseignements personnels à ceux qui s'avèrent nécessaires à l'objectif identifié.
- Nous n'utiliserons ou divulguerons pas les renseignements personnels à des fins autres que celles pour lesquelles ces renseignements ont été recueillis à moins d'avoir obtenu le consentement approprié.
- Nous conserverons les renseignements personnels aussi longtemps que nous le jugeons nécessaire afin de satisfaire aux besoins précis pour lesquels ils ont été recueillis.
- Nous garderons les renseignements personnels aussi précis, complets et à jour qu'il est nécessaire et approprié.
- Nous protégerons les renseignements personnels à l'aide de mesures de sécurité qui conviennent au caractère sensible des renseignements personnels ou à notre milieu d'affaires.
- Nous serons ouverts quant à nos pratiques relatives aux renseignements personnels.
- Dès réception d'une demande écrite appropriée, nous informerons la personne de l'existence, de l'usage et de la divulgation de ses renseignements personnels et nous lui donnerons un accès approprié à ses renseignements personnels. Si l'accès aux renseignements personnels est refusé, nous lui fournirons une explication écrite du refus.
- Nous mènerons une enquête de toutes les plaintes ayant trait à nos pratiques relatives aux renseignements personnels.

REMPACEMENT

Les questions de la proposition portant sur le remplacement doivent dans tous les cas comporter des réponses. Le conseiller en assurance doit inscrire la date d'abandon de l'assurance en vigueur. Répondre « à l'établissement » est inacceptable, car le tarificateur devra demander la date précise, ce qui, dans bien des cas, retardera l'établissement de la police.

La surassurance est depuis un bon nombre d'années un sujet de préoccupation pour la Compagnie. Si, dans les cas de remplacement, le proposant n'abandonne pas l'assurance en cours, cela aboutit souvent à de la surassurance. Pour minimiser ce problème du remplacement, il faut s'en tenir aux lignes directrices suivantes:

- La date d'abandon de l'autre assurance doit être inscrite à la section intitulée « Assurance en vigueur ou à l'étude » de la proposition.
- La police de remplacement portera la date de résiliation de l'autre assurance. Cette date ne peut tomber plus de quatre-vingt-dix jours après la date de la proposition.

FORMULAIRES DE REMPLACEMENT ET DE DIVULGATION RELATIFS À L'ASSURANCE INDIVIDUELLE EN CAS D'INVALIDITÉ OU EN CAS DE MALADIE GRAVE (31 mai 2024)

Les conseillers ont la responsabilité de connaître les exigences des provinces / territoires dans lesquels ils sont agréés. En ce qui concerne assurance **Prestations des vivants (AI/MG)**, RBC Vie n'exige des formulaires de remplacement que pour les demandes signées dans la province de Québec. Les instructions ci-dessous doivent être suivies pour de telles demandes.

Province du Québec

L'utilisation du Préavis de remplacement d'un contrat d'assurance de personnes (aussi appelé Préavis de remplacement) plutôt que l'ancien préavis de remplacement pour les polices remplacées au Québec est entrée en vigueur le 22 octobre 2014. Au Québec, le Préavis de remplacement doit être rempli pour tous les remplacements de police individuelle d'assurance vie, d'invalidité et de maladies graves.

Le formulaire est disponible via [Autorité des marchés financiers](#).

Remarque : Les formulaires de remplacement ne sont pas requis lors du remplacement de Sogemec, ou dans le cas d'autre polices d'association médicale, lorsqu'il s'agit de véritables polices d'assurance collective. Une police d'assurance collective peut être identifiée par la présence de caractéristiques clés, notamment : un certificat-cadre de police délivré au membre et l'impôt de groupe applicable à une police collective dans les provinces concernées.

L'Autorité des marchés financiers (AMF) exige que le conseiller en assurance envoie au titulaire proposé, à l'assureur actuel et au nouvel assureur une copie du préavis de remplacement, signé par lui, dans les 5 jours suivant la date à laquelle la proposition d'assurance a été signée. Le titulaire proposé doit signer le Préavis de remplacement et parapher chaque page au plus tard à la date d'établissement de la nouvelle police. Il incombe au titulaire proposé de vérifier que les renseignements indiqués dans le Préavis de remplacement qu'il a signé sont les mêmes que ceux figurant dans la copie qu'on lui a remise dans les 5 jours suivant la signature de la proposition d'assurance. Le conseiller en assurance doit conserver une copie du Préavis de remplacement signé par le titulaire proposé.

Lignes directrices des réseaux exclusifs (Québec)

Le service Conformité à la réglementation de RBC Assurances exige que tous les conseillers en assurance des réseaux exclusifs (ventes directes, Réseau externe de vente, conseillers Platine) soumettent le Préavis de remplacement, signé par le conseiller en assurance et le titulaire proposé, et paraphé sur chaque page par le titulaire proposé, à RBC Assurances avant l'établissement de la nouvelle police. Le Préavis de remplacement fait par conséquent partie des exigences de tarification.

Lorsque vous passez en revue le Préavis de remplacement au moment de la tarification, veuillez prendre note de ce qui suit :

- Si le contrat d'assurance proposé remplace plus d'un contrat, un préavis de remplacement doit être rempli pour chaque police à remplacer.
- Le numéro de la proposition d'assurance ou de l'exposé (dans le coin inférieur droit de l'exposé) doit être indiqué dans le haut de chaque page.
- Le document doit être dûment signé et comprendre les réponses à toutes les questions. Le conseiller en assurance est responsable de l'exactitude des réponses ; par conséquent, vous n'avez pas besoin de les vérifier. Vous devez toutefois vous assurer que le motif du remplacement est raisonnable et logique.
- Le conseiller en assurance doit signer le Préavis de remplacement.
- Le titulaire proposé doit signer le Préavis de remplacement et parapher chaque page. La police demandée ne peut pas être approuvée tant que nous n'avons pas reçu le Préavis de remplacement, dûment rempli, signé et paraphé. (Exception : Si le titulaire proposé refuse de signer le Préavis de remplacement avant l'établissement de la police, alors une copie du Préavis de remplacement, dûment signé et paraphé [sur chaque page] par le client, sera exigée à la délivrance de la police, car l'AMF permet au titulaire proposé de signer le document au plus tard le jour de la délivrance de la police.)

- Contrairement à d'autres provinces, une feuille d'explication n'est pas requise.
- Si le Préavis de remplacement n'est pas joint à la proposition d'assurance, il appartient au service Affaires nouvelles et tarification de demander le document.
- Si le Préavis de remplacement n'est pas complet, il appartient au service Affaires nouvelles et tarification de demander qu'un nouveau Préavis de remplacement soit rempli et signé.
- Le Préavis de remplacement n'est pas un contrat et ne résilie pas l'assurance du client.
- Une photocopie du Préavis de remplacement est suffisante.

Lignes directrices pour le réseau de courtage (Québec)

Le Préavis de remplacement, signé par le conseiller en assurance, fait partie des exigences de tarification. Au moment de la tarification, le Préavis de remplacement peut ne pas avoir été signé et paraphé par le titulaire proposé.

Lorsque vous passez en revue le Préavis de remplacement au moment de la tarification, veuillez prendre note de ce qui suit :

- Si le contrat d'assurance proposé remplace plus d'un contrat, un préavis de remplacement doit être rempli pour chaque police à remplacer.
- Le numéro de la proposition d'assurance ou de l'exposé (dans le coin inférieur droit de l'exposé) doit être indiqué dans le haut de chaque page.
- Le document doit être dûment signé et comprendre les réponses à toutes les questions. Le conseiller en assurance est responsable de l'exactitude des réponses ; par conséquent, vous n'avez pas besoin de les vérifier. Vous devez toutefois vous assurer que le motif du remplacement est raisonnable et logique.
- Le conseiller en assurance doit signer le Préavis de remplacement.
- La police demandée ne peut pas être approuvée tant que nous n'avons pas reçu le Préavis de remplacement, dûment rempli et signé par le conseiller en assurance. Le Préavis de remplacement peut ne pas avoir été signé et paraphé par le titulaire proposé.
- Nous n'allons pas vérifier si le courtier a obtenu la signature du titulaire proposé.
- Contrairement à d'autres provinces, une feuille d'explication n'est pas requise.
- Si le Préavis de remplacement n'est pas joint à la proposition d'assurance, il appartient au service Affaires nouvelles et tarification de demander le document.
- Si le Préavis de remplacement n'est pas complet, il appartient au service Affaires nouvelles et tarification de demander qu'un nouveau Préavis de remplacement soit rempli et signé.
- Le Préavis de remplacement n'est pas un contrat et ne résilie pas l'assurance du client.
- Une photocopie du Préavis de remplacement est suffisante.

RAPPORT DU REPRÉSENTANT

- Le conseiller en assurance devrait informer la Compagnie de tous les renseignements qui pourraient mettre en cause la responsabilité de la Compagnie, ou son jugement, à prendre des décisions pertinentes à la tarification.
- Si une question exige une réponse, le conseiller en assurance ne peut pas omettre des données ou des faits qui peuvent sembler insignifiants.
- Les informations connues du conseiller en assurance qui peuvent affecter la décision de tarification, mais non spécifiquement demandées sur la proposition, telles que l'environnement de domicile ou de travail, l'occupation ou le risque de travail inhabituel, etc., devraient être inclus sur la proposition.
- La Compagnie s'attend à ce que le conseiller en assurance divulgue à la fois les caractéristiques favorables et défavorables du risque.

DEUXIÈME PROPOSITION D'ASSURANCE

Il arrive parfois de recevoir de nombreuses propositions du même proposant, par l'entremise de différents conseillers en assurance, portant sur le même genre d'assurance. En pareil cas, nous appliquons les directives suivantes :

- La première proposition reçue et inscrite est considérée comme la proposition valide, qu'elle soit ou non accompagnée d'un acompte. Cette proposition fera l'objet d'une tarification habituelle.
- Toute autre proposition reçue sera classée incomplète et tout acompte versé sera remboursé directement au titulaire proposé. Le bureau de ventes approprié sera informé que la deuxième proposition reçue a été classée incomplète et aucun frais d'abandon ne seront engagés dans ce cas.
- Si la première proposition est approuvée, mais que la police est ensuite refusée, le tarificateur rouvrira sur demande le dossier de la deuxième proposition et établira une police avec la prime exigible sur délivrance de la police.

Nous ne dérogerons à ces règles que dans les cas où nous avons reçu une demande écrite du proposant nous demandant de ne pas donner suite à sa première proposition. La demande écrite du proposant doit comprendre ce qui suit :

- Le nom du conseiller figurant sur chacune des propositions reçues; et
- Les motifs du proposant de ne pas donner suite à sa première proposition; et
- Les raisons du proposant de donner plutôt suite à sa deuxième proposition.

SIGNATURES (28 juin 2019)

- Propositions doivent être remplies sous le nom légal de la personne à assurer et le titulaire proposé (si échéant).
- Indiquez la date, la ville et la province où la proposition est signée par la personne à assurer et le titulaire proposé.
- Si la personne à assurer a le pouvoir de signer pour le titulaire proposé (par exemple, la compagnie que la personne à assurer travaille pour, ou possède, sera le titulaire de la police), la personne à assurer peut signer au nom du titulaire proposé, mais doit signer comme la personne à assurer et le titulaire proposé, où il est indiqué.
- Il est important que le représentant des ventes signe et date le Rapport du Représentant et qu'il imprime son nom de façon lisible.
- Les documents numérisés, télécopiés et les photocopies des signatures (et des formulaires / propositions) sont acceptables. Il n'est pas nécessaire d'obtenir également l'original.
- Comme la technologie s'améliore et que les signatures électroniques sont de plus en plus utilisées, plusieurs types de signatures électroniques offrent le même statut juridique qu'une signature écrite à la main. Voici un exemple de logiciel que nous jugeons acceptable pour une signature électronique, DocuSign, car ce dernier fournit une piste de vérification de l'historique du document Adobe Sign.

PROPOSITION PRÉLIMINAIRE

Nous procéderons à la tarification et, s'il y a lieu, nous offrirons une assurance par suite d'une proposition préliminaire.

Lorsque l'admissibilité de la personne à assurer est douteuse, soumettez une proposition préliminaire pour obtenir l'avis du Service de la tarification. Il s'agit alors d'une proposition régulière, dûment remplie et signée, marquée « Préliminaire » sur la Quittance et Note de couverture, qui doit demeurer annexée à la proposition lorsqu'elle est soumise. La proposition doit être entièrement remplie, y compris l'autorisation et comporter une explication détaillée des raisons de soumettre une proposition préliminaire.

Toute proposition préliminaire doit être soumise sans acompte. Pour minimiser les coûts, il ne faut pas demander les exigences médicales d'office. Le tarificateur demandera une Déclaration du médecin traitant (DMT), au besoin. Le Service de la tarification vous informera s'il peut ou non donner suite à cette proposition. Une réponse favorable ne peut pas être interprétée comme étant une garantie que la police sera établie, étant donné que la décision finale repose sur les autres exigences de tarification précisées au moment de l'offre tentative. Une proposition préliminaire n'est pas incluse au taux d'abandon, à moins que la police est établie et plus tard refusée.

EXIGENCES MÉDICALES

INDEX

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (DMT)

EXIGENCES MÉDICALES, DÉTAILS

EXIGENCES MÉDICALES POUR ASSURANCE INVALIDITÉ

EXIGENCES MÉDICALES POUR ASSURANCE INVALIDITÉ, NOTES

EXIGENCES MÉDICALES POUR ASSURANCE MALADIE GRAVE

EXIGENCES MÉDICALES POUR ASSURANCE MALADIE GRAVE, NOTES

EXIGENCES MÉDICALES PROVENANT D'AUTRES COMPAGNIES

FOURNISSEURS DE SERVICES AGRÉÉS

SITUATIONS EXCEPTIONNELLES (investigation médicale supplémentaire requise)

EXIGENCES MÉDICALES D'OFFICE POUR L'ASSURANCE EN INDIVIDUELLE CAS D'INVALIDITÉ (29 juillet 2024)

Une attention toute particulière doit être portée aux limites rattachées aux exigences médicales pour faire en sorte que les tests ou examens appropriés sont effectués. Nous pourrions ainsi accélérer le processus de tarification tout en évitant des retards et des frais par suite d'exigences manquantes ou non nécessaires.

Toutes les exigences sont basées sur le MONTANT TOTAL D'ASSURANCE auprès de nous (voir la section [Notes concernant les exigences médicales pour l'assurance individuelle en cas d'invalidité](#)).

Exigences médicales pour tous les proposant, peu importe leur profession

INDEMNITÉ MENSUELLE			
ÂGE	NON-MÉDICAL	ANALYSE D'URINE et EXAMEN PARAMÉDICAL**	PROFIL SANGUIN, ANALYSE D'URINE et EXAMEN PARAMÉDICAL**
18 - 50	Jusqu'à 8 000 \$	8 001 \$ - 10 000 \$	Plus de 10 000 \$
51 +	Jusqu'à 2 500 \$	S/O	Plus de 2 500 \$

**Nous pouvons accepter une entrevue téléphonique et des signes vitaux en place d'un paramédical.

SOMME FORFAITAIRE (à l'exception de l'assurance maladies graves)			
ÂGE	NON-MÉDICAL	ANALYSE D'URINE et EXAMEN PARAMÉDICAL**	PROFIL SANGUIN, ANALYSE D'URINE et EXAMEN PARAMÉDICAL**
18 - 50	Jusqu'à 200 000 \$	200 001 \$ - 400 000 \$	Plus de 400 000 \$
51 +	Jusqu'à 100 000 \$	S/O	Plus de 100 000 \$

**Nous pouvons accepter une entrevue téléphonique et des signes vitaux en place d'un paramédical.

NOTES CONCERNANT LES EXIGENCES MÉDICALES POUR L'ASSURANCE INDIVIDUELLE EN CAS D'INVALIDITÉ

Une analyse d'urine, une analyse sanguine, un examen paramédical, une entrevue téléphonique, des signes vitaux, et un électrocardiogramme (ECG) sont considérés à jour s'ils remontent à moins de 12 mois.

MONTANT TOTAL DE L'ASSURANCE

Comprend :

- Le montant d'assurance total demandé, **plus**;
- Toute IMC, l'assurance de courte et de longue durée, puis l'avenant Protection-retraite, **plus**;
- Le montant original de toute assurance établi par nous, y compris tous les régimes des particuliers et des entreprises, toute IMC, l'assurance de courte et de longue durée, puis l'avenant Protection-retraite, faisant l'objet d'une tarification complète ou dont l'établissement est standard garanti (ÉSG), depuis la dernière fois que les exigences médicales d'office ont été satisfaites.

Ne comprend pas :

- Les garanties OAARF, OAAFG, et OAS demandées au moment de la proposition originale; **ou**
- Toute garantie OAARF, OAAFG, OAAR, OAS, GAP, GAA ou Mise à jour; **ou**
- L'assurance DMA; **ou**
- Toute assurance collective à l'étude ou en vigueur auprès de nous ou d'une autre compagnie; **ou**
- L'assurance Soins de longue durée

Chaque fois que le proposant répond à une exigence médicale d'office (analyse d'urine, examen paramédical (ou entrevue téléphonique avec signes vitaux), analyse sanguine) faisant en sorte que nous établissons l'assurance de façon standard, l'admissibilité à l'assurance non-médicale est renouvelée. La prochaine fois que le proposant dépose une proposition d'assurance, nous ne tenons pas compte de l'assurance en vigueur en vue de fixer les exigences médicales. Nous calculons uniquement le montant actuel pour déterminer ces exigences.

Quel que soit le montant d'assurance, le tarificateur peut demander ces tests ou d'autres en fonction des antécédents médicaux et d'autres constatations dans le but de prendre la meilleure décision possible.

Utilisez le [Tableau d'indemnité mensuelle](#) pour les produits suivants :

- Série Avant-garde
- Série Fondations
- Frais généraux d'entreprise
- Série Professions
- Protection Prêt commercial – paiement périodique seulement
- Protection personne clé
- Protection-Retraite
- Quantum

Utilisez le [Tableau de somme forfaitaire](#) pour les produits suivants :

- Protection Prêt commercial – paiement forfaitaire seulement
- Rachat en cas d'invalidité – Règlement par mensualités et provisionnement flexible

Pour la Série Fondamentale, veuillez consulter le [Guide des taux pour la Série Fondamentale](#).

Pour ce qui est de l'assurance individuelle en cas d'invalidité, si la proposition d'assurance porte à la fois sur une indemnisation mensuelle et sur une indemnisation forfaitaire, (autre que l'assurance en cas de maladie grave), divisez la somme forfaitaire par 36 et ajoutez le résultat au montant de l'indemnisation mensuelle afin de déterminer les exigences médicales.

Si vous présentez une demande simultanée pour différents produits auprès de RBC Assurances (invalidité, maladies graves et/ou vie), veuillez consulter les tableaux des exigences médicales pour chacun des produits. Le plus haut niveau d'exigences requises s'appliquera pour tous les produits.

Si le tarificateur a besoin d'une analyse d'urine supplémentaire pour confirmer les résultats, il faut la demander au service paramédical, en précisant qu'il s'agit d'une seconde analyse d'urine.

DÉTAILS CONCERNANT LES EXIGENCES MÉDICALES (30 novembre 2022)

Analyse d'urine: Méthode non invasive pour tester les proposants; un spécimen consiste en un échantillon d'urine.

Glucose – indication de diabète;

Protéine – indication d'affection rénale;

Globules rouges et globules blancs – indication d'infection, d'affection génito-urinaire ou rénale;

Cylindres urinaires hyalins : en provenance des reins – indication d'affection rénale;

Antihypertenseurs – indication de l'usage de médicaments contre la tension artérielle élevée;

Médicaments par voie buccale contre l'hypoglycémie – indication de l'usage de médicaments contre le diabète;

Inhibiteurs bêtabloquants – indication de l'usage de médicaments contre la tension artérielle élevée ou l'arythmie cardiaque;

Cotinine – indication d'un métabolite de nicotine, c'est-à-dire de l'usage de tabac;

Cocaïne – indication de l'usage de cocaïne;

Créatinine, chlorure, Ph et température – pour déceler l'addition de toute substance à l'échantillon d'urine;

Analyse sanguine: Méthode de prélèvement sanguin par piqûre intraveineuse; les résultats obtenus par cette méthode sont notamment les suivants :

Anticorps VIH – indication de l'infection transmise par le virus de l'immunodéficience humaine;

Glucose – mesure du sucre dans le sang résultat est seulement valable pour un échantillon à jeun (plus de 8 heures depuis le dernier repas); indication de diabète;

GGTP/GGT – mesure des enzymes hépatiques; indication d'affection du foie, de consommation excessive d'alcool;

SGPT/ALAT – mesure des enzymes hépatiques; indication d'affection du foie, de consommation excessive d'alcool;

SGOT/ASAT – mesure des enzymes hépatiques; indication d'affection du foie, de consommation excessive d'alcool;

Créatinine – mesure des fonctions des reins; indication d'affection rénale;

HgbA1C – indication de contrôle glycémique moyen des derniers 3 mois; indication de diabète;

Cholestérol – taux élevés liés au risque de l'athérosclérose et aux maladies coronariennes;

Triglycérides – taux élevés peuvent être liés au diabète et peuvent être considérés un facteur de risque des maladies coronariennes;

APS – test effectué lors de l'analyse sanguine auquel des hommes de 51 ans et plus doivent se soumettre; une mesure des antigènes prostatiques spécifiques; marqueur du cancer de la prostate;

Dépistage de l'hépatite – prélèvement sanguin par piqûre intraveineuse pour déceler l'antigène de surface de l'hépatite B et les anticorps de l'hépatite C; effectué seulement sur demande.

Un échantillon d'urine est également prélevé lorsqu'une analyse sanguine est demandée.

La liste des résultats des analyses ci-dessus n'est pas exhaustive. Pour simplifier, nous n'en donnons que les principaux.

Examen paramédical (PARA)

Examen effectué par une infirmière d'un [fournisseurs de services agréé](#) qui note les antécédents médicaux. Cette infirmière remplit également les sections du rapport de l'examineur portant sur le poids, la taille, le pouls et la tension artérielle du proposant.

ECC

Électrocardiogramme à 12 dérivations, effectué par une infirmière ou un médecin. Les anomalies peuvent être indicatives de la maladie coronarienne.

Fonctions vitales

Examen effectué par une infirmière d'un [fournisseurs de services agréé](#), qui enregistre la taille, le poids, le pouls et la pression artérielle du proposant.

FOURNISSEURS DE SERVICES AGRÉÉS (30 novembre 2022)

Solutions d'assurance Dynacare

Comprend les anciennes entreprises suivantes:

- Keyfacts Canada
- Medaxio (anciennement Medisys)
- Laboratoires Gamma-Dynacare
- QUS (Quality Underwriting Services Ltd.)
- Hooper-Holmes Canada

ExamOne

Comprend les anciennes entreprises suivantes:

- BW Underwriting Services
- LabOne
- Les services d'assurance Watermark

Toutes les exigences médicales doivent être effectuées par l'un des deux fournisseurs de services agréés.

EXIGENCES PROVENANT D'AUTRES COMPAGNIES (30 novembre 2022)

En ce qui concerne l'assurance invalidité individuelle et l'assurance maladies graves, nous accepterons les exigences médicales provenant d'autres compagnies si leurs pièces justificatives sont conformes* à nos exigences et si les résultats obtenus remontent à moins de **douze mois** de la date de la proposition d'assurance. Si vous souhaitez que nous obtenions les exigences médicales d'une autre compagnie, veuillez en faire la demande sur la page de la proposition qui suit le Rapport du représentant et le tarificateur demandera les renseignements requis directement à l'autre compagnie.

Des exemples d'exigences médicales que nous accepterons sont:

- Paramédical ou entrevue téléphonique
- Sang
- Urine
- Signes vitaux
- ECG
- Déclaration du médecin traitant

Nous ne pouvons pas accepter l'entretien sur les antécédents personnels d'une autre entreprise comme exigences médicales.

*Pour se conformer à nos exigences, le formulaire d'examen paramédical doit :

- être rempli en personne par une infirmière ou un médecin ;
- être dûment signé et daté par l'examineur et la personne à assurer ; et
- préciser la taille, le poids, la tension artérielle et le pouls du proposant

Il n'est pas nécessaire que la section médicale de notre proposition soit complètement remplie afin d'accepter un paramédical ou une entrevue téléphonique d'une autre compagnie. Cependant, si le tarificateur détermine que l'exigence reçue n'est pas acceptable pour nos besoins, il pourrait demander un paramédical courant ou une entrevue téléphonique courante; des renseignements additionnelles; ou l'achèvement de la section médicale de notre proposition.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (DMT)

Un rapport d'un médecin traitant ou des médecins peut être commandé à la discrétion du tarificateur.

Les déclarations des médecins traitants sont demandées directement par notre bureau.

Les formulaires Déclaration du médecin traitant nous ayant été acheminés par le conseiller en assurance ou le proposant ne sont pas admissibles.

SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

Nous faisons parfois face à des situations où les antécédents médicaux du proposant ne nous permettent pas de lui offrir une assurance sans connaître l'état médical actuel ou sans qu'un diagnostic soit posé. Il est possible que ces renseignements ne soient pas disponibles et/ou donnent lieu à une investigation additionnelle.

Dans de telles situations, nous ne recommandons pas une investigation médicale ou un test médical en particulier. Il revient au proposant d'en faire la demande, s'il y a lieu, après avoir consulté son médecin davantage.

Si d'autres investigations ou tests s'avèrent nécessaires, nous sommes prêts à examiner les résultats dès qu'ils sont disponibles.

TARIFICATION ET EXIGENCES FINANCIÈRES

INDEX

AGRICULTEURS – LIMITES DE SOUSCRIPTION PARTICULIÈRES
AGRICULTEURS – notes concernant les limites de souscription particulières aux agriculteurs
ATTESTATIONS DE REVENUS EXIGÉES
AVANTAGES ACCESSOIRES (« perks »)
BÉNÉFICES NON RÉPARTIS
COORDINATION DES PRESTATIONS (assurance–emploi, RPC/RRQ, assurance en vigueur, assurance créance, somme forfaitaire)
DÉFINITION DU REVENU PRÉINVALIDITÉ
DIVIDENDES
EXIGENCES FINANCIÈRES
EXIGENCES FINANCIÈRES – notes relatives à l’usage
FAILLITE / PROPOSITION
FRACTIONNEMENT DU REVENU
FRAIS D’ENTREPRISE
LIMITES COMBINÉES ET LA MODIFICATION COORDINATRICE A707GIO – directives d’usage
LIMITES DE REVENU
LIMITES DE SOUSCRIPTION
LIMITES DE SOUSCRIPTION – directives d’usage
LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION – Définitions
LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION – assurance individuelle en cas d’invalidité
LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION – produits d’entreprise
MODIFICATION COORDONNATRICE – ACCIDENT DU TRAVAIL (CSPAAT).
MODIFICATION COORDONNATRICE DE GROUPE OU D’ASSOCIATION (A670)
PROGRAMME DE RÉDUCTION DES PRIMES POUR ÉTUDIANT (Limites applicables aux étudiants)
RÉGIME D’INDEMNITÉS POUR PERTE DE SALAIRE
RÉGIME D’INDEMNITÉS POUR PERTE DE SALAIRE – La Série Fondamentale
RETRAIT OU PRÉLÈVEMENT
RETRAIT OU PRÉLÈVEMENT D’ENTREPRISES CONSTITUÉES EN SOCIÉTÉ
RETRAIT OU PRÉLÈVEMENT D’ENTREPRISES NON CONSTITUÉES EN SOCIÉTÉ
REVENU NON PROFESSIONNEL – effet sur l’assurance
REVENU NON PROFESSIONNEL ET VALEUR NETTE
REVENU PROFESSIONNEL
REVENU PROFESSIONNEL – détermination de l’année de revenu à retenir
REVENU PROFESSIONNEL – montant minimal requis pour l’assurance invalidité
REVENU PROFESSIONNEL – revenus non considérés comme revenu professionnel
REVENU PROFESSIONNEL AUX FINS DE L’ASSURANCE
SURASSURANCE
TARIFICATION FINANCIÈRE
TRANSFORMATION D’ASSURANCE IMPOSABLE ET NON IMPOSABLE
VALEUR NETTE – effet sur l’assurance

TARIFICATION FINANCIÈRE

L'assurance invalidité est destinée à compenser une partie de la perte de revenu découlant d'une invalidité par suite de blessure ou de maladie empêchant la personne assurée de travailler. Pour encourager financièrement la personne assurée à retourner au travail dès qu'elle est physiquement capable, il est nécessaire de plafonner le total des prestations d'invalidité que peut toucher la personne assurée. À cette fin, nous tenons compte des prestations publiques et privées pour établir un montant d'assurance qui est inférieur au revenu brut provenant de l'emploi. Le montant d'assurance à divers paliers de revenu est établi en fonction de ce principe fondamental.

Les prestations publiques proviennent notamment du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec, de régimes d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail et de l'assurance-emploi.

Les prestations privées peuvent provenir de régimes de maintien du salaire (assurance de courte et/ou de longue durée), d'association pour les membres d'une même profession, association ou organisation, de contrats d'assurance collective invalidité ou de contrats d'assurance vie comportant des prestations d'invalidité.

Nous considérons aussi l'assurance accident seulement et en tenons compte intégralement dans l'établissement de l'assurance.

Veillez noter que nous coordonnons toujours notre assurance en tenant compte de la période d'indemnisation d'autres assurances. Si l'assurance en vigueur comporte une période d'indemnisation jusqu'à l'âge de 65 ans, par exemple, mais aussi une définition selon la profession habituelle de deux ans, nous ne considérons pas qu'il s'agit d'une assurance comportant une période d'indemnisation de deux ans. Avant qu'une invalidité survienne, il n'y a aucune façon de déterminer si l'assurance en vigueur paiera ou non une indemnisation au-delà de la période de deux ans selon la définition profession habituelle.

REVENU PROFESSIONNEL

Le revenu découlant de la capacité du proposant d'exercer sa profession est considéré comme un « revenu professionnel ». Ce revenu comprend le salaire ou la rémunération, les commissions et les honoraires. Dans certains cas, les gratifications de même que les cotisations de l'employeur à un régime de retraite ou de participation aux bénéfiques peuvent être considérées comme du revenu professionnel. Veuillez vous reporter à la note ci-dessous. Pour être considéré comme un revenu professionnel, le revenu touché doit résulter de l'exercice d'activités professionnelles.

DÉTERMINATION DU MONTANT DU REVENU PROFESSIONNEL AUX FINS DE L'ASSURANCE (31 août 2020)

- Pour un **employé** au service de tout genre d'entreprise (sans participation), le revenu professionnel comprend le salaire, les gratifications (voir **remarque**), les commissions (montant net après la déduction des dépenses d'emploi), les cotisations (ajustement de la pension figure à la ligne 20600 du T1 ou dans la case 52 du T4, moins le montant indiqué à la ligne 20700 (cotisations pour RPA) ou à la case 20 du T4: Ligne 20600 moins ligne 20700) faites par l'employeur au nom de l'employé à un régime de retraite et/ou de participation aux bénéfiques.
- Pour le **propriétaire ou un actionnaire d'une entreprise constituée en société**, le revenu professionnel s'entend du salaire, des gratifications, des commissions (montant net après la déduction des dépenses d'emploi) et des cotisations faites par l'employeur au nom de l'employé à un régime de retraite et/ou de participation aux bénéfiques. Des frais de gestion (sommes versées sans retenues à la source) peuvent être payés au lieu ou en plus du salaire. Le revenu professionnel de l'actionnaire-propriétaire d'une entreprise constituée en société doit également inclure la part des bénéfiques nets ou des pertes nettes qui lui est attribuée, avant impôt sur les sociétés pour la dernière fin d'exercice complet. Détenant le droit de votes ordinaires au sein d'une entreprise constituée en société nous confirme que le proposant est effectivement un propriétaire de ladite entreprise.
- Pour un **associé** d'une société de personnes non constituée, le revenu professionnel de l'associé s'entend de sa part des bénéfiques nets ou des pertes nettes de l'exercice de la société de personnes tel qu'il est déclaré aux fins de l'impôt sur le revenu et tel qu'il est indiqué sur chacune des déclarations de revenus des particuliers de chaque associé.
- Pour le **propriétaire unique** d'une entreprise non constituée en société, le revenu professionnel s'entend de la totalité des bénéfiques nets ou des pertes nettes de l'entreprise, qui sera inscrite en tant que revenu personnel imposable sur la déclaration de revenus des particuliers du propriétaire.

Remarque : Les gratifications, commissions (montant net après la déduction des dépenses d'emploi), honoraires et cotisations à un régime de retraite et/ou de participation aux bénéfiques sont compris dans le calcul du revenu professionnel, comme il est indiqué ci-dessus, seulement s'il y a une régularité de paiement clairement établie depuis au moins les deux dernières années, sans indication de diminution pour l'année courante.

Les gratifications qui ont été versées une seule fois ou d'une façon très irrégulière ne sont pas comprises dans le calcul du revenu professionnel. Si un cas particulier exige une considération exceptionnelle, tous les renseignements pertinents devraient être soumis par écrit aux fins de la tarification.

RETRAIT OU PRÉLÈVEMENT

Un « retrait » ou « prélèvement » ne fait pas nécessairement partie du revenu professionnel. Ceci dépend de l'organisation de l'entreprise, tel qu'il est souligné ci-dessous. Le mot « retrait » ou « prélèvement » signifie un paiement versé par l'entreprise sans retenues salariales.

RETRAIT OU PRÉLÈVEMENT D'ENTREPRISES CONSTITUÉES EN SOCIÉTÉ

Le propriétaire peut effectuer un prélèvement sur le compte de l'entreprise. Sur les états financiers de l'entreprise, le prélèvement peut être indiqué comme des « frais de gestion » ou comme des « gratifications ». Le prélèvement est, par conséquent, déduit des bénéfiques de l'entreprise comme toute autre dépense. Si un prélèvement est effectué, le revenu professionnel comprend alors le prélèvement, majoré des bénéfiques ou diminué des pertes de l'entreprise.

Les remboursements par l'entreprise du prêt d'un actionnaire, appelés « prélèvements » ne font pas partie du revenu professionnel.

RETRAIT OU PRÉLÈVEMENT D'ENTREPRISES NON CONSTITUÉES EN SOCIÉTÉ

La seule façon dont le propriétaire d'une entreprise non constituée en société peut prendre de l'argent de l'entreprise est sous la forme de « prélèvements », étant donné qu'il ne peut pas légalement être inscrit sur la paie à titre d'employé. Les bénéfices ou pertes de l'année pour l'entreprise sont inscrits sur la déclaration de revenus des particuliers du propriétaire et c'est ce que nous considérons être le revenu professionnel aux fins de l'assurance. **Le « prélèvement » n'est pas considéré un revenu, puisque le propriétaire effectue des « prélèvements » sur les bénéfices de l'entreprise.** Il n'est pas rare de voir des propriétaires d'une entreprise non constituée en société effectuer un prélèvement excédant le revenu touché au cours de l'année. Il se peut que le propriétaire ait découvert ou contracté un prêt bancaire, puis qu'il utilise ces sommes pour vivre. C'est la raison pour laquelle un prélèvement ne représente pas fidèlement le revenu professionnel dans le cas d'une entreprise non constituée en société et, de ce fait, nous ne pouvons pas utiliser les prélèvements pour calculer le revenu professionnel.

De plus, le prélèvement et les bénéfices de l'année ne sont PAS additionnés, car cela équivaldrait à compter deux fois la même chose (le prélèvement fait partie des bénéfices). Si l'entreprise indique une perte et qu'un prélèvement a été effectué, le montant de la perte est le « revenu professionnel » (négatif) de l'année et le prélèvement est sans objet.

BÉNÉFICES NON RÉPARTIS

Les « bénéfices non répartis » figurant sur les états financiers représentent les bénéfices nets de l'entreprise cumulés depuis sa constitution. Inclure les « bénéfices non répartis » dans le revenu professionnel du proposant a pour effet de majorer le total des bénéfices qu'a réalisés l'entreprise depuis qu'elle existe.

Il est donc contre-indiqué d'inclure le montant des bénéfices non répartis figurant aux états financiers dans le revenu professionnel du proposant. Les bénéfices d'une seule année à la fois sont considérés comme faisant partie du revenu professionnel annuel, tel qu'il est expliqué ci-dessus. Étant donné que la partie des « bénéfices non répartis » de chaque année a déjà été affectée à l'année appropriée, grouper les « bénéfices non répartis » avec les bénéfices de l'année revient à compter deux fois les bénéfices de cette année.

DIVIDENDES

Nous ne considérons pas les dividendes comme un revenu professionnel, car notre processus de la tarification se fait en nous basant sur les pertes ou les bénéfices annuels de l'entreprise constituée en société. Le paiement d'un dividende peut être considéré comme une distribution aux actionnaires de la totalité ou d'une fraction des bénéfices cumulés. De ce fait, les dividendes peuvent refléter ou non le revenu généré en un seul exercice de l'entreprise. Inclure les dividendes dans le revenu professionnel du proposant, de même que les bénéfices, a pour effet de compter deux fois les bénéfices de l'entreprise.

DÉTERMINATION DE L'ANNÉE DE REVENU À RETENIR

Le revenu assurable est le revenu professionnel du dernier exercice complet de l'entreprise (ou année civile pour les employés) pour lequel une documentation financière est disponible.

La documentation financière acceptable comprend les déclarations de revenus des particuliers et les états financiers de l'entreprise (y compris l'état des résultats et les pièces annexées aux états financiers lorsqu'ils sont disponibles).

Tous les documents financiers doivent porter sur le dernier exercice complet de l'entreprise ayant fait l'objet d'une déclaration de revenus et/ou d'états financiers. Pour toute proposition portant une date antérieure au 15 mai, les documents financiers requis sont ceux de l'année d'imposition précédente. Pour réduire au minimum toute confusion ou retard possible au moment d'une demande de règlement nous ne tenons compte que du revenu qui peut être attesté lors de la souscription de l'assurance. Ainsi, le revenu « projeté » ou « annualisé » d'après le revenu courant ne peut pas être considéré. Toute demande d'indemnisation dont le montant est supérieur à ce que le revenu attesté peut permettre doit être accompagnée d'une explication détaillée des circonstances inhabituelles qui pourraient justifier cette considération exceptionnelle.

Il importe également de noter que le montant d'assurance qui est approuvé peut ne pas être le montant que le revenu assurable attesté justifie si le revenu de l'année courante est différent de celui des années antérieures ou si le revenu de l'année courante semble être inférieur.

Pour atteindre nos résultats de morbidité, le niveau des garanties qui sont approuvées doit reposer sur un revenu assurable stable et régulier. Si la régularité du revenu est douteuse et si le revenu de l'année précédente fléchit ou ne correspond pas

aux années antérieures, le montant d'assurance approuvé, dans certains cas, peut être inférieur à ce que le dernier exercice financier complet justifie, ou l'assurance peut être entièrement refusée. Toute fluctuation significative du revenu doit faire l'objet d'explications complètes par écrit et soumise avec toute la documentation sur le revenu à l'appui de ces explications afin d'aider le tarificateur à prendre la décision la plus favorable possible.

FRACTIONNEMENT DU REVENU (17 décembre 2020)

Le salaire ou les frais de gestion (net après les dépenses) figurant sur un formulaire T4 qu'un proposant à **son compte** verse à un conjoint ou à des enfants mineurs de moins de 18 ans* à des fins fiscales sera considéré comme le revenu professionnel du proposant à **son compte** si :

- Le montant du revenu fractionné découle des services personnels du proposant et si le versement devait cesser advenant l'invalidité du proposant; **et**
- Le conjoint n'exerce pas le même emploi ou la même profession que le proposant, peu importe le nombre d'heures travaillées dans l'entreprise.

Aucun plafond n'est établi en ce qui concerne le montant du revenu fractionné pouvant être considéré comme étant le revenu professionnel du proposant. Toutefois, si le montant s'élève à plus de 30 000 \$, le formulaire T4 et la T1 Générale seront exigés à titre de documentation financière pour le conjoint et/ou les enfants mineurs, en plus de la documentation financière nécessaire pour le proposant.

Les fiducies familiales sont de plus en plus courantes en tant que méthode de fractionnement du revenu. Les bénéfices ou la perte de l'entreprise que possède la fiducie familiale et qu'exploite le proposant lui reviendront à titre de revenu fractionné. Les dividendes que reçoivent les membres de la famille par la fiducie familiale ne font pas partie du revenu professionnel assurable du proposant.

Le fractionnement du revenu n'est pas offert au titre des Limites de souscription particulières aux agriculteurs, ni dans le cadre du produit Série Fondamentale.

* Une considération individuelle peut être accordée aux enfants à charge de plus de 18 ans s'ils sont des étudiants à temps plein et ils y sont par ailleurs admissibles en fonction des critères établis ci-dessus.

FRAIS D'ENTREPRISE

Les frais que le proposant a déduits sur sa déclaration de revenu sont considérés comme des frais d'entreprise afin de déterminer le revenu assurable. Les frais ne peuvent pas être rajoutés au revenu assurable, peu importe le genre de frais.

REVENUS NON CONSIDÉRÉS COMME REVENU PROFESSIONNEL (29 septembre 2022)

Un revenu non gagné correspond à tout revenu qui ne dépend pas de la capacité d'une personne à travailler et qui peut continuer d'être versé en cas d'invalidité.

Voici une liste non exhaustive des **sources les plus courantes de revenu non gagné** :

- Rentes
- Gains en capital – **imposables**
- Amortissement/les allocations du coût en capital*, réintégration de dépenses*
- Prestations d'invalidité (p. ex., indemnités d'accident du travail, indemnités au titre des régimes d'assurance automobile, prestations gouvernementales personnelles)
- Dividendes – **générés par les placements et les sociétés en propriété exclusive ou partielle**
- Prestations d'assurance-emploi
- Paiements d'une fiducie familiale – **versés aux bénéficiaires de la fiducie**
- Intérêts et autres revenus de placement, crédits d'impôt, et subventions gouvernementales
- Revenus nets de société de personnes – **commanditaires ou associés passifs uniquement**

- Prestations gouvernementales personnelles (p. ex., Prestation universelle pour la garde d'enfants, revenu de régime enregistré d'épargne-invalidité (REEL), Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH), aide sociale)
- Prestations de retraite (p. ex., RPC, RRQ, prestations de survivant)
- Revenu de location – **généré par les placements**
- Remboursement au propriétaire de prêts aux actionnaires
- Bénéfices non répartis
- Revenu de régime enregistré d'épargne (p. ex., REER)
- Allocations de retraite, prestations de départ, revenu de retraite anticipée**
- Redevances
- Options d'achat d'actions, avantages sociaux – **imposables**
- Pension alimentaire (p. ex., les paiements pour soutien d'un enfant ou conjoint)
- Salaire versé à un conjoint ou à un enfant qui travaille au moins 20 heures par semaine dans l'entreprise

Sont également exclus du revenu assurable tout revenu qui n'est pas déclaré à l'Agence du revenu du Canada (gagné « au noir ») et tout revenu provenant d'activités illégales (reportez-vous aux directives de tarification pour les entreprises assujetties à des restrictions).

* Consultez la section de la Tarification et Exigences Financière – [Agriculteurs – Limites De Souscription Particulières](#) pour connaître la seule exception.

** **Prestations de départ** :

- Les prestations de départ sont généralement considérées comme un revenu non gagné. Toutefois, le bénéficiaire n'est pas forcément non assurable du fait de l'obtention de ces paiements. Lors de la détermination du niveau des prestations disponibles, les paiements forfaitaires et les prestations mensuelles, pouvant aller jusqu'à 15 mois, peuvent habituellement être ignorés.
- Une attention particulière est requise pour les accords de «parachute doré» : Une entente entre une entreprise et un employé (habituellement les cadres supérieurs), précisant qu'une personne recevra des éléments tels que des options d'achat d'actions, des primes en espèces, une indemnité de départ généreuse ou toute combinaison de ces avantages, à la cessation d'emploi. **L'approbation d'un gestionnaire de relations de risque est nécessaire pour ces cas.**

AVANTAGES ACCESSOIRES (« PERKS ») (31 mars 2022)

Comparativement aux autres personnes assurées, les circonstances particulières dans lesquelles œuvrent les personnes à leur compte ou les vendeurs rémunérés à la commission font qu'elles subissent une perte de revenu plus grande, advenant une invalidité. C'est la raison pour laquelle une certaine somme à titre d'avantages accessoires est ajoutée à leur revenu assurable, soit de **20 % du revenu** net assurable de la personne à son compte ou des commissions nettes, **jusqu'à concurrence de 40 000 \$** par année. Le montant des avantages accessoires ne doit pas être inclus dans les chiffres inscrits à la section du revenu de la proposition. C'est seulement le montant du revenu réel qui doit être inscrit sur la proposition, le montant des avantages accessoires à inclure dans le revenu assurable devant être calculé à notre bureau. Si le vendeur rémunéré à la commission touche à la fois un salaire et des commissions, le montant des avantages accessoires sera calculé uniquement d'après la partie du revenu assurable provenant des commissions nettes. **Remarque:** Les avantages accessoires (perks) ne s'applique pas aux [Régimes d'indemnités pour perte de salaire](#).

Pour les polices des séries Avant-garde et Quantum, nous vous suggérons de ne pas recourir aux avantages accessoires en vue de déterminer le montant assuré. Ces polices comprennent une disposition de coordination des prestations qui, combinée aux avantages accessoires, pourrait faire en sorte que le client payerait une assurance dont il ne pourrait peut-être jamais bénéficier en raison de cette disposition.

REVENU ASSURABLE MINIMAL

Le revenu professionnel assurable minimal requis pour déterminer l'admissibilité à l'assurance est de 12 000 \$ par année (après la déduction des frais d'entreprise, avant impôts) pour tous les produits à l'exception de la Police Rétablissement d'une maladie grave et de la garantie Protection-Retraite.

Un employé doit toucher un revenu professionnel d'au moins 12 000 \$. Dans le cas de la personne à son compte ou du vendeur rémunéré à la commission, le revenu professionnel de 12 000 \$ comprend l'avantage accessoire approprié. Les seules exceptions à cette règle sont les agriculteurs, pour lesquels nous utilisons les [Limites de souscription particulières aux agriculteurs](#).

Un proposant (qui n'est pas un agriculteur utilisant les limites de souscription des agriculteurs pour une assurance en vertu d'une police de la série Fondations ou Avant-garde) dont le revenu assurable est de moins de 12 000 \$, n'a droit à aucune assurance invalidité. Nous ne permettrons la souscription à aucun produit en raison du faible taux de maintien en vigueur prévu dans un tel cas.

Pour avoir droit à la garantie Protection-Retraite, un proposant doit toucher un revenu professionnel minimal de 18 000 \$. Cette règle s'applique peu importe si la garantie a été établie comme avenant ou police distincte.

Pour la Police Rétablissement d'une maladie grave, veuillez vous reporter à la section [Tarification financière des Directives de tarification particulières à la Police Rétablissement d'une maladie grave](#).

LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION – Définitions

Les limites maximales de souscription et de participation par catégorie professionnelle et âge, sont indiquées ci-après au tableau des limites. Les assurances en vigueur et à l'étude, de toutes sources, doivent être prises en compte, en plus d'une assurance collective à laquelle le proposant aurait droit automatiquement à l'expiration d'une période probatoire. Veuillez vous reporter au [tableau des Limites de souscription](#) afin de déterminer exactement ce à quoi le proposant pourrait être admissible en fonction de son revenu exact, sous réserve des limites indiquées dans les [tableaux des Limites de souscription et de participation](#).

Limite de souscription pour assurance individuelle en cas d'invalidité : il s'agit du montant maximal d'assurance invalidité individuelle que nous établissons.

Limite combinée : il s'agit du total maximal d'assurance invalidité individuelle et d'assurance ILD collective que nous considérerons, sous réserve des restrictions énumérées à la section [Limites combinées](#) des Directives de tarification. L'assurance individuelle en cas d'invalidité ne peut pas dépasser la limite de souscription de l'assurance individuelle en cas d'invalidité indiquée dans les tableaux. L'assurance collective peut avoir été souscrite auprès d'une compagnie autre que la nôtre.

Participation : il s'agit du montant maximal d'assurance invalidité à laquelle nous participerons. Ce montant peut représenter l'assurance invalidité auprès de nous, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué dans la section Limites de souscription pour assurance individuelle en cas d'invalidité, en plus de notre assurance collective et/ou de toute assurance individuelle, de groupe ou d'association auprès d'une autre compagnie.

Protection-Retraite : l'assurance peut excéder les limites de souscription et de participation de la compagnie, jusqu'à concurrence de 1 500 \$, mais ne doit pas dépasser 20 % du revenu professionnel mensuel. Veuillez vous reporter à la section [Tarification de garanties complémentaires](#).

Au-delà de 60 ans : veuillez vous reporter à la section [Limites pour les risques « surâgés »](#) pour obtenir les critères de considération pour les proposants surâgés et les restrictions du régime qui s'appliquent.

PRODUITS D'ENTREPRISE – TABLEAU DES LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION (31 mars 2021)

Les limites de souscription et de participation pour les produits d'entreprise excèdent les limites normales de souscription et de participation de l'assurance de protection du revenu en cas d'invalidité. Toutefois, si l'assurance de protection du revenu en vigueur excède déjà nos limites de souscription et de participation, aucun montant d'assurance additionnelle ne peut être approuvé. De plus, si le proposant ne touche pas un revenu professionnel net d'au moins 12 000 \$ ou s'il est surassuré pour tout autre produit en cas d'invalidité, aucune assurance lui sera offerte.

Frais généraux d'entreprise 18 – 60 ans**	Catégorie 4A* 30 000 \$	Catégorie 3A 15 000 \$	Catégorie 2A 7 000 \$	Catégorie A 5 000	Catégorie B Non offerte
Rachat en cas d'invalidité 18 – 60 ans	Catégories 4A, 3A, 2A seulement	Montant maximal d'assurance si une All comportant un DC maximal de 120 jours n'a pas été souscrite auprès de nous Délai de carence / Montant 360 jours – 1 000 000 \$ 540 jours – 1 500 000 \$ 720 jours – 2 000 000 \$		Paiement mensuel Diviser par 60 le montant de l'indemnisation maximale pour rachat	
		Le montant de l'indemnisation maximale pour rachat si une All d'au moins 450 \$ comportant un DC maximal de 120 jours est en vigueur auprès de nous Tout DC – 2 000 000 \$			
Protection Prêt commercial 18 – 55 ans	Catégorie 4A 3A 2A A	Indemnisation périodique *** 10 000 \$ 8 000 \$ 6 000 \$ 5 000 \$		Somme forfaitaire**** 250 000 \$ 250 000 \$ 250 000 \$ non offerte à la catégorie A	
Protection Personne clé 18 – 55 ans	Catégories 4A, 3A, 2A seulement		1/12e du salaire annuel du proposant, jusqu'à concurrence de : Classe 4A – 25 000 \$ Classe 3A – 15 000 \$ Classe 2A – 8 000 \$		

* Les propositions de plus de 30 000 \$, jusqu'à concurrence de 40 000 \$, seront étudiées pour les professions de catégorie 4A (y inclus les professions de catégorie 3A qui ont bénéficié d'un rehaussement à 4A), moyennant une attestation financière et l'examen du dossier complet par la Tarification. **Pour être admissible**, la personne à assurer doit avoir gagné au moins 100 000 \$ au cours des deux dernières années et compter au moins trois ans d'expérience dans sa profession actuelle. De plus, la limite de participation pour les personnes admissibles sera portée à 70 000 \$.

** Les personnes de 61 – 63 ans, faisant partie des catégories 4A et 3A seulement, seront considérées pour l'assurance avec une période d'indemnisation de 15 mois seulement et un délai de carence minimal de 30 jours, sous réserve des critères établis dans la section [Limites pour les risques « surâgés »](#) des Directives de tarification.

*** 100 % du prêt commercial en plus des intérêts jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué ci-dessus.

**** 75 % du prêt commercial jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué ci-dessus.

ASSURANCE INVALIDITÉ INDIVIDUELLE – TABLEAU DES LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION

Limites de souscription et de participation (catégorie 4A): (12/2017)

Catégorie 4A	Âge	Limite de souscription pour All*	Limite combinée	Participation
Non imposable	18 – 55	25 000 \$**	35 000 \$	35 000 \$
	56 – 60	12 000 \$ non combinée 15 000 \$ combinée	25 000 \$	12 000 \$ non combinée 25 000 \$ combinée (montant excédant 15 000 \$ doit provenir d'une assurance collective)
	61 – 63	8 000 \$	10 000 \$	8 000 \$ non combinée 10 000 \$ combinée (montant excédant 8 000 \$ doit provenir d'une assurance collective)
Imposable	18 – 55	25 000 \$**	35 000 \$ 50 000 \$***	50 000 \$
	56 – 63	Voir Limites de Souscription et de Participation pour régime d'indemnités pour perte de salaire (Imposable) ci-dessous.		

Limites de Souscription et de Participation pour le Programme des Professionnels Établis et pour régimes d'indemnités pour perte de salaire (Imposable) pour catégorie 4A âges 56 – 63: (12/2017)

Catégorie 4A	Âge	Limite de souscription pour All*	Limite combinée	Participation
Non imposable	18 – 55	25 000 \$**	35 000 \$	35 000 \$
	56	23 000 \$	32 200 \$	32 200 \$
	57	21 000 \$	29 400 \$	29 400 \$
	58	19 000 \$	26 600 \$	26 600 \$
	59	17 000 \$	25 000 \$	25 000 \$
	60	15 000 \$	25 000 \$	25 000 \$
	61	13 000 \$	18 200 \$	18 200 \$
	62	11 000 \$	15 400 \$	15 400 \$
Régimes d'indemnités pour perte de salaire (Imposable)	18 – 55	25 000 \$**	35 000 \$ 50 000 \$***	50 000 \$
	56	23 000 \$	32 200 \$	32 200 \$
	57	21 000 \$	29 400 \$	29 400 \$
	58	19 000 \$	26 600 \$	26 600 \$
	59	17 000 \$	25 000 \$	25 000 \$
	60	15 000 \$	25 000 \$	25 000 \$
	61	13 000 \$	18 200 \$	18 200 \$
	62	11 000 \$	15 400 \$	15 400 \$
	63	9 000 \$	12 600 \$	12 600 \$

* Montant maximal d'**assurance invalidité individuelle** pouvant être accordé par la Compagnie d'assurance vie RBC.

** Le service de sélection des risques examinera au cas par cas les demandes de souscription de montant d'assurance allant jusqu'à 35 000 \$ par mois portant sur des risques standard, sous réserve d'un besoin établi en fonction d'un examen complet des documents financiers au cours des deux dernières années fiscales, notamment une évaluation complète du revenu non gagné et de l'actif net. Dans ces cas, la limite de participation maximum continuera d'être de 35 000 \$, non imposables, ou 50 000 \$ imposables, selon le tableau ci-dessus.

*** Montant total de toute assurance offerte par RBC Vie pour les propositions faisant partie d'un groupe multivie avec tarification avancée seulement. Autrement, c'est la limite de participation seulement.

Limites de souscription et de participation (catégories 3A à B) (04/2019)

Catégories 3A à B	Âge	Limite de souscription et de participation All
3A	18 - 55	15 000 \$
	56 - 60	8 000 \$
	61 - 63	6 000 \$
2A	18 - 55	8 000 \$
	56 - 60	5 000 \$
	61 - 63	3 000 \$
A	18 - 55	5 000 \$
	56 - 60	4 000 \$
	61 - 63	2 500 \$ police de la série Fondations ou Avant-garde
B	18 - 55	4 000 \$
	56 - 60	3 000 \$
	61 - 63	1 500 \$ police de la série Fondations ou Avant-garde

EXPLICATION DU TABLEAU DES LIMITES DE SOUSCRIPTION (09/2016)

Les Limites de Souscription représentent le montant total d'assurance individuelle disponible. Toute autre assurance individuelle en vigueur (ou à l'étude) doit être inclus dans le calcul.

On doit prévoir un rajustement en fonction de l'assurance-emploi (AE) lorsqu'un client est éligible pour l'assurance-emploi.

La colonne A représente le montant total d'assurance offert avec un délai de carence (DC) de 30 ou 60 jours, lorsque l'on doit prévoir un rajustement en fonction de l'assurance-emploi (AE).

La colonne B représente le montant d'assurance offert en plus du montant indiqué dans la colonne A, lorsque l'on doit prévoir un rajustement en fonction de AE. Ce montant est assujéti à un DC de 90 jours ou plus.

La colonne C représente le montant total d'assurance offert lorsque toute la couverture détient un DC de 90 jours ou plus, et lorsque le client est éligible pour AE.

La colonne C représente aussi le montant total d'assurance offert lorsque la couverture détient n'importe le DC, et lorsque un rajustement en fonction de AE n'est pas requise.

La colonne D remplace la colonne C dans les situations où les limites combinées s'appliquent (voir les [Directives concernant les limites combinées](#)). Le montant de la colonne D est utilisé pour calculer la modification coordonnatrice de groupe A707GIO. Toutefois, le montant total de la portion individuelle de la couverture ne doit pas dépasser le montant indiqué dans la colonne C.

Lorsque l'on doit prévoir un rajustement en fonction de AE pour toute couverture avec un DC de 90 jours ou plus, le montant individuel disponible est indiqué dans colonne C.

Lorsque l'on doit prévoir un rajustement en fonction de l'assurance-emploi (AE) pour couverture avec un DC de moins de 90 jours, le montant individuel de base disponible est indiqué dans la colonne A, et le montant additionnel indiqué dans la colonne B est disponible avec un DC de 90 jours ou plus.

Par exemple:

Avec un revenu de 200 000 \$:

Client applique pour 8550 \$ avec un DC de 60 jours, est admissible à les limites combinées et doit prévoir un rajustement en fonction de AE; n'a aucune autre couverture individuelle en vigueur, mais possède une assurance invalidité de groupe qui continuera. La couverture sera ajusté à 7375 \$ avec un DC de 60 jours (la colonne A) et 1175 \$ avec un DC de 90 jours (la colonne B) pour un total de 8550 \$ (la colonne C). Le montant de la modification coordonnatrice de groupe sera 150 \$ (8700 \$ - 8550 \$; colonne D moins colonne C).

Détermination des limites de souscription par interpolation

Nous considérons approprié d'interpoler à l'intérieur des marges établies dans le tableau. Chacune des bandes de revenu reflète un palier de revenu, mais ne fournit qu'un seul montant d'assurance à ce palier de revenu. En conséquence, si le revenu de la personne se situe dans la partie supérieure de ce palier, il est approprié de majorer le montant d'assurance demandé pour qu'il s'approche du montant offert au palier de revenu suivant.

Exemple : pour le palier de revenus de 100 000 \$ à 109 999 \$, la limite de souscription non imposable est de 5 200 \$/mois. Pour un revenu de 110 000 \$, la limite de souscription est de 5 550 \$/mois. L'interpolation doit se calculer comme suit (en arrondissant à 25 \$ près) :

Formule : $(5\,550 \$ - 5\,200 \$) / 10 = 35 \$$ x chaque tranche de 1 000 \$ de revenu dépassant 100 000 \$

Revenu	Limite de souscription non imposable
100 000 \$	5 200 \$
103 000 \$	5 300 \$
106 000 \$	5 400 \$
109 000 \$	5 525 \$

Notes :

1. Le montant maximal d'assurance invalidité individuelle que la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) accordera et auquel elle participera varie selon la catégorie professionnelle et l'âge du proposant. Veuillez consulter le [Tableau des limites de souscription et de participation](#).
2. Le montant maximal d'assurances combinées que nous accorderons (combinaison d'assurances ILD collective de RBC Vie et invalidité individuelle de RBC Vie) est de 35 000 \$ (imposables ou non), sauf si le montant de l'assurance individuelle demandé est imposable (régime d'indemnités pour perte de salaire) et que celle-ci fait partie d'un groupe multivie selon la formule Établissement standard garanti® (aussi appelée ESG®). Si l'assurance individuelle choisie est imposable et qu'elle fait partie d'un groupe multivie ESG, nous accorderons jusqu'à 50 000 \$ d'assurance (combinaison de nos assurances ILD collective et invalidité individuelle). Cependant, le montant maximal d'assurance individuelle accordé sera limité au montant indiqué au [Tableau des limites de souscription](#) (colonne C).
3. Le montant maximal d'assurance invalidité auquel nous **participerons** (combinaison d'assurance avec RBC Vie et d'assurance individuelle, collective ou d'association avec toute autre compagnie) se limite à 35 000 \$ non-imposable et 50 000 \$ imposable.

DIRECTIVES CONCERNANT LES LIMITES COMBINÉES ET LA MODIFICATION COORDINATRICE A707GIO (28 mars 2024)

Les limites combinées permettent aux personnes exerçant certaines professions et ayant des revenus élevés d'obtenir un montant total plus élevé d'assurance invalidité en souscrivant à une assurance individuelle conjointement avec une assurance invalidité longue durée (ILD) **collective/d'association**. **Les demandes de limites combinées doivent être faites au moment de la proposition.**

Assurance individuelle maximale : le montant maximal d'assurance individuelle en cas d'invalidité établi en vertu des limites combinées ne peut pas excéder nos [limites non combinées normalement appliquées à l'assurance individuelle. \(Colonne C du tableau des limites de souscription\)](#), ni nos [limites de souscription et de participation](#) disponibles selon la catégorie professionnelle et l'âge du demandeur.

Régimes offerts : séries Professions et Fondations

Afin d'être admissible aux limites combinées : le demandeur doit répondre aux critères de catégorie professionnelle, d'emploi et d'assurance ILD collective/d'association énoncés ci-dessous.

Remarque : Le demandeur ne doit pas répondre aux [critères pour le rabais de 15%](#) pour être admissible aux limites combinées. En plus, il n'a pas besoin de demander un montant qui porte leur couverture invalidité individuelle totale à la couverture individuelle maximale disponible (colonne C). Se référer à la [remarque](#) ci-dessous qui explique quand les limites combinées et la modification coordonnatrice A707GIO peuvent ne pas être applicables.

Catégories professionnelles admissibles : 4A et 3A , y compris les assurés qui ont droit à la catégorie 3A en appliquant les directives relatives au rehaussement de catégorie.

Situations d'emploi non admissibles : sans égard à leur catégorie professionnelle, les limites combinées ne sont pas offertes aux travailleurs à temps partiel, aux travailleurs saisonniers ou aux travailleurs nouvellement à leur compte.

Assurance ILD collective/d'association : afin d'être admissible aux limites combinées:

- Le proposant doit avoir une assurance ILD collective/d'association en vigueur et doit maintenir cette couverture.
- L'assurance ILD collective peut être auprès de notre compagnie ou avec un autre assureur.
- **L'assurance CCQ (Commission de la construction du Québec) n'est pas considérée pour l'admissibilité aux limites combinées.**

Modification de groupe :

- Toutes les polices établies en vertu des limites combinées devront inclure une modification coordonnatrice de groupe/d'association (A707GIO).
- Toute assurance excédant la limite combinée individuelle, moins toutes les assurances individuelles en vigueur et demandées, y compris les ÉSG, sera rajustée. Se référer à [Calculer le montant de la modification coordonnatrice groupe/d'association A707GIO](#) et les exemples (ci-dessous).
- Cette modification devra être signée sur livraison de la police.
- Il n'y a aucun «rabais pour modification de groupe», mais un rabais associé de sélect 15% est disponible, sous réserve des critères de remise ci-dessous.
- Au maximum une fois par année civile, mais jamais plus de 90 jours après que l'assuré soit devenu invalide et le soit resté, l'assuré peut demander que nous réétudions le montant de la modification coordonnatrice. Si permis selon nos directives de tarification financière en vigueur au moment de la demande, et sujet au preuve de revenu actuel et de la couverture collective et/ou d'association, nous augmentons le montant de la modification coordonnatrice.

Rabais :

- Pour être admissible au rabais de sélect 15% (D09285-01) disponible sous les directrices pour limites combinées, le proposant doit demander la **couverture individuelle maximale** disponible (basé sur des [limites de souscription – Colonne C](#)). **Toute couverture individuelle doit être auprès de RBC.**
- Sur demande, le rabais sera étendu aux autres polices d'assurance invalidité admissibles et en vigueur de l'assuré. Lorsque le rabais de sélect est étendu aux autres polices en vigueur de l'assuré, le changement sera effectué en date courante et ne s'appliquera qu'aux primes futures à payer.

- Une demande de réduction de couverture pourrait entraîner la perte de ce rabais.

Assurance complémentaire à un régime d'établissement standard garanti (ÉSG) : même si leur profession ne leur donne pas droit aux limites combinées, les personnes à qui sont offertes les limites combinées en vertu d'un ÉSG auront droit aux limites combinées pour toute assurance supplémentaire demandée, faisant l'objet d'une tarification complète, sous réserve de ce qui suit :

- Le proposant fait toujours partie du groupe et/ou de l'association, ou est employé par la compagnie à qui l'ÉSG avait été offerte;
- L'offre d'ÉSG donnait droit aux limites combinées;
- Une assurance ILD collective/d'association demeure en vigueur.

Si le proposant ne fait plus partie du groupe et/ou de l'association, ou n'a plus d'assurance ILD collective/d'association en vigueur, les limites non combinées s'appliquent.

OAARF et limites combinées : les limites combinées seront permises lorsqu'une OAARF est exercée dans les situations suivantes :

- Les polices établies originalement avec des limites combinées, à condition que l'assurance ILD collective/d'association demeure en vigueur
- Les titulaires de polices qui sont maintenant admissibles aux limites combinées selon nos directives actuelles sur l'usage des limites combinées.
- Les titulaires de polices ÉSG en vigueur exerçant une OAARF pour les polices ayant fait l'objet d'une tarification complète, sous réserve de ce qui suit :
 - La personne assurée fait toujours partie du groupe et/ou de l'association ou est employée par la compagnie à qui l'ÉSG avait été offerte
 - L'offre d'ÉSG donnait droit aux limites combinées
 - Une assurance ILD collective/d'association demeure en vigueur

La demande pour des limites combinées devrait être incluse à la demande d'OAARF.

OAARF, limites combinées et modifications de groupe :

- **Les polices établies originalement avec les limites combinées :** Ces polices devraient comprendre la modification de groupe/d'association A707GIO requise, et les limites combinées peuvent être utilisées pour toute OAARF exercée, tant que les proposants y sont admissibles, tel qu'il a été indiqué ci-dessus. Le montant du rajustement sera modifié au besoin.
- **Les polices établies sans modification de groupe/d'association :** Pour les polices établies originalement avec des limites non combinées, nous accorderons les limites combinées à l'OAARF actuelle si la personne assurée est admissible, tel qu'il est indiqué ci-dessus.

Une modification coordonnatrice de groupe/d'association (A707GIO) sera incluse à toute augmentation approuvée. Le montant de la modification GIO peut être ajusté à un montant moins favorable pour les augmentations OAARF, mais ne peut pas être réduit plus que le montant d'augmentation de l'OAARF.

- **Les polices établies avec une modification de groupe/d'association A670 (ou des versions ultérieures) :**
 - Si une police a été établie originalement avec les limites non combinées, nous accorderons des limites combinées à l'OAARF actuelle, si la personne assurée y est admissible, tel qu'il est indiqué ci-dessus.
 - La modification de groupe/d'association sera recalculée à l'aide de limites combinées et la modification A670 sera remplacée par une modification A707GIO.
 - Si la police inclut un rabais de 10% basé sur la modification du groupe A670, nous allons maintenant supprimer le rabais de la police.
 - Un rabais de sélect 15% peut être appliqué au moment d'une demande d'OOARF (une fois la couverture individuelle maximale atteinte). Remarque: toute couverture individuelle doit être auprès de RBC.
[Se référer au premier point sous Rabais ci-dessus.](#)

Remarques:

- Il n'y a aucune différence entre l'indemnisation mensuelle dans la colonne C (limites ordinaires) et la colonne D (limites combinées) dans le [Tableau des Limites de Souscription](#) jusqu'aux niveaux de revenus plus élevés.
- Si les limites combinées sont demandées et le demandeur ne demande pas le maximum en assurance individuelle disponible (tout avec RBC) pour se qualifier pour le rabais de 15%, ou si le niveau de revenu ne permet pas une modification coordonnatrice plus favorable sous les limites combinées (colonne C et colonne D sont les mêmes), la modification A707GIO ne s'applique pas. Si une modification coordonnatrice est exigée en fonction des limites de souscription (colonne C) et le montant de couverture collective et individuelle en vigueur et demandé, les [directives pour la modification coordonnatrice groupe/d'association A670](#) devront être utilisées.
- Si le client ne demande pas le maximum de couverture individuelle disponible – toute avec RBC (et donc n'est pas admissible au rabais de 15%), et que le montant de la colonne D est supérieure au montant de la colonne C selon le revenu, il est raisonnable d'offrir la **modification coordonnatrice A707GIO sans un rabais** ou la **modification coordonnatrice A670 avec un rabais** (le cas échéant).

Exemple:

Le client se qualifie pour les limites combinées

Revenu de 230 000 \$

Limite de souscription (Colonne C) : 9 425 \$

Limite combinée (Colonne D) : 9 750 \$

Couverture demandée : 5 000 \$

Autre assurance invalidité individuelle en vigueur : 4 425 \$ (**pas** avec RBC)

Rabais pour les limites combinées : Non (le total de la couverture en vigueur et demandée est égal à la couverture individuelle maximale disponible (Colonne C), mais ce n'est pas tout avec RBC)

Méthode de calcul pour la modification coordonnatrice A707GIO:

Limite combinée (colonne D = 9 750 \$) moins toute AI individuelle (en vigueur et demandée = 9 425 \$) = **325 \$ (le montant de la modification coordonnatrice de groupe/d'association A707GIO) – Aucun rabais.** La couverture sous la police sera réduite par le montant de l'assurance collective/d'association qui excède 325 \$.

Si assurance ILD collective/d'association = 2 000 \$ au moment de la réclamation.

Collective/association = 2 000 \$ moins 325 \$ = 1 675 \$. L'indemnité de 5 000 \$ sera réduite par 1 675 \$, laissant un **montant payable de 3 325 \$**. Ce montant plus l'autre AI individuelle en vigueur de 4 425 \$ plus le 2 000 \$ en assurance collective/d'association = **9 750 \$** (la limite combinée – colonne D).

S'il n'y a aucune assurance collective/d'association en vigueur au moment de la réclamation, l'indemnité mensuelle de la police n'est pas réduite.

Formule pour la modification coordonnatrice A670: se référer également aux [directives pour la modification coordonnatrice de groupe/d'association A670](#) pour des renseignements supplémentaires.

Montant de l'assurance ILD collective/d'association en vigueur au moment de la proposition: 2 000 \$

Limite de souscription (colonne C): 9 425 \$ moins 2 000 \$ (assurance ILD collective/d'association) = 7 425 \$ (le montant de couverture disponible sans une modification coordonnatrice)

5 000 \$ (couverture demandée); plus 4 425 \$ (autre AI individuelle en vigueur) = 9 425 \$; moins 7 425 \$ (le montant de couverture disponible sans une modification coordonnatrice) = **2 000 \$ (le montant de la modification coordonnatrice groupe/d'association A670)**

*Un **rabais de 10% s'applique** car le montant de la modification coordonnatrice est égal ou supérieur à 1 000 \$.

L'indemnité de 5 000 \$ sera réduite par 2 000 \$ au moment de la réclamation, laissant un **montant payable de 3 000 \$**. Ce montant plus l'autre AI individuelle en vigueur de 4 425 \$ plus le 2 000 \$ en assurance collective/d'association = **9 425 \$** (la limite de souscription – colonne C).

***Quand il y a un rabais de 10% pour la modification coordonnatrice de groupe/d'association A670 accordé à la police :**

Les clients doivent aviser RBC si l'assurance collective/d'association se termine. À ce moment, le rabais est supprimé mais la modification coordonnatrice de groupe/d'association reste sur la police.

Au moment de la réclamation:

- S'il n'y a aucune assurance collective/d'association en vigueur, l'indemnité n'est pas réduite.
- Si RBC n'a pas été avisé de la terminaison de l'assurance collective/d'association, l'indemnité sera réduite par 10% à moins qu'il y a une autre assurance collective/d'association en vigueur.

Avec la **modification coordonnatrice A707GIO**, l'indemnité mensuelle de la police sera de **3 325 \$**, mais les **primes ne seront pas escomptées**.

Avec la **modification coordonnatrice A670**, l'indemnité mensuelle de la police sera de **3 000 \$**, et les **primes seront escomptées par 10%** (tant que l'assurance collective ou d'association demeure en vigueur).

Calculer le montant de la modification coordonnatrice groupe/d'association A707GIO :

- Limite combinée (colonne D) moins toute assurance invalidité individuelle (en vigueur et demandée) = le montant de la modification coordonnatrice de groupe/d'association A6707GIO

Les limites de souscription et de participation utilisées dans les exemples ci-dessous pour calculer le montant de la modification coordonnatrice A707GIO sont basées sur les Limites de Souscription et de Participation disponibles aux classes 3A et 4A, âges 18 à 55, non-imposable.

Exemple #1:

Revenu gagné annuel assurable: 230 000 \$

Limite de souscription (Colonne C): 9 425 \$

Limite combinée (Colonne D): 9 750 \$

Couverture demandée: 9 425 \$

Autre assurance invalidité individuelle en vigueur: 0,00 \$

Rabais: Oui (couverture maximale individuelle est demandée (Colonne C) – tout avec RBC)

Calcul de la modification coordonnatrice:

Limite combinée (9 750 \$) moins toute assurance invalidité individuelle (en vigueur et demandée = 9 425 \$) = **325 \$ (le montant de la modification coordonnatrice A707GIO)**

L'indemnité de la police sera réduite par le montant de l'assurance collective/d'association qui excède 325 \$.

Si l'assurance ILD collective/d'association = 8 000 \$ au moment de la réclamation:

Collective/association = 8 000 \$ moins 325 \$ = 7 675 \$. L'indemnité de 9 425 \$ sera réduite par 7 675 \$, laissant un montant payable de 1 750 \$. Ce montant plus le 8 000 \$ en assurance collective/d'association = 9 750 \$ (la limite combinée).

Exemple #2:

Revenu gagné annuel assurable: 260 000 \$

Limite de souscription (Colonne C): 10 275 \$

Limite combinée (Colonne D): 10 825 \$

Couverture demandée: 9 000 \$

Autre assurance invalidité individuelle en vigueur: 1 275 \$ (avec RBC)

Rabais: Oui (couverture maximale individuelle demandée (Colonne C) – tout avec RBC)

Calcul de la modification coordonnatrice:

Limite combinée (10 825 \$) moins toute assurance invalidité individuelle (en vigueur et demandée = 10 275 \$)
= **550 \$ (le montant de la modification coordonnatrice A707GIO)**

L'indemnité de la police sera réduite par le montant de l'assurance collective/d'association qui excède 550 \$.

Si l'assurance ILD collective/d'association = 6 000 \$ au moment de la réclamation:

Collective/association = 6 000 \$ moins 550 \$ = 5 450 \$. L'indemnité de 9 000 \$ sera réduite par 5 450 \$, laissant un montant payable de 3 550 \$. Ce montant plus le 1 275 \$ sous l'autre police RBC plus le 6 000 \$ en assurance collective/d'association = 10 825 \$ (la limite combinée).

Exemple #3:

Revenu gagné annuel assurable: 300 000 \$

Limite de souscription (Colonne C): 11 350 \$

Limite combinée (Colonne D): 12 275 \$

Couverture demandée: 10 000 \$

Autre assurance invalidité individuelle en vigueur: 0,00 \$

Rabais: Non (couverture maximale individuelle n'est pas demandée – Colonne C)

Calcul de la modification coordonnatrice:

Limite combinée (12 275 \$) moins toute assurance invalidité individuelle (en vigueur et demandée = 10 000 \$)
= **2 275 \$ (le montant de la modification coordonnatrice A707GIO)**

L'indemnité de la police sera réduite par le montant de l'assurance collective/d'association qui excède 2 275 \$.

Si l'assurance ILD collective/d'association = 9 000 \$ au moment de la réclamation:

Collective/association = 9 000 \$ moins 2 275 \$ = 6 725 \$. L'indemnité de 10 000 \$ sera réduite par 6 725 \$, laissant un montant payable de 3 275 \$. Ce montant plus le 9 000 \$ en assurance collective/d'association = 12 275 \$ (la limite combinée).

Exemple #4:

Revenu gagné annuel assurable: 350 000 \$

Limite de souscription (Colonne C): 12 575 \$

Limite combinée (Colonne D): 14 075 \$

Couverture demandée: 10 000 \$

Autre assurance invalidité individuelle en vigueur: 2 575 \$ (**pas** avec RBC)

Rabais: Non (le total de la couverture en vigueur et demandée est égal à la couverture maximale individuelle (Colonne C), cependant toute la couverture n'est pas avec RBC).

Calcul de la modification coordonnatrice:

Limite combinée (14 075 \$) moins toute assurance invalidité individuelle (en vigueur et demandée = 12 575 \$)
= **1 500 \$ (le montant de la modification coordonnatrice A707GIO)**

L'indemnité de la police sera réduite par le montant de l'assurance collective/d'association qui excède 1 500 \$.

Si l'assurance ILD collective/d'association = 7 000 \$ au moment de la réclamation:

Collective/association = 7 000 \$ moins 1 500 \$ = 5 500 \$. L'indemnité de 10 000 \$ sera réduite par 5 500 \$, laissant un montant payable de 4 500 \$. Ce montant plus le 2 575 \$ avec une autre assureur plus le 7 000 \$ en assurance collective/d'association = 14 075 \$ (la limite combinée).

LIMITES DE SOUSCRIPTION – 09/2016 – sous réserve des limites de souscription et de participation						
Revenu professionnel net annuel	Non imposable				Imposable (Régime d'indemnités pour perte de salaire)	
	Colonne A	Colonne B	Colonne C	Colonne D	Colonne C	Colonne D
	Avec A-E Montant disponible avec un DC de 30 ou 60 jours	Avec A-E Montant disponible en plus du montant indiqué dans la colonne A et est assujéti à un DC de 90 jours ou plus	Avec A-E Montant total disponible avec DC de 90 jours ou plus Sans A-E Montant disponible avec tout DC	Limites combinées*	Avec ou sans A-E Montant disponible avec tout DC	Limites combinées*
12 000 – 12 999	325	550	875	875	875	875
13 000 – 13 999	375	575	950	950	975	975
14 000 – 14 999	400	600	1 000	1 000	1 050	1 050
15 000 – 15 999	400	650	1 050	1 050	1 100	1 100
16 000 – 17 999	450	675	1 125	1 125	1 200	1 200
18 000 – 19 999	475	750	1 225	1 225	1 325	1 325
20 000 – 21 999	500	825	1 325	1 325	1 500	1 500
22 000 – 23 999	550	900	1 450	1 450	1 650	1 650
24 000 – 25 999	625	950	1 575	1 575	1 825	1 825
26 000 – 27 999	650	1 025	1 675	1 675	1 925	1 925
28 000 – 29 999	700	1 100	1 800	1 800	2 100	2 100
30 000 – 32 999	725	1 175	1 900	1 900	2 250	2 250
33 000 – 35 999	775	1 300	2 075	2 075	2 475	2 475
36 000 – 37 999	850	1 400	2 250	2 250	2 650	2 650
38 000 – 39 999	900	1 475	2 375	2 375	2 825	2 825
40 000 – 43 999	975	1 525	2 500	2 500	2 975	2 975
44 000 – 47 999	1 150	1 550	2 700	2 700	3 250	3 250
48 000 – 51 999	1 375	1 525	2 900	2 900	3 525	3 525
52 000 – 55 999	1 575	1 500	3 075	3 075	3 850	3 850
56 000 – 59 999	1 775	1 500	3 275	3 275	4 125	4 125
60 000 – 64 999	2 000	1 475	3 475	3 475	4 375	4 375
65 000 – 69 999	2 275	1 450	3 725	3 725	4 750	4 750
70 000 – 74 999	2 500	1 450	3 950	3 950	5 100	5 100
75 000 – 79 999	2 750	1 425	4 175	4 175	5 425	5 425
80 000 – 89 999	3 000	1 400	4 400	4 400	5 750	5 750
90 000 – 99 999	3 450	1 375	4 825	4 825	6 425	6 425
100 000 – 109 999	3 850	1 350	5 200	5 200	7 075	7 075
110 000 – 119 999	4 225	1 325	5 550	5 550	7 725	7 725
120 000 – 129 999	4 625	1 300	5 925	5 925	8 350	8 350
130 000 – 139 999	5 025	1 275	6 300	6 300	8 975	8 975
140 000 – 149 999	5 375	1 250	6 625	6 625	9 625	9 625
150 000 – 159 999	5 725	1 250	6 975	6 975	10 200	10 200

*Certaines restrictions s'appliquent. Veuillez vous reporter à la section [Directives concernant les limites combinées](#).
[Explication du Tableau des Limites de Souscription](#)

LIMITES DE SOUSCRIPTION - 09/2016 - sous réserve des limites de souscription et de participation						
Revenu professionnel net annuel	Non imposable				Imposable (Régime d'indemnités pour perte de salaire)	
	Colonne A	Colonne B	Colonne C	Colonne D	Colonne C	Colonne D
	Avec A-E Montant disponible avec un DC de 30 ou 60 jours	Avec A-E Montant disponible en plus du montant indiqué dans la colonne A et est assujetti à un DC de 90 jours ou plus	Avec A-E Montant total disponible avec DC de 90 jours ou plus Sans A-E Montant disponible avec tout DC	Limites combinées*	Avec ou Sans A-E Montant disponible avec tout DC	Limites combinées*
160 000 - 169 999	6 075	1 225	7 300	7 300	10 775	10 825
170 000 - 179 999	6 400	1 200	7 600	7 600	11 375	11 625
180 000 - 189 999	6 725	1 200	7 925	7 925	11 950	12 425
190 000 - 199 999	7 050	1 200	8 250	8 300	12 525	13 175
200 000 - 209 999	7 375	1 175	8 550	8 700	13 075	13 925
210 000 - 219 999	7 650	1 175	8 825	9 025	13 600	14 700
220 000 - 229 999	7 950	1 175	9 125	9 375	14 125	15 400
230 000 - 239 999	8 275	1 150	9 425	9 750	14 700	16 100
240 000 - 249 999	8 550	1 150	9 700	10 100	15 225	16 800
250 000 - 259 999	8 850	1 150	10 000	10 475	15 725	17 500
260 000 - 269 999	9 125	1 150	10 275	10 825	16 250	18 200
270 000 - 279 999	9 425	1 125	10 550	11 200	16 750	18 900
280 000 - 289 999	9 700	1 125	10 825	11 550	17 250	19 600
290 000 - 299 999	9 950	1 125	11 075	11 900	17 725	20 300
300 000 - 309 999	10 225	1 125	11 350	12 275	18 225	21 000
310 000 - 319 999	10 475	1 125	11 600	12 625	18 675	21 450
320 000 - 329 999	10 750	1 125	11 875	13 000	19 175	22 125
330 000 - 339 999	10 975	1 125	12 100	13 350	19 600	22 825
340 000 - 349 999	11 225	1 100	12 325	13 725	20 025	23 525
350 000 - 359 999	11 475	1 100	12 575	14 075	20 475	24 200
360 000 - 369 999	11 725	1 100	12 825	14 450	20 850	24 900
370 000 - 379 999	11 925	1 100	13 025	14 800	21 300	25 600
380 000 - 389 999	12 150	1 100	13 250	15 175	21 725	26 275
390 000 - 399 999	12 350	1 100	13 450	15 525	22 075	26 975
400 000 - 409 999	12 575	1 100	13 675	15 900	22 450	27 675
410 000 - 419 999	12 825	1 100	13 925	16 250	22 900	28 350
420 000 - 429 999	13 075	1 100	14 175	16 625	23 350	29 050
430 000 - 439 999	13 325	1 100	14 425	16 975	23 825	29 750
440 000 - 449 999	13 575	1 075	14 650	17 350	24 275	30 425
450 000 - 459 999	13 825	1 075	14 900	17 700	24 700	31 125
460 000 - 469 999	14 075	1 075	15 150	18 050	25 125	31 825
470 000 - 479 999	14 325	1 075	15 400	18 425	25 575	32 500

*Certaines restrictions s'appliquent. Veuillez vous reporter à la section [Directives concernant les limites combinées](#).
[Explication du Tableau des Limites de Souscription](#)

LIMITES DE SOUSCRIPTION - 09/2016 - sous réserve des limites de souscription et de participation						
Revenu professionnel net annuel	Non imposable				Imposable (Régime d'indemnités pour perte de salaire)	
	Colonne A	Colonne B	Colonne C	Colonne D	Colonne C	Colonne D
	Avec A-E Montant disponible avec un DC de 30 ou 60 jours	Avec A-E Montant disponible en plus du montant indiqué dans la colonne A et est assujéti à un DC de 90 jours ou plus	Avec A-E Montant total disponible avec DC de 90 jours ou plus Sans A-E Montant disponible avec tout DC	Limites combinées*	Avec ou Sans A-E Montant disponible avec tout DC	Limites combinées*
480 000 - 489 999	14 550	1 075	15 625	18 775	26 025	33 200
490 000 - 499 999	14 775	1 075	15 850	19 150	26 450	33 900
500 000 - 509 999	14 975	1 075	16 050	19 500	26 850	34 575
510 000 - 519 999	15 250	1 075	16 325	19 875	27 350	35 275
520 000 - 529 999	15 500	1 075	16 575	20 225	27 800	35 525
530 000 - 539 999	15 750	1 075	16 825	20 550	28 325	36 225
540 000 - 549 999	16 000	1 075	17 075	20 900	28 775	36 900
550 000 - 559 999	16 250	1 075	17 325	21 250	29 225	37 125
560 000 - 569 999	16 500	1 075	17 575	21 575	29 675	37 800
570 000 - 579 999	16 725	1 075	17 800	21 925	30 150	38 475
580 000 - 589 999	16 975	1 075	18 050	22 275	30 575	38 675
590 000 - 599 999	17 200	1 075	18 275	22 600	31 050	39 325
600 000 - 609 999	17 450	1 075	18 525	22 950	31 500	40 000
610 000 - 619 999	17 675	1 075	18 750	23 275	31 950	40 675
620 000 - 629 999	17 925	1 075	19 000	23 625	32 400	41 325
630 000 - 639 999	18 175	1 075	19 250	23 975	32 850	42 000
640 000 - 649 999	18 425	1 050	19 475	24 300	33 275	42 675
650 000 - 659 999	18 650	1 050	19 700	24 650	33 725	43 325
660 000 - 669 999	18 900	1 050	19 950	25 000	34 175	44 000
670 000 - 679 999	19 125	1 050	20 175	25 325	34 600	44 675
680 000 - 689 999	19 350	1 050	20 400	25 675	35 000	45 325
690 000 - 699 999	19 575	1 050	20 625	26 000	35 000	46 000
700 000 - 709 999	19 825	1 050	20 875	26 350	35 000	46 675
710 000 - 719 999	20 050	1 050	21 100	26 700	35 000	47 325
720 000 - 729 999	20 250	1 050	21 300	27 025	35 000	48 000
730 000 - 739 999	20 475	1 050	21 525	27 375	35 000	48 675
740 000 - 749 999	20 700	1 050	21 750	27 725	35 000	49 325
750 000 - 759 999	20 925	1 050	21 975	27 800	35 000	50 000
760 000 - 769 999	21 175	1 050	22 225	27 900	35 000	50 000
770 000 - 779 999	21 400	1 050	22 450	28 025	35 000	50 000
780 000 - 789 999	21 600	1 050	22 650	28 100	35 000	50 000
790 000 - 799 999	21 825	1 050	22 875	28 225	35 000	50 000

*Certaines restrictions s'appliquent. Veuillez vous reporter à la section [Directives concernant les limites combinées](#)
[Explication du Tableau des Limites de Souscription](#)

LIMITES DE SOUSCRIPTION - 09/2016 - sous réserve des limites de souscription et de participation						
	Non imposable				Imposable (Régime d'indemnités pour perte de salaire)	
Revenu professionnel net	Colonne A	Colonne B	Colonne C	Colonne D	Colonne C	Colonne D
	Avec A-E Montant disponible avec un DC de 30 ou 60 jours	Avec A-E Montant disponible en plus du montant indiqué dans la colonne A et est assujéti à un DC de 90 jours ou plus	Avec A-E Montant total disponible avec DC de 90 jours ou plus Sans A-E Montant disponible avec tout DC	Limites combinées*	Avec ou Sans A-E Montant disponible avec tout DC	Limites combinées*
800 000 - 809 999	22 025	1 050	23 075	28 275	35 000	50 000
810 000 - 819 999	22 250	1 050	23 300	28 375	35 000	50 000
820 000 - 829 999	22 475	1 050	23 525	28 450	35 000	50 000
830 000 - 839 999	22 650	1 050	23 700	28 525	35 000	50 000
840 000 - 849 999	22 875	1 050	23 925	28 625	35 000	50 000
850 000 - 859 999	23 050	1 050	24 100	28 675	35 000	50 000
860 000 - 869 999	23 275	1 050	24 325	28 750	35 000	50 000
870 000 - 879 999	23 500	1 050	24 550	28 850	35 000	50 000
880 000 - 889 999	23 700	1 050	24 750	28 875	35 000	50 000
890 000 - 899 999	23 925	1 050	24 975	28 950	35 000	50 000
900 000 - 909 999	24 100	1 050	25 150	29 000	35 000	50 000
910 000 - 919 999	24 325	1 050	25 375	29 100	35 000	50 000
920 000 - 929 999	24 525	1 050	25 575	29 150	35 000	50 000
930 000 - 939 999	24 700	1 050	25 750	29 200	35 000	50 000
940 000 - 949 999	24 900	1 050	25 950	29 275	35 000	50 000
950 000 - 959 999	25 100	1 050	26 150	29 325	35 000	50 000
960 000 - 969 999	25 300	1 050	26 350	29 375	35 000	50 000
970 000 - 979 999	25 500	1 050	26 550	29 425	35 000	50 000
980 000 - 989 999	25 675	1 050	26 725	29 475	35 000	50 000
990 000 - 999 999	25 875	1 050	26 925	29 550	35 000	50 000
1 000 000 - 1 099 999	26 050	1 050	27 100	29 575	35 000	50 000
1 100 000 - 1 199 999	27 900	1 050	28 950	31 275	35 000	50 000
1 200 000 - 1 299 999	29 700	1 050	30 750	32 950	35 000	50 000
1 300 000 - 1 399 999	31 525	1 025	32 550	34 650	35 000	50 000
1 400 000 - 1 499 999	33 325	1 025	34 350	35 000	35 000	50 000
1 500 000 et plus	33 975	1 025	35 000	35 000	35 000	50 000

*Certaines restrictions s'appliquent. Veuillez vous reporter à la section [Directives concernant les limites combinées](#)
[Explication du Tableau des Limites de Souscription](#)

TABLEAU DES EXIGENCES FINANCIÈRES (15 janvier 2024)

SÉRIES PROFESSIONS, FONDATIONS, PROTECTION-RETRAITE, AVANT-GARDE*, QUANTUM*, ET PROTECTION PERSONNE CLÉ*

*Veuillez référer aux notes en dessous du tableau pour des règles supplémentaires pour ces produits.

Entreprise/situation d'emploi	Montant demandé et en vigueur de 1 500 \$ ou moins	Montant demandé et en vigueur de plus de 1 500 \$ et moins de 10 000 \$	Montant demandé et en vigueur de 10 000 \$ ou plus
Employé, sans participation dans l'entreprise	Aucun document financier nécessaire	Aucun document financier nécessaire	T4 + T1*
Employé déclarant des déductions pour dépenses professionnelles ou employé à commission déclarant des déductions professionnelles	Aucun document financier nécessaire	T1*	T4 + T1*
Propriétaire/actionnaire d'une société juridiquement constituée	Aucun document financier nécessaire	T1* + état des résultats de l'entreprise	T4 + T1* + états financiers complets de l'entreprise**
Membre d'une profession libérale, propriétaire ou associé d'un entreprise non constitué en société	Aucun document financier nécessaire	T1*	T1* + T2125***
Agriculteur constitué en société	Aucun document financier nécessaire <u>Exception:</u> Si vous demandez les Limites de souscription particulières aux agriculteurs , une preuve de revenu (voir colonne à la droite) est exigée.	T1* <u>et</u> bilan, état des résultats et annexe 8 (Déduction pour amortissement) des derniers états financiers de la société ; <u>et</u> T2 annexe 1 (Revenu net (perte nette) aux fins de l'impôt sur le revenu) de la plus récente déclaration T2 Déclaration de revenus des sociétés.	
Agriculteur non constitué en société	Aucun document financier nécessaire <u>Exception:</u> Si vous demandez les Limites de souscription particulières aux agriculteurs , une preuve de revenu (voir colonne à la droite) est exigée.	T1* <u>et</u> toutes les pages de la déclaration T2042 (État des résultats des activités d'une entreprise agricole) ; <u>ou</u> T1* <u>et</u> déclaration T1163 (État A) <u>et</u> formulaire T1175 (Agriculture - Calcul de la déduction pour amortissement).	

T1 signifie toutes les pages jusqu'à la ligne 26000 inclusivement de la plus recent Déclaration de revenus - T1 générale fédérale.

** **Les états financiers de l'entreprise** comprenant l'état des résultats (profits et pertes), le bilan et les notes complémentaires du dernier exercice financier complet.

***T2125 - État des résultats des activités d'une entreprise ou d'une profession libérale

Cadres supérieurs 4A – 3 personnes ou plus dans le cadre d'une protection multiple	Tous les montants
Employé, ne détient aucune part de l'entreprise	État nominatif ou lettre sur du papier à en-tête de l'entreprise, signé et daté par le signataire autorisé de l'entreprise, qui indique son titre. Le document doit comprendre une description détaillée des salaires, des bonis et des autre forms de rémunération de tous les proposant pour les deux dernières années. Si l'original du document n'est pas disponible ou n'est pas soumis, l'état nominative peut être tansmis par courriel par le signataire autorisé de l'entreprise, non par le conseiller ou le proposant.
Propriétaire d'entreprise/actionnaire	Même exigence que pour « Employé ne détient aucune part de l'entreprise» plus états financiers complets de l'entreprise** pour le dernier exercice complet.

** **Les états financiers de l'entreprise** comprenant l'état des résultats (profits et pertes), le bilan et les notes complémentaires du dernier exercice financier complet.

Série Avant-garde et Protection personne-clé:

Aucun document financier n'est systématiquement requis, à moins que l'assurance en vigueur et l'assurance proposée excèdent **3 000\$** par mois, quel que soit le statut de l'emploi (à condition que ces documents ne soient pas requis pour quelque autre assurance demandée simultanément). **Cependant**, si le proposant est un employé, sans participation dans l'entreprise, aucun document financier est requis pour les montants d'assurances demandés et en vigueur de moins de **10 000\$**, comme indiqué dans le tableau ci-dessus.

Quantum :

Aucun document financier n'est systématiquement requis, à moins que l'assurance en vigueur et l'assurance proposée excèdent **5 000\$** par mois, quel que soit le statut de l'emploi (à condition que ces documents ne soient pas requis pour quelque autre assurance demandée simultanément). **Cependant**, si le proposant est un employé, sans participation dans l'entreprise, aucun document financier est requis pour les montants d'assurances demandés et en vigueur de moins de **10 000\$**, comme indiqué dans le tableau ci-dessus.

ASSURANCE FRAIS GÉNÉRAUX D'ENTREPRISE

Structure de l'entreprise	Tous les montants
Tous les postulants	Supplément – Frais généraux d'entreprise Il n'y a pas d'exigences financières particulières en ce qui concerne les propositions d'assurance Frais généraux d'entreprise, à condition que les documents financiers ne soient pas exigés pour tout autre type d'assurance souscrit en même temps. La preuve des revenus et des dépenses est exigée au moment de présenter une demande de règlement.

PROTECTION PRÊT COMMERCIAL

Structure de l'entreprise	Tous les montants
Tous les postulants	Supplément – Protection prêt commercial Il n'y a pas d'exigences financières particulières en ce qui concerne les propositions d'assurance Protection prêt commercial, à condition que les documents financiers ne soient pas exigés pour tout autre type d'assurance souscrit en même temps. La preuve des prêts est exigée au moment de présenter une demande de règlement.

POLICE RACHAT EN CAS D'INVALIDITÉ

Structure de l'entreprise	Tous les montants
Membre d'une profession libérale, propriétaire ou associé d'une entreprise non constituée en société	T1* et états financiers complets d'entreprise** des deux dernières années
Propriétaire/actionnaire d'une société juridiquement constituée	T1* ou T4 et états financiers complets d'entreprise** des deux dernières années

* T1 signifie toutes les pages jusqu'à la ligne 26000 inclusivement de la plus récente Déclaration de revenus – T1 générale fédérale.

** Les états financiers de l'entreprise comprenant l'état des résultats (profits et pertes), le bilan et les notes complémentaires du dernier exercice financier complet.

NOTES AFFÉRENTES À TOUS LES TABLEAUX DES EXIGENCES FINANCIÈRES

(31 août 2020)

1. Tous les documents doivent porter sur le dernier exercice financier ayant fait l'objet d'une déclaration de revenu et/ou d'états financiers de l'entreprise*. Toute proposition rédigée après le 15 mai doit être accompagnée des documents financiers de l'année d'imposition précédente.
2. Un propriétaire de ferme peut être constitué en société ou non constitué en société. Dans tous les cas, nous exigeons le formulaire T1 Générale**, ainsi que les attestations de revenus exigées, comme indiqué dans le [Tableau des exigences financières](#). Veuillez vous reporter à la section [Limites de souscription particulières aux agriculteurs](#) dans les directives pour obtenir des renseignements supplémentaires.
3. Les étudiants et les professionnels en première année d'exercice : Nous accordons un montant d'assurance, sans attestation de revenus et sans document financier, à certains étudiants et professionnels en première année d'exercice. Veuillez vous reporter à la [Limites particulières aux étudiants](#) pour obtenir des renseignements supplémentaires.
4. Veuillez vous reporter à la section [Revenu professionnel](#) afin de déterminer le revenu professionnel exact à inscrire dans la section appropriée de la proposition. Toute divergence entre le montant du revenu documenté et le revenu professionnel énoncé dans la proposition devrait faire l'objet d'une explication.
5. **Un avis de cotisation ne constitue pas une preuve de revenu acceptable.** Un avis de cotisation rapporte le total des revenus imposables et ne fournit pas les sources ou la nature du revenu. Par conséquent, nous sommes dans l'impossibilité de faire la distinction entre le revenu professionnel et non professionnel en ayant recours à l'avis de cotisation.
6. Nous tenons compte des salaires des propriétaires d'entreprise en calculant la valeur de l'entreprise pour l'assurance Rachat en cas d'invalidité. Ainsi, les détails de la rémunération de tous les propriétaires du dernier exercice complet devraient nous être fournis.

* **Les états financiers d'entreprise** comprennent les documents suivants : l'état des resultants (profits et pertes), le bilan, et les notes, complémentaires du dernier exercice financier complet.

** **T1 Générale** se rapporte à toutes les pages jusqu'à la ligne 26000 inclusivement de la déclaration d'impôt fédéral sur le revenu T1 Générale la plus récente.

FAILLITE / PROPOSITION (2 novembre 2015)

Si le proposant a des antécédents de faillite (ou une proposition) qui n'a pas été libéré, la couverture sera refusée.

La couverture peut être envisagée après la libération d'une seule faillite ou d'une proposition, sous réserve d'un revenu professionnel stable après la date de libération et pour autant qu'il n'y ait pas d'autres préoccupations au point de vue de la tarification.

MODIFICATION COORDONNATRICE DE GROUPE/D'ASSOCIATION (A670) (17 décembre 2020)

La Modification Coordonnatrice de Groupe/D'Association (A670) peut être annexée à l'assurance établie en vertu des polices des séries Fondations et Professions.

Les modifications coordonnatrices de groupe/d'association ne sont pas requises pour les polices de la série Avant-garde et Quantum en raison des dispositions contractuelles que contiennent ces polices au sujet de la coordination des prestations d'assurance de groupe ou d'association.

Si le proposant a de l'assurance de groupe et/ou d'association en vigueur ou à l'étude, (y compris une période probatoire ou une période d'attente), cette modification nous permettra d'offrir une assurance individuelle additionnelle dans les cas où les limites de revenus et une assurance en vigueur et à l'étude pourraient autrement réduire le montant de l'assurance individuelle offerte ou nous empêcher d'en offrir. La modification peut également être utilisée si un proposant peut opter de souscrire ou non à un régime collectif. Seulement le montant de l'assurance excédant nos [limites de souscription](#) sera déduit, empêchant donc la surassurance.

Une déclaration signée, annexée à la police, indiquera le montant d'indemnisation mensuelle assujéti à la Modification coordonnatrice de groupe/d'association.

DISPOSITION COORDONNATRICE DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ DE GROUPE ET D'ASSOCIATION

Même si un proposant nous avise que son assurance invalidité de groupe et/ou d'association renferme une disposition coordonnatrice ou un maximum de toutes sources, une modification de groupe doit être utilisée lorsque le montant total de l'assurance de groupe/d'association et de l'assurance individuelle dépasse nos limites de souscription. Des exceptions s'appliquent aux étudiants en médecine/résidents avec une assurance collective temporaire. Veuillez-vous référer à l'**Offre aux étudiants en médecine** dans le [guide du conseiller Programme de réduction des primes pour étudiants](#) pour des précisions.

RÉDUCTION DE PRIME

Pour les nouvelles polices seulement. Si le montant de la modification coordonnatrice est de 1 000 \$ par mois ou plus ou si le montant de la modification coordonnatrice est égale au montant intégral de la police (si l'indemnité mensuelle de la police est moins de 1 000 \$) et si la période d'indemnisation de l'assurance collective/d'association est supérieure à un an, une réduction de prime de 10 % est appliquée à toute la police.

La réduction de prime n'est pas disponible si la modification de groupe/d'association est ajoutée ou augmentée par suite à une modification de la police ou pour exercer une OAARF au titre d'une police en vigueur.

Calcul du montant de la modification coordonnatrice de groupe/d'association A670:

1. Montant de la couverture maximale disponible par revenu selon nos [limites de souscription \(colonne C\)](#) moins le montant de l'assurance collective/d'association = le montant de couverture individuelle disponible sans une modification coordonnatrice
2. Montant de la couverture demandée plus toute autre couverture individuelle moins le montant de la couverture individuelle disponible sans une modification coordonnatrice = le montant de la modification coordonnatrice de groupe/d'association.

Exemple :

Le demandeur se qualifie pour 6 000 \$ par mois selon nos limites de souscription

Montant de l'assurance collective ou d'association: 3 500 \$ par mois

Couverture demandée: 5 000 \$ par mois

Autre couverture individuelle en vigueur: 1 000 \$

1. 6 000 \$ – 3 500 \$ = 2 500 \$ (montant de couverture disponible sans une modification coordonnatrice)
2. 5 000 \$ + 1 000 \$ = 6 000 \$ – 2 500 \$ = 3 500 \$ (montant de la modification coordonnatrice)

La couverture de 5 000 \$ sera réduite par 3 500 \$ résultant en un montant payable de 1 500 \$. Ce montant plus l'autre couverture de 1 000 \$ plus le montant de la couverture de groupe ou d'association de 3 500 \$ = 6 000 \$ (couverture maximale disponible).

La police d'assurance serait acceptée avec une modification coordonnatrice de groupe/d'association et la déclaration à signer indiquerait que la coordination s'applique aux 3 500 \$ par mois qui est le montant de la couverture collective/d'association que le demandeur détient en excès de la limite de souscription de 6 000 \$. La prime pour la prestation mensuelle totale de 5 000 \$ est réduite par 10 %.

Remarque: Le montant admissible de 6 000 \$ dans l'exemple ci-dessus est aussi la **couverture individuelle maximale disponible**. Si « l'autre » couverture individuelle en vigueur dans l'exemple était de plus 1 000 \$, il faudra réduire le 5 000 \$ demandé par le montant excédant 1 000 \$ car la modification coordonnatrice peut réduire seulement la couverture collective/d'association. Elle ne peut réduire une assurance invalidité individuelle.

Exemple :

Le demandeur se qualifie pour 6 000 \$ par mois selon nos limites de souscription

Montant de l'assurance collective ou d'association: 3 500 \$ par mois

Couverture demandée: 5 000 \$ par mois

Autre couverture individuelle en vigueur: 2 000 \$

Comme le demandeur a déjà 2 000 \$ en couverture individuelle, la police d'assurance invalidité individuelle serait accepté pour un montant de 4 000 \$ seulement pour un total de 6 000 \$ en couverture individuelle. Le montant de la modification coordonnatrice sera toujours de 3 500 \$.

1. $6\,000\ \$ - 3\,500\ \$ = 2\,500\ \$$ (montant de couverture disponible sans une modification coordonnatrice).
2. $4\,000\ \$$ (réduit de 5 000 \$) + 2 000 \$ = 6 000 \$ - 2 500 \$ = 3 500 \$ (montant de la modification coordonnatrice)

La couverture de 4 000 \$ sera réduite par 3 500 \$ résultant en un montant payable de 500 \$. Ce montant plus l'autre couverture de 2 000 \$ plus le montant de la couverture collective ou d'association de 3 500 \$ = 6 000 \$ (la couverture maximale disponible).

CESSATION DE L'ASSURANCE COLLECTIVE OU D'ASSOCIATION

Si cette modification est annexée à la police et qu'une réduction de prime de 10 % est appliquée, la personne assurée est tenue de nous notifier par écrit de la cessation de l'assurance collective ou d'association. À la première date d'échéance de la prime par la suite, la prime sera payable en entier, sans réduction pour modification coordonnatrice de groupe ou d'association. Si la personne assurée ne nous notifie pas de la cessation de l'assurance collective ou d'association, toute indemnité mensuelle pour invalidité ou en cours de rétablissement prévue par notre police d'assurance sera réduite de 10 %. Alors que la réduction de prime sera retirée, la **modification coordonnatrice demeurera en vigueur**. Si la personne assurée souscrit plus tard à une assurance collective ou d'association d'un montant égal ou supérieur, nous réintégrerons la réduction de 10 % dès réception d'un avis écrit de la part de la personne assurée et d'une attestation satisfaisante d'une telle assurance.

Notez que la révision du montant de la modification coordonnatrice de groupe est seulement disponible s'il y a une assurance collective en vigueur. Si l'assuré perd son assurance collective, nous ne recalculerons pas le montant de la modification coordonnatrice à zéro.

L'AJOUT D'UNE MODIFICATION COORDONNATRICE DE GROUPE/D'ASSOCIATION EN VUE D'EXERCER L'AVENANT OPTION D'ASSURANCE ADDITIONNELLE REVENU FUTUR

Les polices des séries Professions et Fondations : si une police a été établie initialement sans modification de groupe/d'association et que celle-ci en exige maintenant une pour que la personne assurée soit admissible à l'OAARF, nous accepterons d'approuver cette OAARF avec l'ajout d'une modification de groupe/d'association. Pourvu qu'il n'y ait eu aucune fausse représentation de l'assurance antérieure, le montant du rajustement ne dépassera pas le montant de l'OAARF approuvée.

La réduction de prime n'est pas disponible si la modification de groupe/d'association est ajoutée pour exercer une OAARF au titre d'une police en vigueur.

Anciennes polices des portefeuilles Unum et Provident : si une police a été établie initialement sans modification de groupe, nous n'offrons pas d'ajouter une modification coordonnatrice de groupe afin d'approuver l'OAARF, et ce, car la modification coordonnatrice disponible pour ces contrats s'appliquerait à la police entière et non uniquement à l'OAARF approuvée.

DEMANDE DE SUPPRIMER LA MODIFICATION COORDONNATRICE DE GROUPE/D'ASSOCIATION

Dès la cessation de l'assurance collective ou d'association, toute réduction de prime en vertu de la disposition coordonnatrice sera retirée; toutefois, la modification coordonnatrice fera toujours partie de la police car celle-ci pénalisera aucunement la personne assurée si l'assurance collective ou d'association n'est plus en vigueur. S'il n'y a aucune assurance collective/d'association en vigueur au moment de la réclamation, la modification coordonnatrice de groupe ne sera pas appliquée.

RÉVISION DU MONTANT DE LA MODIFICATION COORDONNATRICE DE GROUPE/D'ASSOCIATION

La personne assurée peut demander qu'une étude du montant du rajustement dont il est question dans la modification soit effectuée une fois par année civile, mais en aucun cas au-delà des 90 jours après être devenue et demeurée invalide. Si, au moment de la demande, les directives de la tarification financière en vigueur nous le permettent, puis sous réserve d'une documentation satisfaisante du revenu actuel et de l'assurance collective/d'association actuelle, nous réduirons le montant du rajustement en conséquence.

Notez que la révision du montant de la modification coordonnatrice de groupe est seulement disponible s'il y a une assurance collective en vigueur. Si l'assuré perd son assurance collective, nous ne recalculerons pas le montant de la modification coordonnatrice à zéro.

DIRECTIVES CONCERNANT LA TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE IMPOSABLE ET NON IMPOSABLE (INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE) (28 juin 2019)

La section de la proposition portant sur l'assurance en vigueur ou à l'étude doit fournir des précisions sur toute assurance collective, en vigueur ou à l'étude. S'il est question d'une combinaison d'assurance imposable et non imposable, le tableau suivant explique la façon dont il faut procéder pour transformer une assurance imposable et non imposable en vue de déterminer le montant d'assurance auquel une personne est admissible.

Nota : N'oubliez pas de vous servir de la colonne D du [Tableau des limites de souscription](#) si vous utilisez des limites combinées.

Coefficient de pondération applicable à l'assurance imposable afin d'obtenir le montant équivalent non imposable, selon le revenu :

- Revenu total de moins de 30 000 \$ 85 %
- Revenu total de 30 000 \$ à 50 000 \$ 80 %
- Revenu total de 50 001 \$ à 100 000 \$ 70 %
- Revenu total de plus de 100 000 \$ 60 %

(**Nota :** Lorsque vous transformez une assurance imposable d'un résident américain, c.-à-d., pour une OAARF, un coefficient de pondération de 80 % doit être utilisé à tous les niveaux de revenus; ce taux tient compte des taux moins élevés d'imposition aux É.-U.)

TRANSFORMATION D'UNE ASSURANCE IMPOSABLE EN UNE ASSURANCE ÉQUIVALENTE NON IMPOSABLE

1. Déterminez le coefficient de pondération applicable, en fonction du revenu total du proposant.
2. Multipliez le montant d'assurance imposable par le coefficient déterminé à l'étape 1 pour obtenir l'équivalent non imposable.
3. Déterminez le maximum d'assurance non imposable compte tenu du revenu total, d'après les limites de souscription.
4. Soustrayez le résultat obtenu à l'étape 2 (équivalent non imposable) du montant trouvé à l'étape 3 pour obtenir le montant de l'assurance additionnelle non imposable offert (si la différence est négative, aucune assurance n'est accordée).

Exemple 1 : le proposant touche un revenu de 28 000 \$ et a une assurance imposable en vigueur de 1 500 \$.

1. Utilisez un coefficient de pondération de 85 %
2. $1\,500 \$ \times 85 \% =$ équivalent non imposable de 1 275 \$
3. Niveau de revenu de 28 000 \$ = maximum de 1 800 \$ d'assurance non imposable
4. $1\,800 \$ - 1\,275 \$ = 525 \$$ d'assurance additionnelle non imposable

Exemple 2 : le proposant touche un revenu de 90 000 \$ et a une assurance imposable en vigueur de 5 500 \$.

1. Utilisez le coefficient de pondération de 70 %
2. $5\,500 \$ \times 70 \% =$ équivalent non imposable de 3 850 \$
3. Niveau de revenu de 90 000 \$ = maximum de 4 825 \$ d'assurance non imposable
4. $4\,825 \$ - 3\,850 \$ = 975 \$$ d'assurance additionnelle non imposable

TRANSFORMATION D'UNE ASSURANCE NON IMPOSABLE EN UNE ASSURANCE ÉQUIVALENTE IMPOSABLE

1. Déterminez le coefficient de pondération applicable, en fonction du revenu total du proposant.
2. Divisez le montant d'assurance non imposable par le coefficient déterminé à l'étape 1 pour obtenir l'équivalent imposable.
3. Déterminez le maximum d'assurance imposable compte tenu du revenu total, d'après les limites de souscription.
4. Soustrayez le résultat obtenu à l'étape 2 (équivalent imposable) du montant trouvé à l'étape 3 pour obtenir le montant de l'assurance additionnelle imposable offert (si la différence est négative, aucune assurance n'est accordée).

Exemple 3: le proposant a une assurance non imposable de 1 000 \$ et touche un revenu de 40 000 \$.

1. Utilisez le coefficient de 80 %.
2. $1\ 000\ \$ / 80\ \% =$ équivalent imposable de 1 250 \$
3. Niveau de revenu de 40 000 \$ = maximum de 2 975 \$ d'assurance imposable
4. $2\ 975\ \$ - 1\ 250\ \$ = 1\ 725\ \$$ d'assurance supplémentaire imposable toujours disponible

Exemple 4: le proposant a une assurance non imposable de 2 000 \$ et touche un revenu de 80 000 \$

1. Utilisez le coefficient de 70 %.
2. $2\ 000\ \$ / 70\ \% =$ équivalent imposable de 2 857 \$
3. Niveau de revenu de 80 000 \$ = maximum de 5 750 \$ d'assurance imposable
4. $5\ 750\ \$ - 2\ 857\ \$ = 2\ 893\ \$$ d'assurance supplémentaire imposable toujours disponible

Remarque : Nous utilisons actuellement des coefficients de pondération (déterminés par le revenu assurable au moment de la tarification) pour calculer l'assurance imposable à l'assurance équivalente non imposables et vice versa. Mais nous utilisons le montant total de l'assurance disponible du tableau des limites de souscription.

Lors de la transformation d'une assurance imposable en une assurance équivalente non imposable, il est plus avantageux d'utiliser les coefficients de pondération (ci-dessus), mais lors de la transformation d'une assurance non imposable en une assurance équivalente imposable, il est plus avantageux d'utiliser le tableau des limites de souscription. Par conséquent, il est acceptable d'utiliser le tableau des limites de souscription pour permettre une plus grande assurance lors de la transformation d'une assurance non imposable en une assurance équivalente imposable.

LIMITES DE REVENU

Aucune police ne sera établie si les prestations de revenu pour invalidité totale en provenance de toutes sources excèdent le montant figurant au [tableau des limites de souscription](#) ou la limite précisée en fonction de la catégorie professionnelle et l'âge du proposant figurant au [tableau des Limites de souscription et de participation](#), si ce montant est inférieur.

Les contrats de la série Avant-garde et Quantum comportent une disposition de coordination des prestations de sorte que, si vous utilisiez certaines limites, votre client pourrait payer pour une assurance dont il ne pourra jamais bénéficier, compte tenu des dispositions des polices. Il est plus fort probable qu'un tel scénario se produit à des niveaux de revenus de moins de 100 000 \$. Par conséquent, il serait peut-être prudent de réduire le montant assuré de 5 % ou de 10 % dans de telles situations.

COORDINATION DES PRESTATIONS (09/2016)

ASSURANCE-EMPLOI (A-E)

Notre tableau des Limites de souscription est conçu de façon à s'harmoniser avec les prestations de l'assurance-emploi. Si un proposant a droit à ces prestations, nous avons tenu compte du traitement fiscal de ces prestations dans la détermination du montant d'assurance indiqué dans notre tableau des [Limites de souscription](#). Pour tenir compte des prestations de l'assurance-emploi, on utilise le montant figurant sous la rubrique « Avec A-E » (DC de 90 jours ou plus) comme indemnisation mensuelle complémentaire (IMC) conjointement avec tout délai de carence plus court auquel le proposant peut avoir droit selon l'assurance de base

RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA/DE RENTES DU QUÉBEC

Notre tableau des Limites de souscription tient compte des prestations minimales du Régime de pensions du Canada/ de rentes du Québec (sur une base imposable), éliminant ainsi le besoin de coordonner l'assurance individuelle en cas d'invalidité en fonction de ces prestations.

COORDINATION DES PRESTATIONS EN FONCTION DE L'ASSURANCE EN VIGUEUR

En vue de faciliter la coordination des prestations en fonction de l'assurance en vigueur, une indemnisation mensuelle complémentaire (IMC) peut être ajoutée à l'assurance de base. Une IMC peut comporter le même délai de carence ou un délai de carence plus long que l'assurance de base, puis la même période d'indemnisation ou l'une qui est plus courte que l'assurance de base. Par conséquent, l'IMC offre toute une gamme de choix qui peuvent être utilisés de sorte à satisfaire aux besoins du proposant.

ASSURANCE CRÉANCE

Nous exigeons que tous les formulaires d'assurance invalidité soient entièrement divulgués dans notre proposition d'assurance, y compris l'assurance créance en cas d'invalidité. Toutefois, nous ne tiendrons pas compte de l'assurance créance au moment de déterminer le montant d'assurance invalidité offert.

PRESTATIONS D'INVALIDITÉ EN UNE SOMME FORFAITAIRE

Il ne sera peut-être pas possible de faire la coordination avec une assurance qui offre des prestations d'invalidité en une somme forfaitaire; toutefois, nous devons tenir compte d'une telle assurance. Veuillez discuter avec le Service de la tarification de toute situation où le proposant est titulaire d'une assurance offrant des prestations d'invalidité exigibles en une somme forfaitaire.

LIMITES DE SOUSCRIPTION PARTICULIÈRES AUX AGRICULTEURS (31 juillet 2023)

Les circonstances financières d'un agriculteur peuvent comporter des aspects particuliers. Compte tenu de ce fait, voici les limites de souscription offertes aux agriculteurs à leur compte détenant au moins 25 % de l'entreprise qui font demande pour une assurance invalidité.

Ces limites de souscription des agriculteurs sont offertes avec une police de la série Fondations. Le produit de la série Professions n'est pas offert selon les limites de souscription particulières aux agriculteurs.

Des garanties complémentaires sont offertes sous réserve de l'approbation habituelle de la tarification.

Des limites de souscription particulières aux agriculteurs sont également offertes avec la série Avant-garde. Pour ce produit, la limite des agriculteurs est de 1 500 \$ par mois, sans IMC. Le produit Avant-garde comprendra la modification des agriculteurs no A710 pour modifier la disposition de Coordination des prestations de la police.

Les règles habituelles de la tarification s'appliquent à tout agriculteur déposant une proposition pour l'un de nos autres produits.

Veuillez vous reporter aux [notes à la fin de cette section](#) pour des directives additionnelles.

LIMITES DE SOUSCRIPTION DES AGRICULTEURS, À L'EXCEPTION DE CEUX AU QUÉBEC ET DANS LES MARITIMES

MÉTHODE PARTICULIÈRE DE RAJUSTEMENT DU REVENU PROFESSIONNEL NET DES AGRICULTEURS – non offerte aux agriculteurs au Québec et dans les Maritimes

À la demande du proposant, ce dernier peut se servir d'une méthode de rajustement du revenu professionnel net afin d'obtenir un revenu professionnel annuel plus élevé, même si son revenu professionnel net est moins de 0 \$. Il peut rajouter sa part (de l'entreprise) de la déduction pour amortissement (DPA) déclarée pour l'exercice fiscal auquel on fait référence en vue de déterminer son revenu assurable net. Une attestation de cette déduction pour amortissement est requise **en plus de** la [documentation financière de routine](#) nécessaire à l'étude, selon les limites de souscription des agriculteurs. La **documentation supplémentaire** requise comprend ce qui suit :

- **Agriculteur non constitué en société** : Formulaire T2042 (Déclaration des activités des agriculteurs), toutes les pages, ou le Formulaire T1175 (Exploitation agricole – Calcul de la déduction pour amortissement), toutes les pages, (anciennement le formulaire T1163CCA), pour l'exercice fiscal faisant l'objet de la tarification.
- **Agriculteur constitué en société** : Annexe 8 Déduction pour amortissement (DPA) pour l'exercice fiscal faisant l'objet de la tarification.

Calcul du revenu net rajusté :

- Déterminer le revenu professionnel net avant impôts; et
- Ajouter 100 % de la part de l'entreprise du proposant découlant de la Déduction pour amortissement (DPA)* de l'année des établissements agricoles (catégories DPA 1, 3 et 6); et
- Ajouter 25 % de la part de l'entreprise du proposant découlant de la Déduction pour amortissement (DPA)* de l'année de toute autre source (catégories DPA 8, 10, etc.)

Ce total constitue le revenu professionnel net rajusté qui peut être utilisé à titre de « revenu » afin de déterminer le montant de l'assurance invalidité auquel le proposant est admissible.

*DPA se trouve dans la colonne 23 sous la rubrique « DPA » de l'**annexe 8** pour les années d'impositions 2021 et suivantes (auparavant située dans la colonne 17) et dans la colonne 18 sous la rubrique « DPA de l'année » sur un **T2042** ou un **T1175** pour les années d'impositions 2022 et suivantes (auparavant située dans la colonne 12).

PRODUCTEURS LAITIERS, DE POULETS ET D'ŒUFS, À L'EXCEPTION DE CEUX AU QUÉBEC ET DANS LES MARITIMES

- Si le revenu professionnel annuel tiré de l'exploitation agricole se situe entre 0 \$ – 47 999 \$, nous considérerons une indemnisation mensuelle maximale de 2 700 \$ avec tout délai de carence (DC) et toute période d'indemnisation (PI) *.
- Si le revenu professionnel annuel tiré de l'exploitation agricole se situe entre 0 \$ – 47 999 \$, une indemnisation mensuelle complémentaire (IMC) jusqu'à concurrence de 1 350 \$ sera également permise. L'IMC doit comporter un DC égal à celui de l'assurance de base, ou plus long, puis une PI maximale * de 2 ans.
- Si le revenu professionnel annuel se chiffre à 48 000 \$ ou plus, nous considérerons le montant d'assurance selon nos limites de souscription habituelles.
- Le producteur doit travailler à temps plein sur la ferme laitière, de poulets ou d'œufs.
- La production laitière, de poulets ou d'œufs doit être la principale activité de la ferme, représentant le pourcentage le plus élevé du chiffre d'affaires.

* Une période d'indemnisation de deux ans n'est pas offerte avec un délai de carence de 730 jours.

TOUS LES AUTRES FERMIERS, À L'EXCEPTION DE CEUX AU QUÉBEC ET DANS LES MARITIMES

- Si le revenu professionnel annuel tiré de l'exploitation agricole se situe entre 0 \$ – 25 999 \$, nous considérerons une indemnisation mensuelle maximale de 1 575 \$ avec tout DC et toute PI *.
- Si le revenu professionnel annuel tiré de l'exploitation agricole se situe entre 0 \$ – 25 999 \$, une indemnisation mensuelle complémentaire (IMC) jusqu'à concurrence de 790 \$ sera également permise. L'IMC doit comporter un DC égal à celui de l'assurance de base, ou plus, et une PI maximale* de 2 ans.
- Si le revenu professionnel annuel se chiffre à 26 000 \$ ou plus, nous considérerons le montant d'assurance selon nos limites de souscription habituelles.
- L'agriculteur doit travailler à temps plein sur la ferme.

* Une période d'indemnisation de deux ans n'est pas offerte avec un délai de carence de 730 jours.

LIMITES DE SOUSCRIPTION DES AGRICULTEURS AU QUÉBEC ET DANS LES MARITIMES

PRODUCTEURS LAITIERS, DE POULETS ET D'ŒUFS

- Si le revenu professionnel annuel tiré de l'exploitation agricole se situe entre 0 \$ – 35 999 \$, nous considérerons une indemnisation mensuelle maximale de 2 075 \$ avec tout DC et toute PI*.
- Si le revenu professionnel annuel se chiffre à 36 000 \$ ou plus, nous considérerons le montant d'assurance selon nos limites de souscription habituelles.
- L'agriculteur doit travailler à temps plein sur la ferme laitière, de poulets ou d'œufs.
- La production laitière, de poulets ou d'œufs doit être la principale activité de la ferme, représentant le pourcentage le plus élevé du chiffre d'affaires.

* Une période d'indemnisation de deux ans n'est pas offerte avec un délai de carence de 730 jours.

TOUS LES AUTRES AGRICULTEURS

- Si le revenu professionnel annuel tiré de l'exploitation agricole se situe entre 0 \$ – 15 999 \$, nous considérerons une indemnisation mensuelle maximale de 1 050 \$ avec tout DC et toute PI*.
- Si le revenu professionnel annuel tiré de l'exploitation agricole se situe entre 0 \$ – 15 999 \$, une indemnisation mensuelle complémentaire (IMC) jusqu'à concurrence de 525 \$ sera également permise. L'IMC doit comporter un DC égal à l'assurance de base ou plus long et une PI de 365 jours.
- Si le revenu professionnel annuel se chiffre à 16 000 \$ ou plus, nous considérerons le montant d'assurance selon nos limites habituelles de souscription.
- L'agriculteur doit travailler à temps plein sur la ferme.

* Une période d'indemnisation de 2 ans n'est pas offerte avec un délai de carence de 730 jours.

NOTES RELATIVES AUX LIMITES DE SOUSCRIPTION PARTICULIÈRES AUX AGRICULTEURS

(31 mai 2018)

- Aux fins d'admissibilité aux limites de souscription particulières aux agriculteurs, aucun avantage accessoire (« perks ») n'est offert. Si l'indemnisation mensuelle est établie selon nos limites de souscription habituelles, les avantages accessoires (« perks ») sont ajoutés au revenu assurable.
- L'agriculteur doit travailler à temps plein sur la ferme.
- Les ouvriers agricoles qui ne détiennent pas de participation dans la ferme ou qui en détiennent à moins de 25 % sont assujettis à nos limites de souscription habituelles, tout comme le conjoint du propriétaire ou ses enfants qui ne détiennent pas de participation courante dans la ferme ou qui en détiennent à moins de 25 %.
- Les conjoints détenant chacun un minimum de 25 % de la participation dans la ferme et travaillant les deux en service actif à temps plein sur la ferme ont chacun droit à nos Limites de souscription particulières aux agriculteurs, sous réserve d'une vérification financière de chaque proposant.
- Le fractionnement du revenu ne sera pas pris en considération afin d'appliquer les limites de souscription des agriculteurs. Si l'indemnisation mensuelle est établie selon nos limites de souscription habituelles, le fractionnement du revenu peut être pris en considération.
- Le conjoint et/ou les enfants qui ne détiennent pas de participation dans la ferme ou qui en détiennent à moins de 25 % feront partie de la catégorie 2A d'après les critères suivants :
 - Ils travaillent à temps plein, à l'année longue sur la ferme.
 - Le conjoint ou les parents sont propriétaires de la ferme.
 - Ils touchent un revenu assurable d'au moins 12 000 \$ par année.
 - Une preuve de revenu (T1 ou T4) est fournie (si employés pendant moins d'une année complète, nous considérerons une copie des talons de chèque ou autre preuve acceptable de revenu d'emploi.)

Remarque : Les Limites de souscription particulières aux agriculteurs ne s'appliquent pas et toute participation future dans la ferme ne sera pas considérée pour ce cas.

- Tout proposant qui touche actuellement ou qui a touché dans l'année écoulée des prestations de l'assurance-emploi, du Bien-être social et/ou de la CSPAAT (Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail) n'a pas droit aux limites de souscription des agriculteurs. Ces personnes seront uniquement considérées selon nos exigences habituelles de tarification.
- Tout proposant qui touche un revenu professionnel (ou « un revenu professionnel net rajusté », pour ceux qui y sont admissibles) inférieur à 0 \$ (revenu négatif) n'a droit à aucune assurance, sauf dans les cas suivants :
 - Si les documents financiers présentés pour l'exercice complet le plus récent font état d'une perte ou d'un revenu négatif, nous considérerons le revenu annuel moyen des trois derniers exercices pour déterminer le droit du proposant aux limites de souscription des agriculteurs. Une documentation financière complète doit être fournie pour chacun des trois derniers exercices si le revenu moyen doit être utilisé. L'assurance n'est pas offerte si le revenu moyen des trois derniers exercices représente une perte.

Remarque : Le revenu moyen des trois derniers exercices ne sert qu'aux fins de l'utilisation des Limites de souscription particulières aux agriculteurs.

- Afin d'être admissible à un produit d'entreprise quelconque, un agriculteur doit toucher un revenu professionnel net d'au moins 12 000 \$. La « méthode particulière de rajustement du revenu professionnel net des agriculteurs » ne s'applique pas au calcul de ce montant minimal.
- Afin d'être admissible à la police Protection-retraite, soit à titre d'avenant ou d'une police distincte, un revenu professionnel net d'au moins 18 000 \$ est requis. La « méthode particulière de rajustement du revenu professionnel net des agriculteurs » ne s'applique pas au calcul de ce montant minimal.

- Lorsqu'un agriculteur exerce également une autre profession, les deux revenus sont pris en considération pour déterminer le revenu assurable, toutefois, afin d'être admissible aux limites des agriculteurs, le revenu professionnel (ou le « revenu professionnel net rajusté » pour ceux qui y sont admissibles) tiré de l'exploitation agricole ne peut pas représenter une perte et l'agriculture doit être une profession à temps plein. Un cas où il s'agit de deux professions pourrait avoir un effet sur la catégorie professionnelle du proposant.
- Les exigences médicales seront basées sur le montant total de l'assurance à l'étude. Veuillez vous reporter à la section [Exigences médicales](#) dans les Directives de tarification.
- La preuve du revenu est une exigence obligatoire. Veuillez vous reporter au [Tableau des exigences financières](#) pour plus de précisions sur les documents requis ayant trait au revenu.
- À l'exception des proposant se servant de la méthode de rajustement du revenu professionnel net pour calculer le revenu admissible, le revenu professionnel est basé sur ce qui suit :
 - **Propriétaire de ferme constitué en société** : comprend la rémunération, indiquée sur la T1 générale – Déclaration de revenus et de prestations, ainsi que la part de l'entrepr du proposant quant au profit/à la perte de la ferme.
 - **Propriétaire de ferme non constitué en société** : est le revenu net tiré de l'exploitation agricole, indiqué sur la déclaration d'impôt fédéral sur le revenu T1 Générale.

Exemple 1 : revenu professionnel tiré de l'exploitation agricole de moins de 16 000 \$

Un agriculteur touche un revenu professionnel de 9 800 \$ par année et désire souscrire à une assurance comportant un DC de 30 jours et une PI jusqu'à l'âge de 65 ans et le montant d'indemnisation le plus élevé possible. La documentation financière confirme un revenu professionnel de 9 800 \$.

- Un producteur d'œufs en Alberta serait admissible à une indemnisation de 2 700 \$ par mois comportant un DC de 30 jours et une PI jusqu'à l'âge de 65 ans, en plus d'une IMC de 1 350 \$ par mois comportant une PI de 2 ans.
- Un producteur d'œufs au Nouveau-Brunswick serait admissible à une indemnisation de 2 075 \$ par mois comportant un DC de 30 jours et une PI jusqu'à l'âge de 65 ans.
- Un éleveur bovin en Alberta serait admissible à une indemnisation de 1 575 \$ par mois comportant un DC de 30 jours et une PI jusqu'à l'âge de 65 ans, en plus d'une IMC de 790 \$ par mois comportant une PI de 2 ans.
- Un éleveur bovin au Nouveau-Brunswick serait admissible à une indemnité de 1 050 \$ par mois comportant un DC de 30 jours et une PI jusqu'à l'âge de 65 ans, en plus d'une IMC de 525 \$ par mois comportant un DC de 30 jours et une PI jusqu'au 365 jour d'invalidité.

Exemple 2 : revenu professionnel tiré de l'exploitation agricole excédant 16 000 \$

Un agriculteur touche un revenu professionnel annuel tiré de l'exploitation agricole de 28 000 \$ et désire souscrire à une assurance comportant un DC de 30 jours, une PI jusqu'à l'âge de 65 ans et le montant d'indemnisation le plus élevé possible. La documentation financière confirme un revenu professionnel de 28 000 \$.

- Un producteur d'œufs en Alberta serait admissible à une indemnisation de 2 700 \$ par mois comportant un DC de 30 jours et une PI jusqu'à l'âge de 65 ans, en plus d'une IMC de 1 350 \$ par mois comportant une PI de 2 ans.
- Un producteur d'œufs au Nouveau-Brunswick serait admissible à une indemnisation de 2 075 \$ par mois comportant un DC de 30 jours et une PI jusqu'à l'âge de 65 ans.
- Pour calculer l'assurance maximale offerte à un éleveur bovin, les avantages accessoires sont ajoutés au revenu professionnel (28 000 \$ + 20 % = 33 600 \$). Pour un éleveur bovin résidant dans une province quelconque, l'indemnisation maximale offerte, selon le revenu professionnel de 33 600 \$, serait de 2 100 \$ par mois comportant un DC de 30 jours jusqu'à l'âge de 65 ans.

Exemple 3 : revenu professionnel tiré de l'exploitation agricole excédant 36 000 \$ et la déduction pour amortissement (DPA) de 50 000 \$

Un agriculteur touche un revenu professionnel annuel tiré de l'exploitation agricole de 38 000 \$ et désire souscrire à une assurance comportant un DC de 30 jours, une PI jusqu'à l'âge de 65 ans et le montant d'indemnisation le plus élevé possible. La documentation financière confirme le revenu professionnel de 38 000 \$ et une déduction pour amortissement de 50 000 \$. Cette déduction comprend 10 000 \$ d'établissements agricoles et 40 000 \$ d'autres sources.

- Pour calculer l'assurance maximale offerte à un agriculteur ne résidant pas au Québec ou dans les Maritimes, la somme de 100 % de la déduction pour amortissement de 10 000 \$ et de 25 % de celle de 40 000 \$ serait rajoutée au revenu net tiré de l'exploitation agricole de 38 000 \$ pour obtenir le revenu professionnel net de 58 000 \$. Les avantages accessoires sont ajoutés au revenu net rajusté ($58\,000 \$ + 20\% = 69\,600 \$$). Ce montant permettrait une indemnisation de 3 925 \$ par mois comportant un DC de 30 jours et une PI jusqu'à l'âge de 65 ans.
- Pour calculer l'assurance maximale offerte à un agriculteur au Québec ou dans les Maritimes, les avantages accessoires sont ajoutés au revenu professionnel ($38\,000 \$ + 20\% = 45\,600 \$$). Ce montant permettrait une indemnisation de 2 775 \$ par mois comportant un DC de 30 jours et une PI jusqu'à l'âge de 65 ans.

Exemple 4 : revenu professionnel tiré de l'exploitation agricole et revenu professionnel tiré d'autres sources

Un agriculteur touche un revenu professionnel annuel tiré de l'exploitation agricole de 30 000 \$, en plus d'un salaire annuel de 14 000 \$ en travaillant dans une fabrique d'aliments du bétail. L'assurance maximale comportant un DC de 30 jours et une PI jusqu'à l'âge de 65 ans est demandée. La documentation financière confirme les chiffres du revenu professionnel.

- Pour calculer l'assurance maximale offerte, les avantages accessoires sont ajoutés au revenu professionnel tiré de l'exploitation agricole ($30\,000 \$ + 20\% = 36\,000 \$$).
- Le revenu tiré de l'exploitation agricole comprenant les avantages accessoires et le revenu salarié sont additionnés ($36\,000 \$ + 14\,000 \$ = 50\,000 \$$) pour déterminer le total du revenu professionnel du proposant. Ce montant permet une indemnisation de 3 000 \$ par mois et une PI jusqu'à l'âge de 65 ans, quelle que soit sa province de résidence.

SURASSURANCE

Veillez vous reporter aux tableaux des Limites de souscription et de participation pour les [produits d'entreprise](#) et l'assurance [individuelle en cas d'invalidité](#).

- Un proposant qui est surassuré d'après nos limites pour un seul produit d'assurance invalidité quelconque n'a droit à aucun autre produit d'assurance invalidité quelconque.
- Une telle surassurance comporte un risque de résultats défavorables que nous ne pouvons pas assumer, même au titre d'un autre genre de produit.

Par exemple :

- Un proposant qui est surassuré au titre de sa police Frais généraux d'entreprise n'aura pas droit à une police d'assurance invalidité.

DÉFINITION DU REVENU PRÉINVALIDITÉ (31 janvier 2019)

Le revenu préinvalidité est utilisé de sorte à déterminer le montant de la perte de revenu subite au cours d'une période d'invalidité résiduelle. Plus le revenu préinvalidité est élevé, plus la perte risque d'être élevée pendant une invalidité résiduelle. La **modification Définition élargie du revenu préinvalidité** remplace la définition de revenu préinvalidité dans le contrat avec une définition plus favorable.

La modification s'applique aux contrats de la **série Professions** seulement. Le contrat de base plafonne la définition « 6 des 24 mois » à 125 % du revenu moyen du dernier exercice. La modification prend en considération le bas niveau de revenu d'un étudiant ou de ceux dans la première année de pratique. La modification permet à ces proposants d'utiliser la définition « 6 des 24 derniers mois » au moment de la soumission de la demande de règlement pour déterminer leur perte de revenu sans le plafond.

DRP – MED se rapporte à la modification A701

DRP – autre se rapporte à la modification A702

La modification est uniquement offerte pour les nouvelles affaires (non disponible en tant que modification de police).

*Les médecins en début de pratique sont seulement admissibles à la modification **DRP – autre**.

Pour les limites d'étudiants, se référer au plus récent [Programme de réduction des primes pour étudiants](#).

Les modifications sont seulement disponibles aux professions 4A précisées ci-dessous.

Profession	Admissibilité à la modification Définition élargie du revenu préinvalidité – contrat de la série Professions seulement
Actuaires (ASA; FSA; FICA) En début ou en première année de pratique	DRP – autre
Architectes En début ou en première année de pratique En stage Dernière année d'études	DRP – autre DRP – autre DRP – autre
Avocats, Notaires (Québec seulement) En début ou en première année de pratique En stage Dernière année d'études	DRP – autre DRP – autre DRP – autre
Chiropodistes En début ou en première année de pratique Dernière année d'études	DRP – autre DRP – autre
Comptables (CA; CGA; CMA; CPA) En début ou en première année de pratique En stage Dernière année d'études	DRP – autre DRP – autre DRP – autre
Spécialistes dentaires et chirurgiens (endodontistes; spécialistes en chirurgie maxillo-faciale; orthodontistes; pédodontistes; périodontistes; prosthodontistes) En début ou en première année de pratique Résidents	DRP – autre DRP – autre

Profession	Admissibilité à la modification Définition élargie du revenu préinvalidité – contrat de la série Professions seulement
Ingénieurs Ingénieurs professionnels En début ou en première année de pratique Dernière année d'études Étudiants en troisième année Ingénieurs titulaires d'une maîtrise En début ou en première année de pratique Dernière année d'études	DRP – autre DRP – autre DRP – autre DRP – autre DRP – autre
Médecins et spécialistes En début ou en première année de pratique* Médecins avec bourse de recherche («Fellowship») Résidents Internes Étudiants en quatrième année de médecine Étudiants en troisième année de médecine Étudiants en première et deuxième année de médecine	DRP – autre DRP – MED DRP – MED DRP – MED DRP – MED DRP – MED DRP – MED
Naturopathes (ayant obtenu leur désignation de médecin) En début ou en première année de pratique	DRP – autre
Optométristes En début ou en première année de pratique Dernière année d'études Étudiants en troisième année Étudiants en deuxième année	DRP – autre DRP – autre DRP – autre DRP – autre
Ostéopathes (ayant obtenu leur désignation de médecin) En début ou en première année de pratique	DRP – autre
Pharmaciens En début ou en première année de pratique Étudiants en troisième et en quatrième année d'études	DRP – autre DRP – autre
Podiatres En début ou en première année de pratique Dernière année d'études	DRP – autre DRP – autre
Psychologues (ayant obtenu leur désignation PhD; PsyD; EdD) En début ou en première année de pratique	DRP – autre
Vétérinaires (clinique de petits animaux) En début ou en première année de pratique Dernière année d'études	DRP – autre DRP – autre

REVENU NON PROFESSIONNEL ET VALEUR NETTE (29 septembre 2022)

Bien que le droit du proposant à l'assurance invalidité repose sur son revenu professionnel, un revenu non professionnel important et/ou une valeur nette sensiblement élevée doivent aussi être pris en considération. Lorsqu'un proposant dispose de ressources financières importantes, il peut être nécessaire de considérer ces ressources comme une forme « d'autoassurance ». S'il n'en est pas tenu compte, une situation semblable à celle de la surassurance risque de survenir, faisant en sorte qu'une personne sera moins portée à vouloir retourner au travail advenant une invalidité.

REVENU NON PROFESSIONNEL

Par définition, le revenu non professionnel ne repose pas sur la capacité de travail du proposant et est maintenu lorsque survient une invalidité. Les rentes, les intérêts et les revenus de placement, les redevances et le revenu de location sont quelques exemples de revenu non professionnel. Veuillez-vous référer à [Revenus Non Considérés Comme Revenu Professionnel](#).

Le montant total de revenu non professionnel et du rapport en pourcentage du revenu professionnel et du revenu non professionnel détermine le montant d'assurance qui peut être approuvé. Bien que nous ne demandions pas habituellement des renseignements supplémentaires lorsque le revenu non professionnel se chiffre à moins de 30 000 \$ par année, les proposants touchant un revenu professionnel au-delà de 30 000 \$ par année doivent fournir une analyse détaillée des sources et des types de revenus non professionnels touchés. En règle générale, le montant d'assurance permis dans notre tableau des Limites de souscription serait réduit lorsque le revenu non professionnel excède 25 % du revenu professionnel.

Pour déterminer le montant d'assurance à approuver, nous ne tenons généralement pas compte du revenu non professionnel qui est inférieur à 25 % du revenu professionnel. Si le revenu non professionnel excède ce montant, le montant d'indemnisation offert est généralement réduit. Vous trouverez ci-après un exemple illustrant ce calcul. Notre calcul tient compte du taux d'imposition estimatif du proposant.

D'après le rapport en dollars du revenu professionnel et du revenu non professionnel, il est possible que l'assurance soit considérée avec un délai de carence plus long et/ou une période d'indemnisation plus courte, ou encore, soit refusée. Dans le cas, par exemple, où le revenu non professionnel dépasse 50 % du revenu professionnel, l'assurance est généralement refusée. Les particularités propres à chaque situation sont évaluées sur leurs propres mérites.

Exemple :

Revenu professionnel de 100 000 \$ par année y compris des avantages accessoires (« perks »);
Revenu non professionnel de 35 000 \$ par année provenant d'un revenu de location;
Indemnité totale offerte en fonction du revenu professionnel : limites non imposables de 5 200 \$ (09/2016)

Calcul du revenu non professionnel excédentaire :

Revenu professionnel :	100,000 \$
Pourcentage du revenu non professionnel accepté : 25 % ou	25,000 \$
Revenu non professionnel total :	35,000 \$
Revenu non professionnel excédentaire :	10 000 \$ (35 000 \$ moins 25 000 \$)
Pourcentage de réduction des indemnités en tenant compte du taux estimatif d'imposition :	$\times 50 \%$
	5 000 \$ \div par 12 mois = 415 \$ par mois représentant la réduction des indemnités mensuelles requise

Indemnisation offerte : 5 200 \$ – 415 \$ de réduction du revenu non professionnel = indemnisation mensuelle de 4 785 \$ (en chiffres ronds).

VALEUR NETTE

Nous considérons également la valeur nette afin d'encourager adéquatement le retour au travail par suite d'une invalidité. La valeur nette qui est facilement accessible au proposant ou dont il a hérité – qu'il n'a donc pas accumulée grâce à ses efforts – est davantage un sujet de préoccupation en matière de tarification. Dans une situation où le proposant approche l'âge normal de la retraite et dispose d'un revenu non professionnel important et/ou d'une valeur nette sensiblement élevée, un examen plus rigoureux est exigé.

Lorsque la valeur nette doit être prise en considération par le Service de la tarification, nous nous préoccupons généralement seulement des sommes excédant 6 000 000 \$. Les biens personnels, tels le domicile ou la maison de villégiature, les voitures, les œuvres d'art, les collections de monnaies, etc. ne sont pas pris en compte dans notre calcul de la valeur nette. Si nous avons déjà calculé une réduction pour revenu non professionnel, comme il a été expliqué plus haut, nous excluons du calcul de la valeur nette tous les éléments d'actifs qui produisent ces revenus non professionnels.

Il est possible que la valeur nette de l'entreprise du proposant soit incluse dans l'évaluation, ou encore qu'elle ne le soit pas, dépendamment des valeurs globales du cas, de la taille de l'entreprise, de l'âge du proposant, des antécédents médicaux, etc.

Une réduction du montant de l'indemnisation mensuelle généralement offerte, d'après notre tableau de revenu, sera calculée en déduisant 400 \$ d'indemnités par tranche de 100 000 \$ de la valeur nette excédant 6 000 000 \$. Il se peut qu'une IMC comportant une courte période d'indemnisation s'élevant au montant de la déduction soit considérée en raison de la valeur nette.

Selon les particularités du cas, (la valeur nette comparée au revenu professionnel, le revenu non professionnel, la nature des biens), nous pourrions offrir l'assurance en y incorporant l'une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : une indemnité réduite, une courte période d'indemnisation ou une IMC comportant une période d'indemnisation de 12, de 24 ou de 60 mois. Dans de telles situations où la valeur nette est exceptionnellement élevée, l'assurance peut être refusée.

MODIFICATION – RÉGIME D'INDEMNITÉS POUR PERTE DE SALAIRE (15 janvier 2024)

Un Régime d'indemnités pour perte de salaire (RIPS) regroupe des polices d'assurance invalidité individuelles dans le but d'offrir aux employés une assurance invalidité souscrite et payée par l'employeur.

Critères

- L'employeur doit être le titulaire de la police et le payeur des primes.
- Au moins deux employés doivent être assurés au titre d'un RIPS.
- La couverture des employés participant à un RIPS peut être souscrite auprès de nous ou auprès d'un autre assureur.
- Pour que les propriétaires d'une entreprise soient admissibles à un RIPS, l'entreprise doit être constituée en société et les propriétaires doivent recevoir un salaire à titre d'employé de la société, lequel apparaîtra sur un T4/Relevé. Les profits/pertes ainsi que le revenu indiqué sur le feuillet T4 servent à calculer le revenu assurable des propriétaires d'entreprise ; l'avantage accessoire (« perks ») de 20 % n'est **pas** appliquée.
- Les prestations sont imposables et versées à l'assuré. Pour cette raison, le montant des prestations est établi en fonction de limites de souscription imposables plus élevées.
- Le régime d'assurance-emploi est considéré comme le second payeur par rapport à un RIPS ; il n'est donc pas nécessaire de rajuster le montant d'indemnité ou le délai de carence d'un tel contrat en fonction de l'assurance-emploi.

Régimes admissibles

- Série Professions, Série Fondations, Quantum (modification A692)
- Série Avant-garde (modification A693)
- Série Fondamentale (modification A694) [Directives pour la Série Fondamentale](#)

La Modification – Régime d'indemnités pour perte de salaire précise ce qui advient du montant de l'assurance de la personne assurée lorsque le contrat cesse de faire partie d'un régime valide.

AUTRES REMARQUES

- Peu importe le montant d'assurance demandé au titre d'un RIPS, le conseiller peut choisir d'effectuer l'examen paramédical au lieu de remplir la Partie 2 de la proposition d'assurance invalidité.
- La preuve du revenu d'emploi des participants à un RIPS peut être fournie par un signataire autorisé de la société.

AJOUT D'UNE POLICE EN VIGUEUR À UN RIPS DÉJÀ EN PLACE – EXIGENCES

- Une [demande de remise en vigueur ou de modification de police](#) signée et datée par l'assuré, demandant que nous transformions la police en un RIPS. Les prestations deviendront imposables ; cependant, le montant d'assurance ne sera pas augmenté. Toute augmentation de la couverture exige une tarification complète et une nouvelle proposition.
- Une [modification visant le RIPS](#) signée et datée par l'assuré et le titulaire de la police (employeur).
- Un [cession absolue](#) transférant la propriété à l'employeur.
- [Nouveaux renseignements bancaires](#) (c'est l'employeur qui paye).

- Les polices qui incluent l'avenant Soins de compassion familiale ne sont pas admissibles pour être ajoutées à un RIPS, sauf si le propriétaire de la police autorise la suppression de l'avenant. Si le service à la clientèle reçoit une demande pour ajouter une police qui inclut l'avenant Soins de compassion familiale à un RIPS, la demande sera refusée avec une explication de la raison. Si le client veut toujours procéder, la police peut être ajoutée au RIPS une fois qu'une demande signée par le propriétaire de la police pour annuler l'avenant Soins de compassion familiale soit reçue.

RETRAIT D'UNE POLICE EN VIGUEUR D'UN RIPS DÉJÀ EN PLACE – EXIGENCES

- Si une **demande de règlement est à l'étude ou en cours d'indemnisation**, nous retirerons la police du RIPS seulement si l'assuré ne faisait plus partie du RIPS avant son invalidité.
- **Police établie avec une modification visant le RIPS** : Si on ne nous informe pas qu'une police ne fait plus partie d'un RIPS valide, nous ramènerons toute prestation payable au montant d'assurance auquel l'assuré aurait été admissible en tenant compte des limites de souscription non imposables en vigueur à la date d'établissement de la police ou des limites de souscription à la date où la police ne faisait plus partie d'un RIPS valide, si ces dernières sont plus avantageuses pour l'assuré.

Si une modification visant le RIPS est annexée à la police

- Une [demande de suppression du RIPS](#) dûment complétée, signée et datée par l'assuré. Cette demande nous autorise à retirer de la police la modification visant le RIPS et, conformément aux dispositions de la modification, à **ramener la prestation mensuelle au montant auquel l'assuré aurait eu droit au moment de l'établissement de la police d'origine** en tenant compte des limites non imposables en vigueur lors de l'établissement de la police d'origine ou de nos limites de souscription actuelles, si ces dernières sont plus avantageuses pour l'assuré. Sur demande seulement, la prestation mensuelle peut être réduite à un montant inférieur au montant auquel l'assuré aurait eu droit en fonction de son revenu au moment de l'établissement de la police d'origine. **L'admissibilité à l'assurance-emploi sera prise en compte** dans le calcul de la prestation non imposable.
- Si l'assuré veut **conserver un montant supérieur au montant non imposable auquel il aurait eu droit au moment de l'établissement de la police d'origine, une attestation de revenu actuel est requise pour justifier le montant**. Le montant approuvé ne peut pas dépasser le montant de la prestation mensuelle en vigueur. Nous ne réduirons pas la couverture à un montant inférieur au montant non imposable auquel l'assuré aurait eu droit en fonction de son revenu au moment de l'établissement de la police d'origine, peu importe son revenu actuel, à moins que l'assuré ne le demande. Pour que le montant soit autorisé, les critères suivants doivent aussi être respectés :
 1. L'assuré ne devient pas travailleur autonome.
 2. Si la police comporte une modification coordonnatrice, il se peut que le montant de cette modification doive être rajusté (pour éviter une surassurance).
 3. Si la police ne comporte pas une modification coordonnatrice, il se peut qu'il faille en ajouter une (pour éviter une surassurance).
- Un avis précisant que l'employeur ou le titulaire actuel cesse le paiement des primes est requis. Si la police est détenue par l'entreprise et que la propriété de la police doit retourner à l'assuré, nous n'avons pas besoin du formulaire de cession absolue. L'assuré peut simplement nous informer par écrit ou verbalement qu'il n'est plus au service de l'entreprise ou que l'employeur ou le titulaire a cessé de payer les primes. Les primes de la police seront maintenant à la charge de l'assuré.
- [Nouveaux renseignements bancaires](#)

Si une modification visant le RIPS n'est pas annexée à la police

- Une [demande de remise en vigueur ou de modification de police](#), signée et datée par l'assuré, doit demander le retrait de la police du RIPS. **Le montant de la prestation demeure le même mais sera dorénavant imposable.**
- Un avis précisant que l'employeur ou le titulaire actuel cesse le paiement des primes est requis. Si la police est détenue par l'entreprise et que la propriété de la police doit retourner à l'assuré, nous n'avons pas besoin du formulaire de cession absolue. L'assuré peut simplement nous informer par écrit ou verbalement qu'il n'est plus au service de l'entreprise ou que l'employeur ou le titulaire a cessé de payer les primes. Les primes de la police seront maintenant à la charge de l'assuré.
- [Nouveaux renseignements bancaires](#)

TRANSFERT D'UN RIPS À UN AUTRE – EXIGENCES

- Une [demande de remise en vigueur ou de modification de police](#) signée et datée par l'assuré pour nous autoriser à transférer la police du RIPS d'un employeur à celui d'un autre employeur.
- Une nouvelle [modification visant le RIPS](#) signée et datée par l'assuré et le nouveau titulaire de la police.
- Un [formulaire de cession absolue](#) transférant la propriété à l'employeur.
- [Nouveaux renseignements bancaires](#)

CHANGEMENT DU NOM DU TITULAIRE (MÊME ENTITÉ JURIDIQUE) – EXIGENCES

- Une [cession absolue](#) précisant que seule la dénomination sociale de l'employeur a changée.

Voir également: [Régime d'indemnités pour perte de salaire \(RIPS\) et RIPS à établissement garanti – Guide du conseiller](#)

MODIFICATION – RÉGIME D'INDEMNITÉS POUR PERTE DE SALAIRE – La Série Fondamentale

(16 juin 2016)

Un Régime d'indemnités pour perte de salaire (RIPS) regroupe des polices d'assurance invalidité individuelles dans le but d'offrir aux employés une assurance invalidité souscrite et payée par l'employeur.

- L'employeur doit être le titulaire de la police et le payeur des primes.
- Au moins deux employés doivent être assurés au titre d'un RIPS.
- La couverture des employés participant à un RIPS peut être souscrite auprès de nous ou auprès d'un autre assureur.
- Pour que les propriétaires d'une entreprise soient admissibles à un RIPS, l'entreprise doit être constituée en société.
- Les prestations sont imposables et versées à l'assuré. Pour cette raison, le montant des prestations est établi en fonction de limites de souscription imposables plus élevées.

AJOUT D'UNE POLICE EN VIGUEUR À UN RIPS DÉJÀ EN PLACE – Exigences

- Une [demande de modification de police ou de remise en vigueur – La Série Fondamentale](#) (version française, formulaire n° 109590 – ou version anglaise n° 109589), signée et datée par l'assuré, demandant que nous transformions la police en un RIPS.
- La demande de modification peut être indiqué sur la première page, à côté de «Autre». Les prestations deviendront imposables ; cependant, le montant ne sera pas augmenté. Toute demande d'augmentation du montant de la couverture nécessite que les sections applicables de la demande de modification de police ou de remise en vigueur soient complétées.
- Un [formulaire de cession absolue](#) (version française n° 103171 – ou version anglaise n° 103170) transférant la propriété de la police de l'assuré à l'employeur.
- Une [modification visant le RIPS \(La Série Fondamentale A694\)](#), signée et datée par l'assuré et le titulaire de la police.
- Nouveaux renseignements bancaires (c'est l'employeur qui paye).

RETRAIT D'UNE POLICE EN VIGUEUR D'UN RIPS DÉJÀ EN PLACE – Exigences

- Si une **demande de règlement est à l'étude ou en cours d'indemnisation**, nous retirerons la police du RIPS seulement si l'assuré ne faisait plus partie du RIPS avant son invalidité.
- Si on ne nous informe pas qu'une police ne fait plus partie d'un RIPS valide, nous ramènerons toute prestation payable au montant d'assurance auquel l'assuré aurait été admissible en tenant compte des limites de souscription non imposables en vigueur à la date d'établissement de la police ou des limites de souscription à la date où la police ne faisait plus partie d'un RIPS valide, si ces dernières sont plus avantageuses pour l'assuré.

- Une [demande de suppression du RIPS – La Série Fondamentale](#), (version française, formulaire n° 108795 – ou version anglaise n° 108794), signée et datée par l'assuré. Cette demande nous autorise à retirer de la police la modification visant le RIPS et, conformément aux dispositions de la modification, à **ramener la prestation mensuelle à l'équivalent non imposable limite d'émission** pour la Série Fondamentale, de nos limites de souscription actuelles, ou qui était en vigueur lors de l'établissement de la police d'origine, si ces dernières sont plus avantageuses pour l'assuré.
- **Si l'assuré veut conserver la même prestation mensuelle comme montant non imposable**, une attestation de revenu, indiquée sur le formulaire 108794 ou 108795, est requise pour confirmer que le revenu actuel justifie ce montant. Ceci est à condition que le montant imposable de la couverture en vigueur ne dépasse pas la limite maximale de l'émission non imposable actuellement en vigueur, basé sur la catégorie professionnelle de l'assuré (catégorie professionnelle tel qu'indiquée dans la police).
- Un avis précisant que l'employeur ou le titulaire actuel cesse le paiement des primes est requis. Si la police est détenue par l'entreprise et que la propriété de la police doit retourner à l'assuré, nous n'avons pas besoin du formulaire de cession absolue. L'assuré peut simplement nous informer par écrit ou verbalement qu'il n'est plus au service de l'entreprise ou que l'employeur ou le titulaire a cessé de payer les primes. Les primes de la police seront maintenant à la charge de l'assuré.
- Nouveaux renseignements bancaires

TRANSFERT D'UN RIPS À UN AUTRE – Exigences

- Une [demande de modification de police ou de remise en vigueur – La Série Fondamentale](#) (version française, formulaire n° 109590 – ou version anglaise n° 109589), signée et datée par l'assuré pour nous autoriser à transférer la police du RIPS d'un employeur à celui d'un autre employeur.
- La demande de modification peut être indiqué sur la première page, à côté de «Autre».
- Un [formulaire de cession absolue](#) (version française n° 103171 ou version anglaise n° 103170) transférant la propriété au nouveau employeur.
- Une nouvelle [modification visant le RIPS \(La Série Fondamentale A694\)](#), signée et datée par l'assuré et le nouveau titulaire de la police.
- Nouveaux renseignements bancaires

CHANGEMENT DU NOM DU TITULAIRE (MÊME ENTITÉ JURIDIQUE) – EXIGENCES

- Une [cession absolue](#) (version française, formule n° 103171 – ou version anglaise n° 103170) précisant que seule la dénomination sociale de l'employeur a changée.

MODIFICATION COORDONNATRICE – ACCIDENTS DU TRAVAIL (A700) (31 mars 2022)

L'**indemnisation des accidents du travail** est un type d'assurance administré par les commissions des accidents du travail provinciales et territoriales au nom du gouvernement du Canada. Ces commissions versent des indemnités pour perte de salaire et soins médicaux aux employés en cas d'accident du travail. Elles portent les noms suivants :

- Alberta : Workers' Compensation Board (Commission des accidents du travail)
- Colombie-Britannique : WorkSafeBC (Workers' Compensation Board of British Columbia)
- Manitoba : Workers' Compensation Board of Manitoba
- Nouveau-Brunswick : Travail sécuritaire NB (WorkSafeNB)
- Terre-Neuve-et-Labrador : Workplace Health, Safety & Compensation Commission of Newfoundland and Labrador
- Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut : Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut
- Nouvelle-Écosse : Workers' Compensation Board of Nova Scotia
- Ontario : Workplace Safety and Insurance Board (WSIB) (Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail [CSPAAT])
- Île-du-Prince-Édouard : Workers' Compensation Board of PEI
- Québec : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST ou CSST)
- Saskatchewan : Saskatchewan Workers' Compensation Board
- Yukon : Yukon Workers' Compensation, Health and Safety Board

La Modification coordonnatrice – Accidents du travail est incluse dans les polices de la Série Professions et de la Série Fondations lorsque le proposant est **admissible** aux indemnités pour accidents du travail.

Consultez les Remarques et les Exceptions ci-dessous.

REMARQUES :

On désigne parfois l'expression **indemnisation pour accidents du travail** par **commission des accidents du travail (CAT)** dans certaines de nos lignes directrices.

L'**admissibilité du proposant à l'indemnisation des accidents du travail** détermine si la modification coordonnatrice est appliquée, et non s'il a effectivement une telle assurance au moment de soumettre sa proposition. Si l'indemnisation des accidents du travail est facultative ou si le proposant a droit à l'indemnisation des accidents du travail seulement en vertu de certains contrats, la modification coordonnatrice est appliquée.

Ontario : La couverture de la CSPAAT est obligatoire pour les personnes qui travaillent dans le domaine de la construction (à compter du 1er janvier 2013). Par conséquent, la Modification coordonnatrice – Accidents du travail est incluse dans les polices de la Série Professions et de la Série Fondations établies pour des proposants qui travaillent dans le domaine de la construction en Ontario, que leur admissibilité à l'indemnisation des accidents du travail ait été déclarée ou non. Cela s'applique aux exploitants indépendants, propriétaires uniques, sociétés en nom collectif et aux chefs de la direction des sociétés et à tous les employés qui travaillent dans le secteur de la construction, y compris le personnel de bureau.

Québec : Pour tous les proposants qui travaillent ou vivent au Québec, la Modification coordonnatrice – Accidents du travail est incluse dans les polices de la Série Professions et de la Série Fondations établies pour des proposants des catégories professionnelles 2A, A, B, et de la catégorie 3A (lorsque la catégorie professionnelle a été rehaussée de 2A), que leur employeur cotise à la CNESST (CSST) ou non au moment de la demande d'assurance.

EXCEPTIONS

Produits :

Les produits suivants comportent une clause de coordination des prestations ; par conséquent, la Modification coordonnatrice – Accidents du travail **n'est pas appliquée à la police** :

- Série Avant-garde
- Série Fondamentale
- Quantum

Professions :

La Modification coordonnatrice – Accidents du travail n'est pas appliquée aux professions suivantes, même si ces professionnels sont admissibles à l'indemnisation des accidents du travail :

- Actuaires (FSA; ASA; FICA)
- Acuponcteurs (titulaire d'un doctorat en médecine)
- Architectes
- Avocats (y compris les étudiants en dernière année et en stage)
- Chiropodistes
- Chiropraticiens
- Comptables (CPA; CA; CMA; CGA)
- Coroners
- Dentistes (y compris les étudiants en 3e et 4e année d'études, les residents, et spécialistes dentaires et chirurgiens)
- Ingénieurs professionnels (y compris les étudiants en dernière année d'études)
- Médecins, spécialistes et chirurgiens (y compris les étudiants, les internes et les résidents)
- Naturopathes (titulaire d'un doctorat en médecine)
- Notaires (Québec)
- Optométristes (y compris les étudiants en dernière année d'études)
- Ostéopathes (titulaire d'un doctorat en médecine)
- Pharmaciens
- Podiatres
- Psychologues (avec Ph. D; D. Psy; D. Éd.)
- Vétérinaires (y compris les étudiants en dernière année d'études)

DEMANDE DE RETRAIT DE LA MODIFICATION COORDONNATRICE – ACCIDENTS DU TRAVAIL

La Modification coordonnatrice – Accidents du travail ne sera pas retirée après l'établissement, même si la personne assurée n'est plus admissible à l'indemnisation des accidents du travail. Le maintien de la modification coordonnatrice dans la police ne porte pas préjudice à la personne assurée si aucune prestation n'est versée pour un accident du travail au moment d'une demande de règlement.

APPLICATION DE LA MODIFICATION COORDONNATRICE

Au moment d'une demande de règlement, si la personne assurée a droit à l'indemnisation des accidents du travail, la modification coordonnatrice prévoit un calcul afin de déterminer si la coordination est requise. Le cas échéant, le montant de la coordination repose sur son revenu « net » préinvalidité (soit le revenu brut moins les frais d'entreprise mais avant l'impôt sur le revenu des particuliers), le montant d'indemnisation des accidents du travail auquel la personne assurée a droit, et toute rémunération mensuelle reçue au moment de la demande de règlement. Si le montant total des prestations de notre police, de l'indemnisation des accidents du travail et de toute rémunération mensuelle reçue ne dépasse pas les limites indiquées ci-dessous, aucune coordination n'est appliquée.

Revenu jusqu'à concurrence de 36 000 \$	l'indemnisation totale ne peut dépasser 70 % du revenu préinvalidité
Revenu de 36 001 \$ – 75 000 \$	l'indemnisation totale ne peut dépasser 60 % du revenu préinvalidité
Revenu de 75 001 \$ – 150 000 \$	l'indemnisation totale ne peut dépasser 50 % du revenu préinvalidité
Revenu de plus de 150 000 \$	l'indemnisation totale ne peut dépasser 45 % du revenu préinvalidité

AUTRES DIRECTIVES DE TARIFICATION

INDEX

COMPTE RENDU D'ENQUÊTE

ENTRETIENS SUR LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS (EAP)

EXIGENCES RELATIVES AUX ENQUÊTES

FORMULAIRES DE REMPLACEMENT

RAPPORT SUR LE DOSSIER DU CONDUCTEUR

EXIGENCES RELATIVES AUX ENQUÊTES

Le Service de la tarification se réserve le droit de demander soit un Entretien sur les antécédents personnels (EAP), soit un Compte rendu d'enquête.

Pour assurer le meilleur service rapide et dans le but d'accommoder le proposant le plus possible, il est essentiel que le producteur l'informe d'avance qu'un EAP ou qu'un Compte rendu d'enquête pourrait être exigé au cours du processus de tarification. La proposition doit toujours inclure l'heure et l'endroit que préfère le proposant pour l'entretien téléphonique.

Un Compte rendu d'enquête ou un EAP peut être demandé à la discrétion du tarificateur dans un cas quelconque, d'après les renseignements de tarification disponibles.

Lorsqu'un Compte rendu d'enquête ou un EAP est exigé, le tarificateur se porte garant d'en faire la demande.

COMPTE RENDU D'ENQUÊTE

À notre demande, le Compte rendu d'enquête est confié à un organisme indépendant. Le CRE vise à obtenir des renseignements de la part du proposant de même que de la part d'associés en affaires, de membres de la famille, de comptables, etc. Suivant le genre de compte rendu exigé, les archives publiques peuvent aussi être consultées.

ENTRETIENS SUR LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS (EAP)

À notre demande, les Entretiens sur les antécédents personnels sont effectués par des personnes spécialisées en la matière, travaillant dans un organisme indépendant. Les questions que posent ces spécialistes ont pour but de compléter les renseignements inscrits sur la proposition et portent sur des aspects d'ordre personnel et financier, ainsi que sur des aspects de la santé. L'EAP peut aussi servir à obtenir des précisions qui auraient pu être omises ou indiquées en partie seulement sur la proposition. En raison de la nature des renseignements obtenus, l'EAP ne peut être mené que directement avec le proposant. Si le client ne veut pas ou ne peut pas se prêter à un Entretien sur les antécédents personnels, l'assurance ne sera pas offerte.

RAPPORT SUR LE DOSSIER DE CONDUCTEUR (30 novembre 2018)

Si le tarificateur le juge utile, d'après les renseignements dont il dispose, il peut demander un rapport sur le dossier de conducteur. Le numéro de permis de conduire devrait être fourni dans tous les cas où une infraction au code de la route est déclarée dans la proposition.

CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES TOUCHANT LA TARIFICATION

INDEX

ACTUELLEMENT INVALIDE OU REÇOIT DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

AVIATION

DÉFINITION DE L'EMPLOI À TEMPS PLEIN ET À TEMPS PARTIEL

DÉFINITION DE NON-FUMEUR POUR L'ASSURANCE INVALIDITÉ

DIRECTIVES POUR LES PERSONNES NOUVELLEMENT À LEUR COMPTE

DIRECTIVES POUR LES PERSONNES TRAVAILLANT À DOMICILE

EMPLOI SAISONNIER:

- PROPOSANTS EXERÇANT UN EMPLOI SAISONNIER
- PROPOSANTS TRAVAILLANT MOINS DE NEUF MOIS PAR ANNÉE EN RAISON DES MISES À PIED SAISONNIÈRES
- PÊCHEURS COMMERCIAUX
- PERSONNES EXERÇANT PLUS D'UNE PROFESSION À TEMPS PLEIN TOUTE L'ANNÉE

ÉTABLISSEMENT STANDARD GARANTI

MARKETING AUPRÈS DES ASSOCIATIONS

MILITAIRES

NOUVEAUX ARRIVANTS AU CANADA

PROGRAMME D'AIDE AU TRAVAIL INDÉPENDANT (ATI)

SPORTS ET ACTIVITÉS EXTRAPROFESSIONNELLES

VOYAGE À L'ÉTRANGER ET RÉSIDENCE TEMPORAIRE À L'ÉTRANGER

MARKETING AUPRÈS DES ASSOCIATIONS

Le marché des associations regorge d'occasions d'affaires pour nos conseillers en assurance et pour notre compagnie. Il est capital que la promotion de nos produits auprès des membres des associations soit faite de façon harmonieuse et professionnelle. Nous offrons une réduction de 15 % aux associations reconnues. Afin d'optimiser le démarchage auprès des associations et l'intérêt que suscite l'escompte, il est nécessaire d'obtenir l'approbation du Service de la tarification avancée, avant que tout escompte soit considéré.

Si la demande est acceptée, la réduction vous sera confirmée au moyen d'une lettre. Nous suivons les adhésions afin de nous assurer de la participation requise.

CONDITIONS À REMPLIR POUR L'OBTENTION DES RÉDUCTIONS

Afin de garantir le succès du marketing, la cohérence de notre approche et la qualité professionnelle des présentations aux associations, nous exigeons que les conditions suivantes soient remplies :

1. Formulaire d'appui exclusif de l'association dûment rempli :

- Ce formulaire doit être rempli et remis avec le plan de marketing avant que la Compagnie étudie la possibilité d'accorder une réduction à une association.

2. Plan de marketing exhaustif décrit comme suit :

- Le plan doit exposer les formalités d'adhésion des membres de l'association. Plus le plan est précis, plus grandes sont les chances de succès et la probabilité d'obtenir une réduction. Le conseiller en assurance devra atteindre le niveau de participation convenu dans le délai prescrit (p. ex. : 100 personnes assurées en 4 mois).
- Il est essentiel d'obtenir un plan solide pour nous assurer de l'engagement ferme du conseiller en assurance et de l'association.
- Des plans très exhaustifs doivent être élaborés pour les associations provinciales et nationales. Il faut envisager l'affectation de certains conseillers en assurance à l'échelle provinciale et nationale.

3. Copie de la charte et des statuts de l'association :

- L'association doit comporter une charte et des statuts pour nous permettre de confirmer sa validité. L'association doit exister depuis au moins deux ans.

4. État nominatif des membres de l'association :

- Nous pouvons avoir besoin de la liste complète des membres de l'association pour déterminer la taille et les caractéristiques démographiques du groupe.

APPROBATION PAR NOTRE BUREAU

Le Service de la tarification avancée approuvera l'escompte consenti à l'association et le plan de marketing. Il en discutera au besoin avec les directeurs des ventes et le service du marketing.

APPUI EXCLUSIF DE L'ASSOCIATION

Une fois les exigences initiales remplies et l'approbation de l'escompte donnée, nous exigeons une lettre du président ou du principal administrateur de l'association, adressée aux membres de l'association endossant le projet d'assurance de notre compagnie. Notre compagnie doit être désignée comme fournisseur exclusif d'assurance. Cette lettre doit faire partie du plan de marketing et doit être distribuée à tous les membres de l'association.

SOUTIEN DE MARKETING

Avant d'approcher une association, le conseiller en assurance doit vérifier le soutien que nous sommes disposés à lui apporter dans sa présentation. Des documents de marketing et de l'aide vous sont offerts par l'entremise de votre bureau de vente régional.

PÉRIODE D'ADHÉSION

Les réductions sont accordées pour une période de temps déterminée, généralement 90 ou 180 jours. La durée dépend de la fermeté de l'engagement de parrainage et de la solidité du plan de marketing. Nous exigeons également de la part du ou des conseillers l'engagement d'obtenir un certain nombre d'adhésions durant la période d'adhésion initiale. À la fin de la période désignée, nous évaluerons les résultats du travail de marketing. Si nous n'obtenons pas les résultats attendus, l'octroi de la réduction à l'association sera remis en question. Si le niveau de participation n'est pas atteint (nombre insuffisant de demandes d'adhésion), l'escompte sera retiré.

ASSOCIATIONS ADMISSIBLES

- Les associations dont les membres exercent une profession homogène (programmeurs, avocats, comptables, ingénieurs, par exemple).
- Il doit s'agir d'une association d'envergure régionale (comté ou ville) ou provinciale. Nous accepterons peut-être des associations nationales dotées d'un plan de marketing exhaustif. Les initiatives à l'échelle nationale doivent être approuvées d'avance et les directeurs des ventes de notre bureau doivent y être associés.
- Toutes les associations doivent posséder une charte et des statuts.
- L'association doit être active depuis au moins deux ans.
- L'association doit être formée dans le but de promouvoir les intérêts de la profession. Les regroupements de professionnels dans le cadre d'une association d'anciens élèves ou d'une société fraternelle ne sont généralement pas admissibles.
- La préférence est accordée aux associations professionnelles 4A.

RISQUES AVIATION (31 mai 2023)

Les polices d'assurance invalidité de la Compagnie ne contiennent aucune restriction quant aux risques Aviation, à l'exception de la garantie Décès et mutilation accidentels (DMA).

La **garantie Décès et mutilation accidentels** exclut l'assurance pour le déplacement dans un aéronef qui fonctionne à des fins d'apprentissage, d'essais ou de vol expérimental, ou pour le déplacement dans un aéronef en tant que membre de l'équipage ou pilote, sauf si l'assurance complémentaire aviation est approuvée, avec ou sans surprime. Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez vous reporter à la [section DMA](#) dans le cadre de la Tarification des garanties complémentaires des Directives.

Dans certains cas, si le proposant est un étudiant ou un pilote autorisé, puis en fonction de l'expérience de la personne, du type d'aéronef piloté et de la nature du pilotage, l'assurance peut faire l'objet d'une exclusion. D'ailleurs, dans les cas de risques élevés, il est également possible que l'assurance soit refusée.

Pour toute réponse affirmative à la question de la proposition portant sur les risques Aviation, le Questionnaire sur l'aviation doit nous être présenté dûment rempli.

Note : Veuillez aussi vous référer au [tableau des professions](#) si la profession est dans le secteur de l'aviation.

Toute situation inhabituelle ou douteuse devrait être adressée au Service de la tarification en vue d'obtenir un avis avant la soumission d'une proposition.

ACTUELLEMENT INVALIDE OU REÇOIT DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

- Une personne qui est actuellement invalide n'a pas droit à l'assurance invalidité.
- Une personne qui reçoit actuellement des prestations d'invalidité en vertu de la définition d'invalidité « Propre profession » et qui travaille à temps plein n'a droit à aucun type d'assurance invalidité. À nos fins, cette personne est considérée comme étant invalide et, de ce fait, n'a droit de souscrire à aucune assurance.
- Une personne qui travaille à temps plein, mais qui reçoit actuellement des prestations de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail en raison d'une blessure permanente aura peut-être droit à l'assurance, selon les particularités de la situation et de la gravité de ses limitations. Toutefois, si la personne est considérée assurable, elle sera assujettie à une exclusion intégrale, sans la possibilité d'un réexamen, peu importe la gravité des séquelles.

DÉFINITION DE L'EMPLOI À TEMPS PLEIN ET À TEMPS PARTIEL (15 novembre 2016)

Pour présenter une proposition d'assurance individuelle ou d'entreprise en cas d'invalidité, le proposant doit être effectivement au travail à temps plein, sauf dans le cas des polices de la série Avant-garde et la série Fondamentale. Le travail à temps plein s'entend du fait d'être en service actif pendant au moins 30 heures par semaine toute l'année.

Série Avant-garde

Les proposant qui travaillent à temps partiel auront peut-être droit de souscrire à une police de la Série Avant-garde. Le travail à temps partiel s'entend du fait d'être en service actif de 20 à 29 heures par semaine toute l'année.

Série Fondamentale

Les proposant qui travaillent à temps partiel auront peut-être droit de souscrire à une police de la Série Fondamentale, à condition qu'ils travaillent actuellement un minimum de 20 heures par semaine, 35 semaines par année.

VOYAGE À L'ÉTRANGER ET RÉSIDENCE TEMPORAIRE À L'ÉTRANGER (29 novembre 2024)

La plupart des voyages à court terme peuvent être ignorés. Si la personne à assurer voyage à l'extérieur du Canada ou des États-Unis à une fréquence inhabituelle ou si les séjours à l'étranger représentent plus de 25 % de ses tâches professionnelles, ou si elle voyage dans des zones à risque élevé ou dans des pays en voie de développement, nous pouvons accepter de lui établir une assurance avec une exclusion pour voyage à l'étranger ou nous pouvons refuser la demande. Chaque cas doit être étudié individuellement en raison des changements constants dans le monde.

RÉSIDENCE TEMPORAIRE À L'ÉTRANGER

À l'exception de la résidence temporaire aux États-Unis pour les médecins, dentistes, vétérinaires et optométristes (indiquée ci-dessous), si une personne à assurer a l'intention de déménager aux États-Unis, ou dans tout autre pays, de façon temporaire ou permanente, elle n'est en général pas assurable.

Résidence temporaire aux États-Unis (médecins, dentistes, vétérinaires et optométristes)

Pour les médecins, les dentistes, les vétérinaires, ou les optométristes qui **déménagent aux États-Unis afin de poursuivre leurs études pendant une période limitée**, l'établissement d'une assurance peut être envisagé, compte tenu des directives suivantes :

- Les médecins et les optométristes seront assujettis aux taux et aux limites de la catégorie 4A ; les dentistes et les vétérinaires seront assujettis aux taux et aux limites de la catégorie 3A ;
- Le seul produit pouvant être offert dans ces cas est l'assurance pour perte de salaire (l'assurance Protection-retraite n'est pas offerte) ;
- Nous nous réservons le droit de limiter le montant de prestation offert aux personnes à assurer qui déménagent aux États-Unis.
- Les garanties complémentaires possibles sont celles qui conviennent à la catégorie professionnelle.
- **Sauf en ce qui concerne les médecins**, les garanties « Avenant des professionnels de la santé » et « Garantie en cas d'invalidité quant à l'exercice de la profession » ne sont pas offertes.
 - **Avenant des professionnels de la santé** : À son retour au Canada, et pourvu qu'elle y soit admissible, la personne assurée peut demander l'ajout de cet avenant en soumettant une demande de modification de police qui sera subordonnée à la tarification.
 - **Garantie en cas d'invalidité quant à l'exercice de la profession** : À son retour au Canada, et pourvu qu'elle y soit admissible, la personne assurée peut obtenir cette garantie au moyen d'un remplacement interne.

À son retour au Canada, et en soumettant une demande de modification de police, la personne assurée peut demander un rehaussement de la catégorie professionnelle :

- pendant les 2 premières années de la date d'établissement de la police sans tarification médicale
- plus de 2 ans, jusqu'à 5 ans de la date d'établissement de la police, assujetti à la tarification médicale

Remarque : Les vétérinaires ne pourront se voir accorder la catégorie 4A tant que la nature des activités qu'ils exercent (petits ou grands animaux) n'a pas été établie.

Pour les **docteurs en médecine** et les **optométristes**, une **modification coordinatrice A707GIO** au montant de **0,00 \$** sera ajoutée à la police lorsque le client a complété ses études aux États-Unis. Si le client retourne au Canada après avoir complété ses études aux É-U, nous allons enlever ou rajuster (le cas échéant) la modification sur demande du client/conseiller.

Situations outre-frontières

- Les citoyens canadiens ou les personnes ayant le statut de résident permanent, qui résident au Canada et qui traversent la frontière pour travailler aux États-Unis, **sont assurables** au Canada.
- Les citoyens américains, qui résident aux États-Unis et traversent la frontière pour travailler au Canada, ne sont **pas** assurables.
- Les citoyens canadiens, qui résident aux États-Unis et qui traversent la frontière pour travailler au Canada, ne sont **pas** assurables.

Propositions et exigences médicales

Les propositions doivent être remplies et signées au Canada. Toutes les exigences d'ordre médical doivent être satisfaites au Canada. Voir aussi [Propositions et réponses aux questions](#).

Demandes de règlement et indemnisation

Toutes les demandes de règlement seront administrées au Canada et les prestations seront versées en dollars canadiens.

EXCLUSIONS RELATIVES AUX VOYAGES À L'ÉTRANGER

Exclusion générale sur les voyages à l'étranger :

Certaines personnes à assurer peuvent être considérées pour une couverture avec une exclusion générale sur les voyages à l'étranger qui exclut toute période d'invalidité survenant pendant que l'assuré réside ou voyage à l'extérieur du Canada ou des États-Unis. Cette exclusion nous protège contre le risque d'avoir à étudier une réclamation alors que l'assuré est à l'étranger. Il est conçu pour permettre l'examen de la demande de réclamation une fois que l'assuré revient au Canada ou aux États-Unis.

Cette exclusion est requise pour tout assuré qui n'est pas un citoyen canadien ni un résident permanent du Canada.

Exclusion sur les voyages à l'étranger dans un pays particulier :

Certaines personnes à assurer peuvent être considérées pour une couverture avec une exclusion sur les voyages à l'étranger qui exclut toute période d'invalidité survenant pendant que l'assuré réside ou voyage dans un pays particulier. Cette exclusion vise à exclure toute réclamation même si l'assuré revient au Canada ou aux États-Unis. Cette exclusion peut être utilisée en cas de préoccupations concernant les voyages vers un pays où le risque de blessure ou de maladie est élevé.

Utilisation des deux exclusions :

Rarement, le tarificateur peut approuver une police avec une exclusion générale sur les voyages à l'étranger ainsi qu'une exclusion sur les voyages à l'étranger dans un pays particulier. Par exemple, si un travailleur qualifié déménage au Canada d'un pays qui nécessite une exclusion d'un pays particulier et cette personne n'a pas encore obtenu le statut de résident permanent, le tarificateur peut approuver la police avec les deux exclusions pour protéger contre le risque élevé d'une réclamation si l'assuré retourne à leur pays d'origine ainsi que le risque d'avoir à étudier une réclamation provenant d'un pays étranger si l'assuré ne réussit pas à obtenir le statut de résident permanent et qu'il choisit de déménager dans un pays autre que leur pays d'origine.

ÉTABLISSEMENT STANDARD GARANTI

La plupart des produits individuels sont offerts de façon standard garantie, soit en tant que police individuelle, distincte ou collective combinée ILD. Nous vous prions de consulter le Service de la tarification avancée ou votre bureau régional afin d'obtenir toutes les précisions utiles concernant le processus de demande d'ÉSG, les exigences, les directives, les restrictions, l'évaluation et la gestion d'une vente d'ÉSG.

DIRECTIVES POUR LES PERSONNES NOUVELLEMENT À LEUR COMPTE (30 novembre 2018)

La tarification et l'évaluation de la stabilité d'emploi et du revenu sont particulièrement difficiles, dans le cas des proposant qui sont à leur compte depuis peu de temps. Bien que nous soyons conscients que ces personnes ont besoin d'une assurance invalidité de qualité, il est difficile de déterminer le succès qu'elles connaîtront pendant les premières années d'exploitation de leur entreprise.

Les directives suivantes ont été conçues pour vous aider à déterminer le montant d'indemnisation approprié d'assurance dans de telles situations. Plus il y a de documents qui peuvent être annexés à la proposition, plus nous sommes en mesure d'évaluer le risque avec précision.

FACTEURS À CONSIDÉRER DANS L'ÉVALUATION D'UN PROPOSANT NOUVELLEMENT À SON COMPTE

Facteurs favorables	Facteurs défavorables
<ul style="list-style-type: none">• A déjà de l'expérience et/ou une profession reliée au même domaine• Travaille à contrat pour son ancien employeur• A actuellement des contrats garantis, à long terme, renouvelables• À son compte depuis au moins 6 mois• Travail professionnel ou spécialisé• Stabilité d'emploi et de revenus antérieurs• A des employés• Bénéfices d'exploitation pour l'année en cours démontrant un profit jusqu'à maintenant et états financiers disponibles• Aucun antécédent de problèmes financiers• Aucun problème de santé• Entreprise installée ailleurs qu'au domicile• Travail à temps plein toute l'année• A acheté une entreprise déjà établie et rentable	<ul style="list-style-type: none">• N'a ni de l'expérience dans le domaine, ni une profession reliée• Sans contrat ou contrat à court terme seulement• Se retrouve à son compte après avoir épuisé les prestations d'assurance-emploi• À son compte depuis moins de 6 mois• Travail non professionnel ou non spécialisé• Antécédents de travail et de revenus instables• Pas d'employés• Déficit d'exploitation pour l'année en cours jusqu'à maintenant• Antécédents de problèmes financiers ou faillite• Problèmes de santé• Travaille à domicile• Indemnités de départ ou de retraite de son ancien employeur• Travail saisonnier

Chaque cas est évalué individuellement et certains cas ne tombent peut-être pas clairement dans l'une des catégories susmentionnées.

Le Service de la tarification peut prêter son assistance pour évaluer tout cas limite ou douteux, avant de soumettre la proposition.

PERSONNE NOUVELLEMENT À SON COMPTE AYANT DE L'EXPÉRIENCE PRÉALABLE DANS SON SECTEUR D'ACTIVITÉ

Si, en plus d'avoir de l'expérience préalable dans son secteur d'activité, le proposant :

- A des antécédents professionnels stables; et
- A touché un revenu professionnel d'au moins 50 000 \$ au cours de la dernière année civile avec des documents financiers à l'appui; et
- Travaille au moins 30 heures par semaine, toute l'année, dans une profession assurable; et
- Démonstre des facteurs favorables tel qu'il est indiqué ci-dessus

Nous pouvons offrir une assurance limitée jusqu'à ce qu'il soit possible de vérifier le revenu que le proposant touché maintenant comme travailleur autonome.

En pareil cas, nous considérerons une assurance jusqu'à un montant **maximal de 2 500 \$** par mois, au titre d'une police de la Série Professions ou Série Fondations. Nous réexaminerons le montant de l'assurance accordée, lorsque le proposant pourra nous fournir des documents financiers portant sur une année complète qui justifient un montant d'assurance plus élevé. Autrement, nous pouvons aussi considérer un montant plus élevé, lorsque la période d'indemnisation demandée est de 5 ans ou moins, ou si la proposition porte sur une police de la Série Avant-garde ou de la Série Quantum. Il peut être également nécessaire de fixer un délai de carence plus long jusqu'à ce que l'entreprise soit solidement établie. Chaque cas sera évalué individuellement.

Les proposant qui travaillent sous contrat à long terme (minimum de 6 mois), ayant de l'expérience préalable dans leur secteur d'activité, en plus d'une bonne stabilité sur le plan de l'emploi et du revenu pourraient avoir droit à une assurance supérieure à 2 500 \$, tel qu'il est susmentionné. Pour prendre en considération ces proposant, nous aurons besoin d'une copie de leur contrat ou d'une lettre d'embauche précisant leur rémunération, leurs heures de travail et la durée du contrat. De plus, nous aurons besoin de la liste complète des frais qu'ils peuvent déduire aux fins d'impôts. Ces cas seront également évalués individuellement. L'assurance peut être réduite lorsque les frais personnels déductibles du revenu brut sont élevés. Nous considérerons une augmentation du montant de l'assurance lorsque la stabilité du revenu pourra être démontrée et que la personne assurée pourra nous fournir une preuve de revenu pour une année complète.

Des garanties facultatives sont offertes sous réserve de nos exigences habituelles de la tarification.

Nous pouvons offrir un montant supérieur à 2 500 \$ aux **consultants nouvellement à leur compte**, ayant un minimum de **3 années d'expérience dans leur secteur d'activité**, avec un **revenu gagné d'au moins 100 000 \$ dans chacune des deux années calendriers précédentes** (preuve de revenu exigée). Le dossier doit être favorable du côté médical et le demandeur ne devrait pas être bénéficiaire actuellement des prestations d'assurance-emploi ni d'une indemnité de départ. À moins que le demandeur ait un contrat signé qui lui garantit un revenu minimum et que ses dépenses mensuelles soient connues, le montant de l'indemnité approuvée ne devrait pas dépasser le montant de l'indemnité mensuelle qui sera disponible fondé sur 70 à 75 % de son revenu gagné antérieur.

Des exceptions sont permises pour offrir les **limites applicables aux étudiants en 1^{ère} année de pratique** sous le [Programme de réduction des primes pour étudiants](#), au lieu de 2 500 \$, aux demandeurs qui travaillent dans les professions suivantes, tant que le dossier soit favorable du côté médical et que le demandeur ne touche pas actuellement des prestations d'assurance-emploi ni une indemnité de départ.

Professions admissibles

Actuaires (ASA, FSA)

Architectes

Avocats, notaires au Québec

Comptables (CA, CGA, CMA, CPA)

Docteurs en médecine

Industrie informatique (diplôme universitaire)

Ingénieurs professionnels

Ingénieurs titulaires d'une maîtrise

Optométristes

Pharmaciens
Podiatres
Podologues
Spécialistes dentaires
Vétérinaires

Veillez consulter le **Guide du conseiller**, [Programme de réduction des primes pour étudiants](#), pour les limites applicables aux étudiants pour chaque profession admissible.

PERSONNE NOUVELLEMENT À SON COMPTE SANS EXPÉRIENCE PRÉALABLE DANS LEUR SECTEUR D'ACTIVITÉ

Nous considérerons une assurance maximale 1 000 \$ par mois comportant tout délai de carence (DC) ou toute période d'indemnisation (PI) au titre d'une police de la Série Avant-garde pour un proposant nouvellement à son compte s'il :

- A des antécédents professionnels stables;
- A touché un revenu professionnel de 12 000 \$ au cours de la dernière année civile et peut présenter une preuve de revenu à l'appui;
- Travaille au moins 20 heures par semaine, toute l'année, dans une profession assurable.

Nous considérerons une assurance maximale de 500 \$ par mois comportant tout délai de carence (DC) ou toute période d'indemnisation (PI) au titre d'une police de la Série Avant-garde pour le proposant qui n'est pas admissible à ce qui précède, pourvu qu'il :

- Ait touché un revenu professionnel de 12 000 \$ au cours de la dernière année civile;
- Travaille au moins 20 heures par semaine à l'année longue.

Dans les deux cas, les garanties facultatives sont offertes sous réserve de nos exigences habituelles de la tarification.

Dans les cas où l'on observe chez le proposant des antécédents professionnels instables, un revenu antérieur moins élevé que notre revenu assurable minimal ou d'autres facteurs défavorables, l'assurance peut être reportée jusqu'à ce que le proposant soit en affaires depuis au moins une année complète et puisse nous fournir une documentation financière complète concernant sa nouvelle situation comme travailleur autonome.

Si le proposant est une personne nouvellement à son compte et travaille à domicile, veuillez vous reporter aux [Directives s'appliquant aux personnes travaillant à domicile](#) pour obtenir des renseignements supplémentaires.

DIRECTIVES S'APPLIQUANT AUX PERSONNES TRAVAILLANT À DOMICILE (30 novembre 2017)

Nous percevons une tendance croissante parmi les personnes travaillant à domicile. Les directives suivantes ont été élaborées pour vous aider à déterminer l'assurabilité de ces personnes. Quant aux directives, veuillez noter qu'il est sous-entendu que la profession du proposant est assurable, tel que le stipule notre [tableau des professions](#). Si d'après notre tableau des professions, la profession à domicile en question est "non", les directives suivantes ne s'appliquent pas.

Risques ou préoccupations associés aux personnes travaillant à domicile: *[en particulier pour les travailleurs autonomes]*

Les personnes qui travaillent à domicile présentent certaines difficultés au moment de la réclamation. Par exemple, il peut être difficile d'accomplir ce qui suit:

- Évaluer une invalidité partielle
- Déterminer le nombre d'heures par semaine qu'une personne travaille
- Déterminer les limitations empêchant une personne de travailler à temps plein
- Valider les tâches professionnelles et ou la capacité de travail

Professionnels sélectionnés 4A admissibles (employés et propriétaires / travailleurs autonomes)

Actuaires

Acuponcteurs (titulaires d'un doctorat en médecine)

Architectes

Avocats

Cadres supérieur (doit répondre aux critères de la catégorie 4A tel qu'indiqué au tableau des professions)

Chiropodistes

Comptables (CA, CMA, CPA, CGA)

Ingénieurs professionnels

Médecins

Naturopathes (titulaires d'un doctorat en médecine)

Notaires (Québec)

Optométristes

Ostéopathes (titulaires d'un doctorat en médecine)

Podiatres

Psychologues (avec Ph. D; D. Psy; D. Éd.)

Spécialistes dentaires (excluant dentistes pratiquant la dentisterie générale)

Vétérinaires (clinique de petits animaux)

Travaillant jusqu'à 100% du temps à domicile, pourvu qu'il n'y ait aucune autre question relative au risque

Le proposant sera considéré pour ce qui suit:

- Tout régime
- Période d'indemnisation jusqu'à l'âge de 65 ans
- Tout délai de carence
- Toute garantie complémentaire

Autres catégories professionnelles assurables

EMPLOYÉ – Travaillant jusqu'à 100% du temps à domicile, pourvu qu'il n'y ait aucune autre question relative au risque

Sera considéré pour:

- Tout régime
- Période d'indemnisation jusqu'à l'âge de 65 ans
- Tout délai de carence
- Toute garantie complémentaire

TRAVAILLEUR AUTONOME / INDÉPENDANT – Travaillant jusqu'à 50% du temps à domicile, pourvu qu'il n'y ait aucune autre question relative au risque

Sera considéré pour:

- Tout régime
- Période d'indemnisation jusqu'à l'âge de 65 ans
- Tout délai de carence
- Toute garantie complémentaire

TRAVAILLEUR AUTONOME / INDÉPENDANT – Travaillant plus de 50% du temps à domicile, pourvu qu'il n'y ait aucune autre question relative au risque

Sous réserve de tous les **critères** suivants:

- Revenu professionnel net d'au moins 50 000 \$, pour chacune des 2 dernières années, sans tenir compte des avantages accessoires ("perks")
- Minimum de 2 ans dans l'entreprise actuelle
- Présentation d'une preuve de revenu des 2 dernières années
- Présentation aux fins d'étude, de précisions et copies complètes des contrats courants

Sera considéré pour:

- Tout régime
- Période d'indemnisation jusqu'à l'âge de 65 ans
- Délai de carence minimal de 90 jours
- Toute garantie complémentaire

Les personnes qui ne répondent pas à tous les **critères** susmentionnés ci-dessus:

Seront considérées pour:

- Une période d'indemnisation maximale de 2 ou de 5 ans (selon les particularités du cas) en vertu de la série Professions ou série Fondations, ou une période d'indemnisation jusqu'à l'âge de 65 ans en vertu d'une police Quantum ou Avant-garde
- Délai de carence minimal de 90 jours
- Aucune garantie complémentaire

Si un proposant travaille à domicile et est nouvellement à son compte, veuillez vous reporter aux [Directives pour les personnes nouvellement à leur compte](#) afin d'obtenir des renseignements supplémentaires.

MILITAIRE (13 mai 2010)

Les membres des forces armées régulières ou les personnes qui s'attendent à s'y joindre bientôt n'ont pas droit à l'assurance invalidité. En plus des risques inhérents aux fonctions des membres des forces armées, il y a aussi la difficulté que peut représenter l'exercice de deux professions (« commandant / dentiste ») au moment de la demande de règlement.

Les membres des réserves peuvent être assurables, à moins que leur service présente des dangers exceptionnels ou qu'ils soient vraisemblablement appelés au service actif dans un avenir prévisible. En cas de doute concernant l'assurabilité d'un proposant, des précisions complètes doivent être fournies au Service de la tarification en même temps que la proposition ou avant que la proposition ne soit remplie.

Les militaires, qu'ils soient en service actif ou dans les réserves, sont admissibles à une couverture d'assurance invalidité collective ; les réservistes peuvent aussi être admissibles à une couverture facultative. Par conséquent, toute offre d'assurance comprendra la modification coordonnatrice de groupe A707GIO. Aucun rabais n'est offert aux termes de cette modification coordonnatrice et les Limites combinées ne sont pas nécessairement permis. Les Limites combinées ne sont offerts que dans le cadre de nos règles d'usage visant les [Limites combinées](#).

Nous procéderons à l'étude de la proposition dès la démobilisation du proposant si celui-ci peut compter sur un emploi assurable précis après sa démobilisation.

NOUVEAUX ARRIVANTS AU CANADA (29 novembre 2024)

Les lignes directrices sur les produits d'assurance-invalidité pour les nouveaux arrivants ont été modifiées en date du 29 novembre 2024. De plus en plus de résidents non permanents ont maintenant accès à nos produits. Les résidents non permanents qui sont maintenant admissibles à présenter une demande doivent vivre et travailler au Canada, avoir un permis de travail valide, avoir l'intention de rester au Canada et avoir présenté une demande de résidence permanente.

Ce changement s'applique à la plupart des produits d'invalidité irrévocables et s'applique aux conseillers RBC réseau externe et au courtage: série Professions, Fondations, Avant-garde, Quantum, personne clé, protecteur de retraite, frais généraux d'entreprise et protecteur de prêt d'entreprise.

La modification ne s'applique pas aux séries Fondamentales ou à l'invalidité simplifiée, ni à la protection de rachat. La citoyenneté canadienne ou le statut de résident permanent sont toujours requis pour ces produits. Les conseillers des centres de conseils doivent diriger tout résident non permanent intéressé par l'assurance-invalidité vers un conseiller du réseau externe de vente RBC, car le centre de conseils n'est pas autorisé à vendre nos produits d'assurance invalidité irrévocables.

Jusqu'au 29 novembre 2024, nous n'acceptons que les demandes de résidents non permanents telles que :

- Médecins formés à l'étranger
- Travailleurs qualifiés/professionnels diplômés

À compter du 29 novembre 2024, les résidents non permanents suivants peuvent présenter une demande :

- Travailleurs qualifiés niveaux 0-3
- Programme des candidats des provinces
- Programme d'immigration du Québec

Pour obtenir une description des lois sur la résidence et des programmes d'entrée au Canada, veuillez consulter les [Lignes directrices de tarification pour les nouveaux arrivants – Assurance Vie](#).

Un [questionnaire sur le statut de résident et la citoyenneté](#) est disponible sur le Centre de ressources des conseillers afin d'obtenir de plus amples renseignements si la proposition ne fournit pas suffisamment de renseignements.

Lignes directrices en matière de tarification pour les nouveaux arrivants au Canada

Régimes admissibles : Série Professions, Fondations, Avant-garde, Quantum, Personne clé, Protecteur de retraite, Frais généraux d'entreprise et Protecteur de prêt d'entreprise.

Régimes non admissibles : Séries fondamentales, Invalidité simplifiée, Rachat de parts.

Description	Résidence au Canada*	Exigences de tarification
Médecins formés à l'étranger	Aucun minimum	Copie de la lettre ou du contrat d'emploi et accusé de réception de la demande de résidence permanente <i>Remarque – les médecins formés à l'étranger qui sont admissibles au Programme de réduction de primes pour étudiants sont exemptés de ces exigences.</i>

<p>Travailleurs qualifiés niveau 0 et 1, une formation universitaire caractérise habituellement ces professions : avocats, pharmaciens, ingénieurs, infirmiers, enseignants, développeurs de logiciels, gestionnaires, directeurs et administrateurs etc. Veuillez cliquer ici pour la liste des occupations incluses dans cette catégorie : Trouver la classification nationale des professions (CNP) – Canada.ca</p>	<p>12 mois</p>	<p>Copie de la lettre ou du contrat d’emploi, copie de la lettre d’acceptation du Programme des travailleurs qualifiés, du programme des candidats des provinces ou du certificat de sélection du Québec et la copie de l’accusé de réception de la demande de résidence permanente.</p>
<p>Travailleurs qualifiés de niveau 2 et 3, une formation collégiale ou un programme d’apprentissage ou des tâches de supervision sont habituellement requise pour les professions de ce niveau : électriciens, plombiers, mécaniciens, techniciens médicaux, etc. Veuillez cliquer ici pour la liste des occupations incluses dans cette catégorie : Trouver la classification nationale des professions (CNP) – Canada.ca</p>	<p>12 mois</p>	<p>Copie de la lettre ou du contrat d’emploi, copie de la lettre d’acceptation du Programme des travailleurs qualifiés, du programme des candidats des provinces ou du certificat de sélection du Québec et la copie de l’accusé de réception de la demande de résidence permanente.</p>
<p>Autres travailleurs sélectionnés par le Programme des candidats des ou les programmes d’immigration du Québec</p>	<p>12 mois</p>	<p>Copie de la lettre ou du contrat d’emploi, copie de la lettre d’acceptation du Programme des travailleurs qualifiés, du programme des candidats des provinces ou du certificat de sélection du Québec et la copie de l’accusé de réception de la demande de résidence permanente.</p>

Permis de travail post diplôme	12 mois	La copie du permis de travail post diplôme et la copie de l'accusé de réception de la demande de résidence permanente.
Résidents permanents	Aucun minimum	Aucune exigence de tarification requise
Autres**	Non applicable	Couverture non disponible

* Période minimale de résidence au Canada avant de présenter une proposition d'assurance invalidité chez RBC.

**Aides familiaux résidents, réfugiés au sens de la Convention, réfugiés n'ayant pas le statut au titre de la Convention, personnes protégées, titulaires d'un permis de travail temporaire non parrainés par un programme gouvernemental, titulaires de permis d'études, consul général, diplomate étranger, travailleurs saisonniers, titulaires d'un visa de visiteur et de touriste, titulaires d'un visa d'affaires (court séjour pour les réunions) et titulaires d'un super visa (parents et grands-parents).

Critères supplémentaires :

- Les personnes à assurer doivent être considérés comme un résident du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu.
- Les candidats qui n'ont pas une bonne compréhension du français ou de l'anglais doivent tous remplir une déclaration d'entente.
- Une **exclusion générale sur les voyages à l'étranger** est requise pour tous les nouveaux arrivants. L'assuré peut demander la reconsidération de l'exclusion une fois que la résidence permanente ou la citoyenneté canadienne a été obtenue, à condition qu'il n'y ait pas de préoccupations particulières en matière de voyage au moment de la reconsidération.
- Une **exclusion sur les voyages à l'étranger dans un pays particulier** peut également être justifiée s'il y a des préoccupations concernant les voyages possibles dans des pays à haut risque.
- Pour les résidents permanents, une exclusion de voyage à l'étranger ne sera requise que s'il y a des préoccupations particulières en matière de voyage.
- Tous les candidats doivent travailler au moins 30 heures par semaine pour tous les produits (y compris Avant-garde).
- Une preuve de revenu est requise pour tous les candidats qui n'ont pas encore la résidence permanente (y compris les employés*). S'il n'est pas possible de fournir une preuve de revenu, la couverture peut être envisagée pour les produits Avant-garde ou Quantum. Les médecins formés à l'étranger qui exercent au Canada depuis 18 mois ou moins sont exemptés de cette exigence.
- Nous nous réservons le droit de demander une preuve médicale appropriée, quel que soit le montant de la couverture, si, de l'avis du tarificateur, nous ne sommes pas en mesure de développer des antécédents médicaux adéquats.
- Nous nous réservons le droit de limiter le montant de la couverture et/ou la période de prestations et de refuser des garanties facultatives s'il y a des questions sur la stabilité de l'emploi et du revenu ou si d'autres aspects de la demande sont défavorables.
- L'assuré proposé devrait être établi avec un médecin ou une clinique au Canada s'ils ont un problème de santé qui nécessite un traitement ou un suivi. Si ce n'est pas le cas, la demande pourrait être reportée.

* Une copie d'un talon paie récent ou une lettre de l'employeur confirmant le salaire ou le salaire horaire peut être considérée comme une preuve de revenu pour les employés.

Demands et exigences médicales

Les demandes doivent être remplies et signées au Canada. Toutes les exigences médicales doivent être complétées au Canada. Voir aussi [Propositions et réponses aux questions](#).

Demands de remboursement et paiements de prestations

Toutes les demandes seront administrées au Canada et les prestations seront versées en dollars canadiens.

DÉFINITION DE NON-FUMEUR POUR L'ASSURANCE INVALIDITÉ (28 mars 2024)

Pour avoir droit aux taux non-fumeurs, les critères suivants doivent être satisfaits :

- Le proposant doit s'être abstenu, au moins pendant les **douze mois** précédant la date de la proposition, de faire usage de cigarettes, de cigarettes électroniques, de produits de vapotage, de cigares*, de noix de bétel*, de pipes à eau, de produits de désaccoutumance au tabac, ou de nicotine ou de tabac sous une forme quelconque.

*Les taux non-fumeurs sont aussi offerts pour l'usage de cigares ou de noix de bétel seulement, lorsque tous les critères suivants ont été satisfaits :

- Maximum d'un gros cigare** par mois, en moyenne
- Utilisation maximale de noix de bétel une fois par mois, en moyenne
- L'analyse d'urine, si exigée pour n'importe quelle raison, doit être négative pour la cotinine
- Aucun problème de santé ne doit être présent, qui serait attribuable à l'utilisation de tabac ou de produits de tabac

**Quelle que soit la marque, un gros cigare est un cigare qui n'a pas de filtre et qui n'est pas destiné à être inhalé. Un petit cigare est un cigarillo ou tout autre cigare qui contient un filtre ou est généralement inhalé.

Dans tous les cas, nous nous réservons le droit d'obtenir une analyse d'urine afin de vérifier le statut de non-fumeur. Le résultat de l'analyse d'urine doit être négatif pour la cotinine.

Il est essentiel que le conseiller en assurance et le proposant établissent clairement le droit de ce dernier aux taux non-fumeurs au moment où la proposition est rédigée. Conformément aux pratiques de l'industrie, nous considérons qu'une réponse inexacte à cette question constitue une non-déclaration de faits importants et, par conséquent, une raison suffisante pour annuler le contrat.

Les demandes pour changer les taux fumeurs pour les taux non-fumeurs sont assujetties aux directives suivantes :

- La personne assurée répond aux critères pour être considérée à titre de non-fumeur.
- Nous avons reçu une [Demande de remise en vigueur et/ou une modification de police](#) dûment remplie.
- Depuis l'établissement de la police, la personne assurée ne présente aucun antécédent médical se rapportant au tabagisme (par exemple: une maladie coronarienne, une maladie pulmonaire obstructive chronique, l'emphysème); dans de tels cas, nous refuserions la demande sans la possibilité d'un réexamen pour les taux non-fumeurs.
- Nous nous réservons le droit d'obtenir une analyse d'urine et toute autre exigence de tarification afin de déterminer le droit de la personne assurée aux taux non-fumeurs.

VOYAGES À L'ÉTRANGER

EMPLOI SAISONNIER

PROPOSANTS EXERÇANT UN EMPLOI SAISONNIER

Les postulants exerçant un emploi saisonnier peuvent être assurables s'ils travaillent à temps plein (au moins 30 heures par semaine) pendant une période minimale de neuf mois chaque année. Toute assurance est offerte sous réserve de la stabilité du revenu assurable et moyennant un délai de carence d'au moins 90 jours. Les prestations d'assurance-emploi ne constituent pas un revenu assurable.

PROPOSANTS QUI TRAVAILLENT MOINS DE NEUF MOIS PAR ANNÉE EN RAISON DES MISES À PIED SAISONNIÈRES

Les postulants qui travaillent moins de neuf mois par année en raison des mises à pied saisonnières n'ont généralement pas droit à l'assurance, tout comme les personnes recevant des prestations de l'assurance-emploi quand la proposition est déposée.

PÊCHEURS COMMERCIAUX

Les personnes dont la profession principale consiste en la pêche commerciale qui exercent des professions saisonnières et reçoivent des prestations de l'assurance-emploi au cours de l'année peuvent être considérées sous réserve des conditions stipulées ci-dessous :

Nombre minimal de mois travaillés par année	Nombre minimal d'heures travaillées par semaine	Nombre minimal de mois recevant des prestations de l'A.-E.	Produit offert	DC minimal exigé
9	30	3	série Fondationssérie série Avant-garde	90 jours
8	30	4	série Fondationssérie série Avant-garde	120 jours

Le tableau ci-dessus sert de ligne directrice pour les postulants ne travaillant pas toute l'année. Des situations dans lesquelles un DC plus long est exigé peuvent survenir, selon les circonstances du cas (antécédents médicaux ou autres facteurs défavorables).

Les pêcheurs qui travaillent moins de 8 mois par année ou qui reçoivent des prestations de l'A.-E. quand la proposition est déposée ne sont pas assurables.

PERSONNES EXERÇANT PLUS D'UNE PROFESSION À TEMPS PLEIN TOUTE L'ANNÉE

Les personnes exerçant plus d'une profession à temps plein toute l'année en raison de conditions saisonnières pourraient généralement avoir droit à une assurance dans le cadre de laquelle il aurait mention de l'exercice de deux professions. Veuillez vous reporter à la section du [Tableau des professions](#) intitulée « Exercice de plus d'une profession » pour obtenir des renseignements supplémentaires.

Remarque:

Les renseignements susmentionnés servent uniquement de ligne directrice. Les propositions seront évaluées cas par cas et il se peut qu'un délai de carence d'au moins 120 ou 180 jours soit exigé ou que l'assurance ne puisse pas du tout être offerte. Les antécédents financiers et médicaux et tous les autres facteurs propres au cas étudié seront pris en considération dans le processus décisionnel.

PROGRAMME D'AIDE AU TRAVAIL INDÉPENDANT (ATI)

Nous sommes disposés à examiner les propositions d'assurance invalidité provenant de certains proposants participant actuellement au programme d'ATI.

Afin d'être admissible à l'assurance, les participants du programme d'ATI doivent avoir eu droit dès le départ à la subvention intégrale du programme d'ATI et doivent toujours recevoir ces prestations au moment de la proposition. Autrement dit, le programme d'ATI n'a pas cessé les versements avant la présentation de la proposition en raison de la faiblesse des revenus ou par ce que le participant n'a pas fourni aux administrateurs du programme d'ATI les documents financiers attestant son revenu. Par subvention " intégrale ", on entend le fait que les versements ATI aient été approuvés pour le reste de la période admissible jusqu'à un maximum de 52 semaines, dès l'adhésion du participant au programme. Le tarificateur exigera une confirmation à cet égard.

Nous considérerons une assurance de 500 \$ par mois en vertu de la Série Avant-garde peu importe le revenu touché dans les 12 derniers mois.

Nous considérerons une assurance de 1 000 \$ par mois en vertu de la Série Avant-garde sur présentation d'une preuve de revenu professionnel antérieur d'au moins 12 000 \$ au cours de la dernière année civile.

Ces offres sont disponibles avec tout délai de carence (DC) et toute période d'indemnisation (PI). Des garanties facultatives sont offertes sous réserve de nos exigences habituelles de la tarification.

Autrement, nos exigences habituelles de la tarification s'appliquent. Toutes les questions sur la proposition doivent être entièrement et correctement répondues. Le producteur devrait noter dans la section commentaires de la proposition que le proposant est un participant admissible du programme d'ATI.

Un proposant qui peut nous fournir une preuve de revenu justifiant une indemnité plus élevée, peut être considéré sous réserve de nos exigences habituelles de la tarification, ainsi qu'à nos limites de souscription et de participation.

Nota : Toutes les définitions et limitations de polices s'appliquent. Il est important qu'un titulaire de police à bas revenu comprenne qu'il puisse soit, recevoir des prestations réduites, soit n'en recevoir aucune au moment de la demande de règlement en vertu de la disposition Coordination des prestations du contrat Avant-garde.

Nous nous réservons le droit d'annuler la présente offre aux proposants du programme d'ATI, en tout temps.

SPORTS ET ACTIVITÉS EXTRAPROFESSIONNELLES

Les activités ou les sports auxquels participe une personne en dehors des heures normales de travail, ou en sus, peuvent souvent revêtir une certaine importance quand il s'agit de proposition d'assurance invalidité. Les risques qui vont au-delà des aléas de la vie quotidienne comprennent, notamment, le vol en delta, la course d'automobile, le vol en ballon, le karaté, le motocyclisme, l'alpinisme ou l'escalade de rocher, la plongée avec scaphandre autonome ou léger à une profondeur de plus de 100 pieds*, la planche à neige, le saut en parachute ou en chute libre, la course de bateau, le ski en des endroits accessibles par hélicoptère, le rodéo, la course en motoneige, la pratique du benji (saut à l'élastique) ou du kayak.

Pour bien évaluer l'assurabilité, le tarificateur doit connaître l'importance de l'entraînement du proposant, le niveau d'expérience, la fréquence de participation, l'équipement utilisé, les mesures de sécurité, l'appartenance à des clubs et les détails de toute activité compétitive. Pour certaines de ces activités, nous avons rédigé un questionnaire précis à remplir et à annexer à la proposition d'assurance, servant à recueillir toutes les précisions sur l'activité pratiquée aux fins de l'appréciation du risque. En l'absence d'un questionnaire précis, le producteur sera tenu de fournir toutes les précisions voulues avec la proposition d'assurance.

La pratique de quelque sport donnant lieu à rémunération, directement ou indirectement, doit faire l'objet d'une description détaillée.

***Remarque :** La plongée avec scaphandre autonome ou léger à une profondeur de 100 pieds ou moins, en l'absence d'autres facteurs de risque, sera généralement souscrite de façon standard.

TARIFICATION DE GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

Cette section renferme les sommaires de nos garanties complémentaires actuelles. Veuillez vous reporter au libellé actuel du contrat pour obtenir tous les renseignements.

INDEX

AVENANT DE PROLONGATION DE LA PROTECTION DE LA PROFESSION HABITUELLE – SÉRIE AVANT-GARDE

AVENANT DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

AVENANT RELATIF À LA DÉFINITION ÉLARGIE DE L'INVALIDITÉ – SÉRIE FONDATIONS (H884)

AVENANT SOINS DE COMPASSION FAMILIALE

DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS (DMA) (H702)

INDEMNISATION MENSUELLE COMPLÉMENTAIRE (IMC)

INDEMNITÉ COMPLÉMENTAIRE POUR FRAIS GÉNÉRAUX (H721)

INDEMNITÉ D'HOSPITALISATION – SÉRIE AVANT-GARDE

INDEMNITÉS DÈS LE PREMIER JOUR D'HOSPITALISATION (H880)

INDEMNITÉS POUR INVALIDITÉ PARTIELLE

INDEMNITÉS POUR INVALIDITÉ QUANT À L'EXERCICE DE VOTRE PROFESSION (H897)

INDEMNITÉS POUR INVALIDITÉ RÉSIDUELLE (Frais Généraux) (H856)

OPTION D'ASSURANCE ADDITIONNELLE FRAIS GÉNÉRAUX (OAAFG) (H862)

OPTION D'ASSURANCE ADDITIONNELLE REVENU FUTUR (OAARF) (H899)

OPTION D'ASSURANCE ADDITIONNELLE REVENU FUTUR POUR LES JEUNES PROFESSIONNELS (OAARF) (H1145)

OPTION D'ASSURANCE SUPPLÉMENTAIRE – ASSURANCE RACHAT

OPTION D'ASSURANCE SUPPLÉMENTAIRE – SÉRIE AVANT-GARDE

PROTECTION-RETRAITE (H945)

RAJUSTEMENT DES PRESTATIONS DE VIE CHÈRE

DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS (H702)

La garantie Décès et mutilation accidentels (DMA) est offerte en tant que garantie complémentaire annexée à certaines polices d'assurance individuelle en cas d'invalidité.

Âges d'admissibilité : 18 – 60

Régimes offerts : Série Professions et série Fondations (pas offerte avec les polices Quantum ou Avant-garde)

Montant minimal : 20 000 \$

Montant maximal : Maximum de 10 000 \$ pour chaque tranche de 100 \$ de l'indemnité mensuelle pour invalidité en vertu de la police, majoré par tranche de 1 000 \$, jusqu'à concurrence des limites maximales de souscription et de participation.

Limites de souscription

et de participation : Les limites de participation comprennent toute garantie de décès accidentel et assurance en cas de décès et mutilation accidentels souscrite auprès de nous ou d'une autre compagnie

Catégorie	Limite de souscription	Limite de participation
Catégories 4A et 3A	300 000 \$	300 000 \$
Catégorie 2A	225 000 \$	250 000 \$
Catégorie A	100 000 \$	150 000 \$
Catégorie B	50 000 \$	150 000 \$

Désignation du bénéficiaire : la section du bénéficiaire de la proposition devrait être remplie pour faire en sorte que les prestations exigibles advenant le décès sont versées convenablement. Si cette section n'est pas remplie, les prestations seront exigibles aux ayants droit de la personne assurée.

Risques Aviation et DMA

La garantie DMA ne couvre pas les risques Aviation découlant de l'apprentissage, des essais ou de vol expérimental à titre de pilote ou de membre d'équipage, sauf si l'assurance complémentaire Aviation est approuvée, avec ou sans surprime. Au barème ci-après des surprimes annuelles, figurent les surprimes par tranche de 1 000 \$ de DMA pour les catégories de risques énumérées, supposition faite que la pleine garantie pour vols aériens est demandée. De plus, pour certaines catégories de risques élevés, la police peut faire entièrement l'objet d'une exclusion ou d'un refus.

Pour toute réponse affirmative à la question de la proposition portant sur le risque Aviation, le Questionnaire sur l'aviation doit nous être soumis. La proposition sera traitée comme si l'assurance complémentaire Aviation est demandée avec toute garantie DMA à l'étude, sauf s'il est expressément indiqué que cette assurance n'est pas requise.

Si le risque Aviation doit être couvert par la garantie DMA, le tarificateur annexera une lettre particulière à la police, confirmant l'assurance complémentaire Aviation.

Barème des surprimes de l'assurance complémentaire Aviation DMA :

1. Aviation civile commerciale (contre rémunération) :

- Multimoteurs, avions de société, vol d'affaires seulement, qualifications de pilote et entretien des aéronefs comparables à celles des lignes régulières : DMA offerte aux taux normaux.
- Instruction d'élèves, cargo, passager de lignes non régulières, vol nolisé, courte croisière, photographie aérienne et vol d'affaires, non inclus ci-dessus : DMA offerte moyennant une surprime de 3,50 \$ par tranche de 1 000 \$ d'assurance.
- Poudrage des récoltes ou prospection : ces professions ne sont pas assurables.
- Vols d'inspection (sauf dans le cas des prototypes) : DMA offerte moyennant une surprime de 5,00 \$ par tranche de 1 000 \$ d'assurance.

2. Aviation civile non commerciale (pilotes privés non rémunérés pour leurs heures de vol ni cherchant à devenir pilotes de lignes commerciales) :
 - Plus de 100 heures de vol en solo, moins de 300 heures de vol par an, âgés de moins de 27 ans : DMA offerte moyennant une surprime de 2,50 \$ par tranche de 1 000 \$ d'assurance.
 - Plus de 100 heures de vol en solo, moins de 300 heures de vol par an, âgés de 27 ans ou plus : DMA offerte aux taux normaux.
 - Plus de 100 heures de vol en solo, 300 heures de vol ou plus par an, âgés de moins de 27 ans : DMA offerte moyennant une surprime de 3,50 \$ par tranche de 1 000 \$ d'assurance.
 - Plus de 100 heures de vol en solo, 300 heures de vol ou plus par an, âgés de 27 ans ou plus : DMA offerte moyennant une surprime de 2,50 \$ par tranche de 1 000 \$ d'assurance.
 - Moins de 100 heures de vol en solo ou élèves-pilotes : DMA offerte moyennant une surprime de 2,50 \$ par tranche de 1 000 \$ d'assurance.
3. Pilotes civils de planeurs, d'hélicoptères et d'autres appareils légers : habituellement même catégorie que les autres pilotes.
4. Parachutistes : une exclusion sera exigée.
5. Poudrage des récoltes, les attaques aériennes et autres vols dangereux : ces professions sont considérées non assurables.
6. Pilotes d'ultralégers : une exclusion intégrale sera exigée.

Toute situation inhabituelle ou douteuse devrait être adressée au Service de la tarification pour obtenir un avis.

INDEMNISATION MENSUELLE COMPLÉMENTAIRE (IMC)

Une assurance supplémentaire peut être ajoutée à l'assurance de base, avec un délai de carence plus long ou le même, et une période d'indemnisation plus courte ou la même que celle prévus par l'assurance de base. Cette garantie est utilisée pour tenir compte des autres prestations auxquelles la personne assurée pourrait avoir droit, telles des prestations d'assurance-emploi ou des prestations en cas d'invalidité de courte durée. L'indemnisation mensuelle complémentaire est également offerte moyennant des périodes d'indemnisation de 120, de 180 et de 365 jours (360 ou 720 jours pour les polices Avant-garde).

INDEMNITÉ COMPLÉMENTAIRE POUR FRAIS GÉNÉRAUX (H721)

Une assurance supplémentaire exigible au 180e jour d'invalidité est offerte en montants flexibles, pourvu qu'elle soit ajoutée à une police de base d'au moins 100 \$ par mois. Le délai de carence de cette garantie doit être équivalent à celui de l'assurance de base. Cette garantie a pour objet de permettre à la personne assurée de souscrire à une assurance supplémentaire pendant les six premiers mois d'invalidité totale, soit la période au cours de laquelle les dépenses sont plus élevées. La garantie n'augmente pas la prestation d'invalidité partielle autrement exigible en vertu de la police.

OPTION D'ASSURANCE SUPPLÉMENTAIRE (OAS) – ASSURANCE RACHAT (1 juin 2021)

Cet avenant garantit l'assurabilité de l'associé assuré et permet au titulaire de souscrire à une assurance additionnelle Rachat en cas d'invalidité à mesure que la valeur comptable de l'entreprise accroit.

À chacune des dates d'option (tous les deux anniversaires de police), le titulaire peut souscrire à une assurance additionnelle jusqu'à concurrence de 18 % du montant maximal pour le rachat. Les augmentations d'assurance devront faire l'objet d'une tarification financière seulement.

Lorsqu'une option est exercée, la prime additionnelle est basée sur l'âge actuel de l'associé assuré et les taux courants. L'assurance additionnelle comportera les mêmes garanties, conditions et exclusions que celles de la police Rachat en cas d'invalidité.

Une option spéciale peut être exercée 90 jours après le début du versement d'indemnités par suite de l'invalidité de l'un des autres associés assurés. Cette option offre aux propriétaires d'entreprise non invalides une autre occasion de souscrire à une assurance additionnelle jusqu'à concurrence de 18 % du montant maximal pour le rachat.

Âges admissibles : 18 – 50

Montant minimal d'OAS : 5 000 \$

Montant maximal d'OAS : Le montant total de l'option d'assurance supplémentaire pouvant être souscrit est en fonction de l'âge de la personne assurée au moment de la soumission de la proposition. Ce montant est exprimé en pourcentage du montant de l'indemnisation maximale pour rachat.

Âge	Montant maximal pour le rachat
42 ans ou moins	jusqu'à 100 %
43 – 44	jusqu'à 93 %
45 – 46	jusqu'à 64 %
47 – 48	jusqu'à 39 %
49 – 50	jusqu'à 18 %

Le montant des versements mensuels peut être calculé en divisant par 60 le montant de l'indemnisation maximale pour rachat.

Le total du montant maximal pour le rachat et le montant de l'Option d'assurance supplémentaire – Assurance rachat ne peut être supérieur aux Limites de souscription correspondant au délai de carence choisi.

RAJUSTEMENT DES PRESTATIONS DE VIE CHÈRE / INDEMNITÉ DE VIE CHÈRE (27 septembre 2024)

Âges d'admissibilité : 18 – 55 (jusqu'à 60 ans pour les polices de la série Avant-garde)

Avenant H1001 : série Professions

Avenant H1002 : série Fondations

Avenant H1006 : Quantum

Avenant d'indexation des prestations : série Avant-garde

Cet avenant prévoit l'augmentation du montant des prestations qui sont payables à chacun des anniversaires de l'invalidité totale, partielle ou résiduelle continue de la personne assurée (selon la série de la police). Les prestations sont versées à compter du 366e jour d'invalidité. L'augmentation des prestations correspondra à la hausse réelle de l'Indice des prix à la consommation au cours de la période d'invalidité. Le rajustement cumulatif ne sera pas inférieur à 2 % (composé) par année et supérieur à 10 % (composé) par année. L'augmentation totale n'est assujettie à aucun maximum.

Option de souscription

La personne assurée peut, sans attestation médicale ou financière, souscrire au montant de l'augmentation des prestations mensuelles appliqué au cours de son invalidité, sous réserve des critères suivants :

- La personne assurée est retournée à une profession rémunérée à temps plein; et
- La personne assurée n'a pas atteint l'âge de 60 ans; et
- La personne assurée soumet une demande écrite d'exercer l'option d'augmentation d'assurance dans les 90 jours suivant la fin de la période d'invalidité pour laquelle les prestations de vie chère ont été versées.

Les taux pour l'assurance additionnelle sont basés sur l'âge actuel et les taux courants. L'augmentation entre en vigueur dans les 31 jours après que nous recevons la demande de la personne assurée.

L'augmentation n'est pas offerte si la personne assurée reçoit des prestations conformément aux dispositions d'une rechute d'invalidité dans le cadre de sa police, mais le sera pour les nouvelles périodes d'invalidité totale ayant lieu après la date d'effet.

Ajout de la garantie Indemnité de vie chère à une police en vigueur :

Cette garantie peut être ajoutée à une police en vigueur dans les situations suivantes :

Polices OEM ou PRPE seulement :

- **Médecins** : L'ajout de la garantie peut être considéré comme une modification de police à tout moment pendant la résidence en médecine ou le stage postdoctoral jusqu'à 6 mois après la fin du programme, à condition que l'assuré travaille au Canada et ne soit pas invalide. Une demande simplifiée de modification de la police OEM/PRPE peut être soumise. Si cet avantage est ajouté en même temps que l'exercice d'un choix d'OAARF, la demande d'ajout de la garantie peut être indiquée dans la section des commentaires de la demande d'OAARF.
- **Autres professions admissibles** : L'ajout de la garantie peut être considéré comme une modification de police dans les 6 mois suivant l'obtention du diplôme ou l'obtention du titre professionnel ou de la certification, à condition que l'assuré travaille au Canada et ne soit pas invalide. Une demande simplifiée de modification de la police OEM/PRPE peut être soumise. Si cet avantage est ajouté en même temps que l'exercice d'un choix d'OAARF, la demande d'ajout de la garantie peut être indiquée dans la section des commentaires de la demande d'OAARF.

Toutes autres polices en vigueur :

- L'ajout de la garantie peut être considéré comme une modification de police seulement pendant les 2 premières années suivant la date d'émission de la police. Après 2 ans, un remplacement interne est requis. Le formulaire Demande de remise en vigueur ou de modification de police est requis et la tarification médicale s'applique.

INDEMNITÉS POUR INVALIDITÉ QUANT À L'EXERCICE DE VOTRE PROFESSION (Propre profession) (H897)

(27 septembre 2024)

La garantie d'invalidité quant à l'exercice de votre profession prend effet dès la date du début de l'invalidité totale. Celle-ci change la définition d'invalidité totale **de** :

- a) En raison d'une blessure ou d'une maladie, la personne assurée est incapable d'accomplir les tâches importantes de sa profession; et
- b) La personne assurée n'exerce aucune profession rémunérée; et
- c) La personne assurée reçoit les soins appropriés d'un médecin.

à :

- a) En raison d'une blessure ou d'une maladie, la personne assurée est incapable d'accomplir les tâches importantes de sa profession; et
- b) La personne assurée reçoit les soins appropriés d'un médecin.

Âges d'admissibilité : 18 - 55

Régime offert : série Professions

Professions admissibles : professionnels sélectionnés de la catégorie 4A seulement

- Comptables (CPA; CA; CMA; CGA)
- Actuaires (FSA; ASA; FICA)
- Acuponcteurs (ayant obtenu leur désignation de médecin)
- Architectes
- Chiropodistes
- Coroners
- Spécialistes dentaires et chirurgiens (endodontistes; spécialistes en chirurgie maxillo-faciale; orthodontistes; pédodontistes; périodontistes; prosthodontistes)
- Ingénieurs – Professionnels
- Avocats
- Naturopathes (ayant obtenu leur désignation de médecin)
- Notaires (Québec)
- Optométristes
- Ostéopathes (ayant obtenu leur désignation de médecin)
- Pharmaciens
- Médecins, Spécialistes et Chirurgiens
- Podiatres
- Psychologues (ayant obtenu leur désignation PhD; PsyD; EdD)
- Vétérinaires (clinique de petits animaux)

Remarque : Cette garantie est offerte aux étudiants sous le Programme de réduction des primes pour étudiants qui sont inscrits dans un domaine d'études qui mènera à l'une des professions admissibles ci-dessus. Les étudiants vétérinaires qui n'ont pas encore décidé s'ils travailleront exclusivement avec de petits animaux ne sont pas admissibles à cette garantie au moment de leur proposition initiale. Cependant, ils peuvent demander un ajout de la garantie d'invalidité quant à l'exercice de votre profession pendant les premiers 6 mois de pratique s'ils travaillent exclusivement avec de petits animaux.

Ajout de la garantie Propre profession à une police en vigueur :

Cette garantie peut être ajoutée à une police en vigueur dans les situations suivantes :

Polices OEM ou PRPE seulement :

- **Médecins** : L'ajout de la garantie peut être considéré comme une modification de police à tout moment pendant la résidence en médecine ou le stage postdoctoral jusqu'à 6 mois après la fin du programme, à condition que l'assuré travaille au Canada et ne soit pas invalide. Une demande simplifiée de modification de la police OEM/PRPE peut être soumise. Si cet avantage est ajouté en même temps que l'exercice d'un choix d'OAARF, la demande d'ajout de la garantie peut être indiquée dans la section des commentaires de la demande d'OAARF.
- **Autres professions admissibles** : L'ajout de la garantie peut être considéré comme une modification de police dans les 6 mois suivant l'obtention du diplôme ou l'obtention du titre professionnel ou de la certification, à condition que l'assuré travaille au Canada et ne soit pas invalide. Une demande simplifiée de modification de la police OEM/PRPE peut être soumise. Si cet avantage est ajouté en même temps que l'exercice d'un choix d'OAARF, la demande d'ajout de la garantie peut être indiquée dans la section des commentaires de la demande d'OAARF.

Toutes autres polices en vigueur :

- Pour toutes autres demandes, un remplacement interne est nécessaire pour ajouter cet avantage. Le formulaire Demande de remise en vigueur ou de modification de police est requis et la tarification médicale s'applique.

AVENANT RELATIF À LA DÉFINITION ÉLARGIE DE L'INVALIDITÉ – SÉRIE FONDATIONS (H884) ET AVENANT DE PROLONGATION DE LA PROTECTION DE LA PROFESSION HABITUELLE – SÉRIE AVANT – GARDE

Sous réserve des limitations de chaque police, ces avenants viennent augmenter la durée prévue de la définition de l'invalidité fondée sur la profession habituelle (24 mois) jusqu'à l'expiration de la période d'indemnisation.

L'Avenant relatif à la définition élargie de l'invalidité peut être annexé aux polices de la série Fondations 966 (toutes catégories) et de la série Fondations 967 – Taux progressif (catégories 4A, 3A et 2A).

L'Avenant de prolongation de la protection de la profession habituelle est offert avec les contrats de la série Avant-garde (toutes catégories).

AVENANT SOINS DE COMPASSION FAMILIALE (29 avril 2019)

L'avenant Soins de compassion familiale permet à l'assuré de souscrire une couverture additionnelle qui prévoit un paiement égal à la prestation mensuelle si un membre de sa famille (conjoint ou enfant) reçoit un diagnostic de maladie en phase terminale. L'ouverture du droit à indemnisation commencera à la date à laquelle le membre de la famille reçoit un diagnostic de maladie en phase terminale et l'indemnisation sera payée à terme échu. Le plafond applicable au membre de la famille correspond à 12 fois la prestation mensuelle, tandis que le plafond d'indemnisation totale s'élève à 24 fois la prestation mensuelle.

Les primes font l'objet d'une exonération tant que des prestations sont payables au titre du présent avenant.

Cet avenant prendra fin automatiquement après que le montant maximal d'indemnisation de 24 mois soit versé ou au 65e anniversaire de l'assuré, selon la première de ces éventualités.

Âges d'admissibilité: 18 – 60

Régimes offerts: Série Professions, Série Fondations, Série Avant-garde, et Quantum

Catégories professionnels admissibles: Toute

Les avantages de l'avenant Soins de compassion familiale:

- Aucune évaluation de risque n'est nécessaire pour le conjoint ou l'enfant.
- Pas de délai de carence – la prestation est versée dès que le diagnostic d'entrée en phase terminale est posé.
- La prestation est égale au montant maximal de la prestation d'invalidité mensuelle prévue par la police.
- L'assuré peut utiliser la prestation pour couvrir les factures médicales et les frais de déplacement, régler les frais de garde additionnels, compléter son revenu et plus encore. Le choix lui appartient.
- La prestation peut être versée pendant une période maximale de 12 mois, alors que le conjoint ou l'enfant est encore en vie.

Limitations:

- Non disponible avec Régime d'indemnités pour perte de salaire.
- Peut uniquement être ajouté à une nouvelle police d'assurance invalidité. Ne peut être ajouté aux polices en vigueur.
- Ne peut être souscrit en tant que produit distinct.
- Une limitation relative aux affections préexistantes s'applique seulement si votre membre de famille reçoit un diagnostic de maladie en phase terminale pendant les 24 mois suivant la date d'effet de l'avenant (communiquer avec un représentant de vente de RBC pour des précisions).

Remarque:

Cette garantie est disponible sur les dossiers modifiés même quand les autres garanties optionnelles sont supprimées.

INDEMNITÉS DÈS LE PREMIER JOUR D'HOSPITALISATION (H880)

Régimes offerts : série Professions et série Fondations

Cette garantie prévoit le paiement de prestations pour invalidité totale dès le premier jour d'hospitalisation, tant que l'état de la personne assurée répond à la définition d'invalidité totale et qu'elle ait été hospitalisée depuis 72 heures. Le délai de carence doit être de 90 jours ou moins.

INDEMNITÉ D'HOSPITALISATION

Régime offert : série Avant-garde

Cette garantie paye les dépenses pendant la durée d'hospitalisation de la personne assurée. L'assurance se souscrit par tranches de 50 à 200 \$ de prestations quotidiennes. Les indemnités seront payées pour chaque jour d'hospitalisation de la personne assurée, pourvu que son séjour dure au moins 24 heures à compter de son admission. Il y a un maximum de 120 jours par séjour d'hospitalisation.

La garantie prévoit des prestations pour séjour aux soins intensifs, dont le montant correspond à cinq fois les prestations quotidiennes de base pour chaque jour où la personne assurée est gardée aux soins intensifs, jusqu'à concurrence de 30 jours.

Les états préexistants, la grossesse et l'accouchement sont assurés si cet avenant est en vigueur depuis au moins six mois. Les exclusions prévues par la police de la série Avant-garde s'appliquent également.

Le montant total des prestations d'hospitalisation, y compris les prestations versées au titre de toute autre assurance hospitalisation, ne peut dépasser 400 \$ par jour.

OPTION D'ASSURANCE ADDITIONNELLE REVENU FUTUR (H899) (1 juin 2021)

L'Option d'assurance additionnelle Revenu futur (OAARF) permet à la personne assurée de souscrire à une date ultérieure un montant d'assurance additionnelle, sans égard à son état de santé ou à sa profession, pourvu que son revenu au moment d'exercer l'option justifie cette augmentation.

Âges d'admissibilité : 18 à 50

Produits offerts : série Professions, série Fondations et Quantum

Tranches d'augmentation :

Limites de l'Option d'assurance additionnelle Revenu futur	Catégorie professionnelle	
Montant maximal des sommes optionnelles (en multiples)	Étudiant	Aucun multiple
	4A	Aucun multiple
	3A	2,5 x la prestation*
	2A	2,5 x la prestation*
	A	2,5 x la prestation*
	B	2,5 x la prestation*
Montant maximal de l'option (tranches d'augmentation)	4A	3000 \$
	3A	2000 \$
	2A	1000 \$
	A	500 \$
	B	500 \$
Montant maximal des sommes optionnelles	Voir les limites maximales de souscription et de participation par catégorie professionnelle	

* Le montant maximal des sommes optionnelles (augmentation) disponible par catégorie professionnelle, au titre de la garantie Option d'assurance additionnelle Revenu futur, est automatiquement calculé et correspond **au moins de** :

- 2,5 fois l'indemnisation mensuelle de base et les indemnités mensuelles additionnelles (IMC) de longue durée (IMC de 1 an ou plus); (sans objet pour les étudiants de catégorie 3A et les assurés appartenant à la catégorie 4A).
- 55 moins l'âge à la souscription (âge au plus proche anniversaire) X le montant OAARF choisi;
- montant maximal des sommes optionnelles (selon les [limites maximales de souscription et de participation](#)) moins l'indemnisation mensuelle de base et les IMC de longue durée;
- montant maximal des sommes optionnelles (selon les [limites maximales de souscription et de participation](#)) moins toute Option spéciale exercée.

EXERCICE D'UNE OAARF

- À chaque anniversaire de police, avant son 55e anniversaire de naissance, la personne assurée peut exercer une option d'assurance additionnelle (tranche d'augmentation), en tout ou en partie, sous réserve de la tarification financière et de nos [limites maximales de souscription et de participation](#), en vigueur au moment de la demande d'OAARF.
- Elle peut reporter à la prochaine date d'anniversaire, au maximum, une tranche d'augmentation, si elle n'a pas exercé son option ou ne l'a exercée qu'en partie. Toutefois, elle ne peut pas souscrire plus de deux tranches à la fois.
- À toute date d'anniversaire jusqu'à l'âge de 50 ans, la personne assurée peut également souscrire une seule autre tranche d'augmentation, à condition que la personne assurée ne soit pas invalide.

- Le montant total des augmentations d'assurance exercées ne peut pas dépasser le montant maximal de l'option totale.
- Les augmentations peuvent aller de 100 \$ à 3 000 \$ (en multiples de 50 \$), selon la catégorie professionnelle.
- Lorsque des options sont exercées, les primes de l'assurance additionnelle sont calculées selon l'âge à l'anniversaire le plus proche de la personne assurée et nos taux courants.
- L'OAARF fera l'objet d'une tarification financière en fonction du revenu professionnel de la personne assurée du dernier exercice complet. Consultez le [Tableau des documents financiers](#) pour connaître les exigences d'ordre financier.
- Si la police comporte un avenant d'assurance en cas d'invalidité partielle, le montant des prestations en vertu de cet avenant équivaudra à la moitié du montant de toute augmentation établie.
- **Date de demande** : le formulaire doit nous être retourné dûment rempli dans les 31 jours de la date d'option.

OAARF EN COURS D'INVALIDITÉ

En cours d'invalidité, la personne assurée admissible financièrement peut exercer une Option d'assurance additionnelle Revenu futur.

Si à la date d'option à laquelle une augmentation est demandée, la personne assurée est invalide, l'augmentation ne dépassera pas le moindre des montants suivants :

- la moitié du montant de l'OAARF (tranche d'augmentation); ou
- 750 \$

Les prestations majorées seront payables le 91^e jour d'invalidité continue suivant la date à laquelle l'option a été exercée.

OPTION SPÉCIALE D'AUGMENTATION

En plus des options annuelles, une seule option spéciale d'augmentation en cas d'invalidité de longue durée (ILD) est offerte dans les circonstances suivantes :

- la personne assurée cesse de travailler auprès d'un employeur dont le régime d'assurance collective en cas d'invalidité de longue durée est en vigueur et couvre la personne assurée au moment de sa cessation d'emploi; ou
- les prestations en vertu d'une assurance collective en cas d'invalidité de longue durée ne sont plus offertes à la catégorie d'employés dont la personne assurée fait partie; ou
- l'assurance collective en cas d'invalidité de longue durée de la personne assurée prend fin.

Montant de l'option : le montant maximal de l'augmentation qui sera accordé sera **le moindre des montants suivants** :

- le montant de l'assurance ILD ayant pris fin; ou
- le montant de l'Option d'assurance additionnelle Revenu futur non encore exercé.

Date d'option : la date à laquelle la personne assurée cesse d'être couverte en vertu d'une police ILD sera considérée comme la date d'option.

Date de demande : les demandes d'assurance additionnelle en cas d'invalidité en vertu de l'Option spéciale doivent être faites par écrit dans les 91 jours suivant la date à laquelle la personne assurée cesse d'être couverte en vertu de la police ILD.

L'Option spéciale n'est pas offerte :

- au cours de toute période d'invalidité;
- si la personne assurée ne travaille pas à temps plein au moins 30 heures par semaine dans une « activité professionnelle raisonnable » (reportez-vous au libellé de l'avenant pour obtenir des renseignements supplémentaires).
- L'option spéciale au titre de l'OAARF **n'est pas disponible** pour la couverture d'association cessée ou résiliée.

Coordination des prestations : si la police ne prévoit pas la coordination ou l'intégration des prestations d'assurance collective ILD, nous avons le droit d'ajouter à la police une modification coordonnatrice de groupe, conformément à nos directives de tarification et aux [limites de souscription et de participation](#) en vigueur au moment où l'option spéciale est demandée.

Cette option spéciale ne peut être exercée qu'une seule fois et ne peut pas dépasser le montant total restant de l'OAARF. L'option spéciale ILD est assujettie aux autres modalités de cet avenant, y compris à la vérification financière.

OPTION D'ASSURANCE ADDITIONNELLE REVENU FUTUR POUR LES JEUNES PROFESSIONNELS (H1145) (27 septembre 2024)

L'Option d'assurance additionnelle Revenu futur pour jeunes professionnels est offerte aux professionnels (catégories 4A et 3A) admissibles à nos [Limites particulières aux étudiants](#). Cet avenant est offert aux professionnels (catégories 4A) suivants, qui ont été en pratique depuis plus d'un an.

- Actuaires (FSA; ASA; FCIA)
- Acuponcteurs (ayant obtenu leur désignation de médecin)
- Architectes
- Avocats
- Cadre supérieur (doit répondre aux critères de la catégorie 4A tel qu'indiqué au [tableau des professions](#))
- Chiropodistes
- Comptables (CPA; CA; CMA; CGA)
- Coroners
- Ingénieurs Professionnels (travail de bureau et de consultation – chantiers et usines – tâches non dangereuses seulement)
- Médecins, spécialistes et chirurgiens
- Naturopathes (ayant obtenu leur désignation de médecin)
- Notaires (Québec)
- Optométristes
- Ostéopathes (ayant obtenu leur désignation de médecin)
- Podiatres
- Pharmaciens
- Psychologues (ayant obtenu leur désignation PhD; PsyD; EdD)
- Spécialistes dentaires et chirurgien (Endodontistes; Chirurgien Maxillo-faciale; Orthodontistes; Pédodontistes; Périodontistes; Prothésodontistes)
- Vétérinaires (Clinique de petits animaux)

Cet avenant ressemble à notre Option d'assurance additionnelle Revenu Futur standard (H899), sauf qu'il ne fixe pas le maximum des sommes optionnelles à 2,5 fois l'indemnisation mensuelle pour déterminer le montant total qui est disponible dans le cadre de cet avenant. Cela permet aux personnes admissibles d'optimiser l'assurabilité future de leur potentiel de rémunération totale.

Âges d'admissibilité : 18 - 40

Régime offert : Série Professions

Montant maximal de l'option

Catégorie Montant de l'option

4A 3 000 \$

3A 2 000 \$

Montant maximal des sommes optionnelles pour les jeunes professionnels :

Le montant maximal des sommes optionnelles (augmentation) disponible par catégorie, au titre de la garantie Option d'assurance additionnelle Revenu future, correspond **au moins** de :

- 55 moins l'âge à la souscription (âge au plus proche anniversaire) X le montant d'OAARF choisi; et
- le maximum applicable par catégorie (4A = 25 000 \$, 3A = 15 000 \$) moins l'indemnisation de base et les IMC de longue durée.

EXERCICE D'UNE OAARF

- À chaque anniversaire de police, avant son 55e anniversaire de naissance, la personne assurée peut exercer une option d'assurance additionnelle (tranche d'augmentation), en tout ou en partie, sous réserve de la tarification financière et de nos [limites maximales de souscription et de participation](#).
- Elle peut reporter à la prochaine date d'anniversaire, au maximum, une tranche d'augmentation, si elle n'a pas exercé son option ou ne l'a exercée qu'en partie. Toutefois, elle ne peut souscrire à plus de deux tranches à la fois.
- À toute date d'anniversaire jusqu'à l'âge de 50 ans, la personne assurée peut également souscrire à une seule autre tranche d'augmentation.
- Le montant totale des augmentations d'assurance exercées ne peut pas dépasser le montant maximal de l'option totale.
- Les augmentations sont disponibles en tranche de 50 \$.
- Lorsque des options sont exercées, les primes de l'assurance additionnelle sont calculées selon l'âge au plus proche anniversaire de la personne assurée et nos taux courants.
- L'OAARF sera souscrite en fonction du revenu professionnel de la personne assurée du dernier exercice complet.
- Date de la proposition: le formulaire d'OAARF doit être rempli et retourné dans les 31 jours suivant la date d'option.

OAARF EN COURS D'INVALIDITÉ

En cours d'invalidité, la personne assurée admissible financièrement peut exercer une Option d'assurance additionnelle Revenu futur.

Si la date d'option d'une augmentation est choisie alors que la personne assurée est invalide, l'augmentation ne dépassera pas **le moindre** des montants suivants :

- la moitié du montant de l'OAARF ; ou
- 750 \$.

Les prestations accordées en vertu de l'assurance additionnelle seront exigibles au 91^e jour d'invalidité continue après la date à laquelle l'option a été exercée.

OPTION SPÉCIALE D'AUGMENTATION **CONTRACTUELLE**

Cette **disposition contractuelle** ne peut être exercée qu'une seule fois sur la durée de la police.

Cette option est disponible en plus des options annuelles pour augmenter l'indemnisation mensuelle, selon les circonstances suivantes :

- l'assuré quitte son emploi auprès d'un employeur qui avait un régime d'assurance ILD collective au titre de laquelle l'assuré était couvert ; ou
- les prestations d'assurance ILD collective ne sont plus offertes à la catégorie d'employés dont faisait partie l'assuré ; ou
- l'assurance ILD collective de l'assuré est résiliée.

La **date d'option spéciale** est la date à laquelle survient l'un des événements ci-dessus.

Pour **exercer l'option spéciale d'augmentation**, RBC Assurances doit recevoir la demande dans la **période d'exercice de l'option spéciale** (91 jours suivant la date de l'option spéciale).

- Le montant disponible en vertu de l'option spéciale d'augmentation est le **moins élevé** des montants suivants : la partie non utilisée de l'option totale maximale de l'OAARF ou la prestation d'assurance ILD collective en vigueur avant la date de l'option spéciale.
- L'augmentation en vertu de l'option spéciale est subordonnée à une tarification sur le plan financier. Le revenu gagné du proposant doit être suffisant pour justifier une majoration compte tenu de nos règles de tarification et limites de souscription et de participation en vigueur au moment de la demande.
- La couverture majorée entrera en vigueur au prochain anniversaire mensuel de la police (p. ex., si la date de police est le 5 juin, que la demande d'augmentation est signée le 10 août, la date d'entrée en vigueur de l'augmentation est le 5 septembre).
- L'option spéciale d'augmentation **ne peut être exercée** pendant une période d'invalidité ou si l'assuré n'exerce pas à temps plein, au moins 30 heures par semaine, une profession raisonnable pendant la période d'exercice de l'option spéciale.
- L'option spéciale au titre de l'OAARF **n'est pas disponible** pour la couverture d'association cessée ou résiliée..
- RBC Assurances a le droit d'annexer à la police un avenant de modification concernant la coordination avec l'assurance collective en relation avec l'option spéciale d'augmentation.

OPTION SPÉCIALE D'AUGMENTATION EXTRA-CONTRACTUELLE : (Disponible aux polices émises sous le Programme de réduction des primes pour étudiants, l'Offre aux étudiants en médecine, ou l'Offre aux étudiants en génie)

Les **dispositions extra-contractuelles** comprennent:

- **Option Spéciale d'Augmentation pour les médecins résidents et pour les médecins en stage postdoctoral**
- **Montant de l'OAARF (tranche d'augmentation) disponible uniquement aux médecins résidents et aux médecins en stage postdoctoral sur les polices émises sous l'Offre aux étudiants en médecine ou le Programme de réduction des primes pour étudiants**
- **Option Spéciale d'Augmentation pour toutes les autres professions admissibles**

Option Spéciale d'Augmentation (médecins résidents/médecins en stage postdoctoral) :

L'Option spéciale ne peut être exercée qu'une seule fois sur la durée de la police, au cours des 6 mois qui précèdent ou qui suivent la fin du programme de résidence en médecine ou le stage postdoctorale, sans évaluation du risque. **Elles ne sont offertes qu'à ceux qui résident et exercent au Canada.** Cette option est également disponible aux médecins résidents qui se rendent aux États-Unis pour faire des études dans le cadre d'un programme de stage postdoctorale (fellowship).

- Au terme de leur programme de résidence en médecine, les médecins résidents qui commencent à exercer au Canada peuvent se prévaloir de la disposition extracontractuelle de l'option spéciale d'augmentation pour majorer leur couverture d'assurance invalidité, sous réserve des limites applicables aux médecins en première année d'exercice.
- Les médecins résidents qui commencent un stage postdoctoral au Canada (**ou aux États-Unis**), peuvent se prévaloir de la disposition extracontractuelle de l'option spéciale d'augmentation pour augmenter leur

couverture d'assurance invalidité, sous réserve des [limites applicables aux étudiants](#) en stage postdoctoral. Une **modification coordinatrice A707GIO** au montant de **0,00 \$** sera ajoutée aux polices **pour les médecins suivant un stage de perfectionnement (fellowship) aux É-U**. Si le client retourne au Canada après avoir complété leur stage de perfectionnement (fellowship) aux É-U, nous allons supprimer ou rajuster (le cas échéant) la modification sur demande du client/conseiller.

- Les **médecins résidents au Québec qui présentent une demande d'augmentation avant d'avoir terminé leur résidence** exigent une **modification coordinatrice A707GIO** si leur police originale était émise avec la **modification coordinatrice A707GIO**. Noter qu'il n'est pas nécessaire de soumettre une demande de modification de police pour faire enlever la modification coordinatrice si la police comprend un avenant indiquant que la modification coordinatrice sera considérée comme nulle et non avenue lorsque l'assurance invalidité collective de longue durée est résiliée en raison de la fin de la résidence ou du stage postdoctoral.
- La couverture majorée entrera en vigueur au prochain anniversaire mensuel de la police (p. ex., si la date de police est le 5 juin, que la demande d'augmentation est signée le 10 août, la date d'entrée en vigueur de l'augmentation est le 5 septembre).

Montant de l'OAARF (tranche d'augmentation) (médecins résidents/médecins en stage postdoctoral):

Disponible uniquement sur les polices émises sous l'Offre aux étudiants en médecine ou le Programme de réduction des primes pour étudiants

L'Option ne peut être exercée qu'une seule fois sur la durée de la police, au cours des 6 mois qui précèdent ou qui suivent la fin du programme de résidence en médecine ou le stage postdoctorale, sans évaluation du risque. **Elles ne sont offertes qu'à ceux qui résident et exercent au Canada**. Cette option est également disponible aux médecins résidents qui se rendent aux États-Unis pour faire des études dans le cadre d'un programme de stage postdoctorale (fellowship), au cours des 6 mois qui précèdent la fin du programme.

- À la fin du programme de résidence en médecine ou le stage postdoctorale, les assurés qui ont souscrit à l'origine moins que le montant maximal de l'OAARF peuvent majorer le montant de leur OAARF (jusqu'à concurrence de 3 000 \$).
- La couverture majorée entrera en vigueur au prochain anniversaire mensuel de la police (p. ex., si la date de police est le 5 juin, que la demande d'augmentation est signée le 10 août, la date d'entrée en vigueur de l'augmentation est le 5 septembre).

Note: La majoration du montant de l'OAARF permet d'augmenter automatiquement le montant de l'option totale maximale (p. ex., le montant qui reste disponible dans l'OAARF).

Option Spéciale d'Augmentation pour toutes les autres professions admissibles (tel qu'il est défini dans la section des [Limites particulières aux étudiants](#): Les médecins résidents en dernière année sont admissibles aux limites applicables aux médecins en première année d'exercice. L'Option spéciale ne peut être exercée qu'une seule fois sur la durée de la police, au cours des 6 mois qui précèdent ou qui suivent la fin du programme. Cette offre est disponible **seulement à ceux qui résident au Canada**.

Limitations de l'Option Spéciale d'Augmentation extra-contractuelle:

- Les augmentations Option spéciale et les augmentations du montant de l'OAARF sont **non disponibles** pendant toute période d'invalidité.
- RBC Assurances se réserve le droit d'annexer à votre police une Modification coordinatrice de groupe en conjonction avec la majoration de l'Option spéciale.

- Le montant total de toute majoration de l'Option spéciale et de toutes les Tranches d'augmentation exercées ne peut pas dépasser le Maximum des sommes optionnelles figurant aux Conditions particulières de la police.
- Le montant total de toute couverture en vigueur et à l'étude par toutes les polices ne peut dépasser les limites indiquées par les [Limites applicables aux étudiants](#).

NOTE: Les dispositions **extra-contractuelles** sont disponibles en plus de l'Option Spéciale d'Augmentation **contractuelle**.

OPTION D'ASSURANCE SUPPLÉMENTAIRE (OAS) – SÉRIE AVANT-GARDE

(1 juin 2021)

Le OAS permet à la personne assurée de souscrire plus tard à un montant d'assurance additionnelle, sans égard à son état de santé ou à sa profession, tant que son revenu au moment de l'exercice de l'option justifie cette augmentation.

Âges d'admissibilité : 18 – 50

Régime offert : série Avant-garde

Montant global d'assurance supplémentaire : le montant global offert est déterminé par la personne assurée en fonction du montant total d'indemnisation (indemnisation mensuelle complémentaire, plus l'indemnité mensuelle de base), de l'âge et de la catégorie professionnelle de la personne assurée.

Le montant global d'assurance supplémentaire (augmentation) disponible par catégorie, au titre de cet avenant, correspond **au moindre des** montants suivants :

1. le coefficient OAS multiplié par le montant total d'indemnisation demandée;
2. le montant maximal de l'indemnisation OAS;
3. le maximum total par catégorie ([limites total de souscription et de participation](#))

Catégorie	Coefficient OAS	Indemnisation maximale du OAS	Maximum total par catégorie
4A	2X	9 000 \$	Voir les limites maximales de souscription et de participation
3A	2X	6 000 \$	
2A	1.5X	3 000 \$	
A	1X	1 250 \$	
B	1X	1 000 \$	

EXERCICE DU OAS

Au cours des six premières années d'effet de cet avenant, à chaque date d'anniversaire, la personne assurée peut exercer une option correspondant à la totalité, à une partie ou au solde du montant total du OAS. Après ces six ans, la personne assurée peut exercer, à chaque anniversaire de la police (jusqu'à son 55e anniversaire de naissance), une option maximale de 1/5 du montant total d'indemnisation du OAS, sous réserve d'une tarification financière et de nos limites de souscription et de participation au moment de l'exercice du OAS.

Lorsque des options sont exercées, les primes de l'assurance additionnelle sont calculées selon l'âge de la personne assurée et les taux alors en vigueur.

La période d'indemnisation et le délai de carence afférent à l'assurance additionnelle sont les mêmes que ceux de la police souscrite à l'origine (une période d'indemnisation plus courte ou un délai de carence plus long pourraient cependant être demandés).

Date de demande : le formulaire de la demande doit nous être retourné dûment rempli dans les 31 jours avant ou suivant la date d'option.

Admissibilité : à la date d'option (à l'exception de la disposition concernant les invalidités en cours au moment de l'exercice d'une option) les critères suivants doivent être satisfaits :

- la personne assurée doit exercer régulièrement une profession rémunérée au moins 20 heures par semaine à raison de 35 semaines par année; et
- Le revenu de la personne assurée au cours des 12 mois précédant la date d'option doit justifier une augmentation selon nos directives de tarification financière publiées en vigueur à la date d'option.

Option minimale OAS : l'option minimale pouvant être exercée à une date d'option est de 100 \$.

OPTION OAS EN COURS D'INVALIDITÉ

La personne assurée ne peut qu'exercer une seule option en cours d'invalidité. Le montant de l'option ne peut pas dépasser 1/5 du montant d'indemnisation du OAS.

L'assurance additionnelle souscrite à une date d'option lorsque la personne assurée est en invalidité s'applique uniquement à de nouvelles invalidités ayant survenues après la date d'option et après avoir déposé une demande d'assurance additionnelle. Les primes d'assurance additionnelle souscrite à une date d'option lorsque la personne assurée est invalide seront exonérées si, et tant que, les primes de la police sont exonérées.

OPTION SPÉCIALE POUR LA RÉSILIATION D'UNE ASSURANCE ILD

Une option spéciale ILD (invalidité de longue durée) est offerte si l'assurance collective ILD de la personne assurée prend fin à cause d'une des raisons suivantes :

- La cessation d'emploi de la personne assurée; ou
- La police ILD de la personne assurée prend fin et n'est pas remplacée par l'employeur

Montant de l'option : le montant de l'option en vertu de la section Option spéciale ne peut pas dépasser **le moindre de** ce qui suit :

- L'indemnité mensuelle à laquelle la personne assurée a droit en vertu de la police ILD à la date d'option; et
- L'indemnité de l'option OAS non encore exercée par l'entremise d'options précédentes.

Date d'option : la date à laquelle la personne assurée cesse d'être couverte en vertu de la police ILD sera considérée la date d'option.

Date de demande : les demandes d'assurance additionnelle en cas d'invalidité en vertu de l'Option spéciale doivent être déposées par écrit dans les 90 jours suivant la perte de la couverture l'assurance collective ILD.

L'Option spéciale n'est pas offerte si :

- La personne assurée a souscrit à une assurance individuelle ou en a fait la demande; ou
- La personne assurée est devenue assurée en vertu d'une autre police collective ILD ou est devenue admissible à une telle assurance et doit satisfaire à un délai de carence avant que l'assurance entre en vigueur.

Cette option spéciale ne peut être exercée qu'une seule fois et ne peut pas dépasser le montant global d'assurance supplémentaire non exercé. L'option spéciale ILD est assujettie aux autres modalités de cet avenant, y compris la tarification financière.

OPTION D'ASSURANCE ADDITIONNELLE FRAIS GÉNÉRAUX – OAAFG (H862)

(1 juin 2021)

L'Option d'assurance additionnelle Frais généraux (OAAFG) permet à la personne assurée de souscrire plus tard à un montant d'assurance additionnelle, sans égard à son état de santé ou à sa profession, à condition que ses frais justifient cette augmentation au moment de l'exercice de l'option.

Âges d'admissibilité : 18 – 50

Régime offert : Frais généraux d'entreprise (régime 906)

Catégories professionnelles admissibles : 4A, 3A, 2A, A

Montant maximal de l'option

Catégorie	Montant de l'option
4A	1 500 \$
3A	1 000 \$
2A	500 \$
A	200 \$

Montant maximal des sommes optionnelles

Le montant maximal des sommes optionnelles (augmentation) disponible par catégorie, au titre de la garantie OAAFG correspond au moindre de :

- 1) 2 fois l'indemnisation mensuelle de base;
- 2) 55 moins l'âge à la souscription (âge au plus proche anniversaire) X le montant OAAFG choisi; ou
- 3) le maximum applicable par catégorie (4A = 30 000 \$, 3A = 15 000 \$, 2A = 7 000 \$, A = 5 000 \$), moins l'indemnisation de base

EXERCICE D'UNE OAAFG

À chaque anniversaire de police, avant son 55e anniversaire de naissance, la personne assurée peut exercer une option d'assurance additionnelle (tranche d'augmentation), en tout ou en partie. Elle peut reporter à la prochaine date d'anniversaire, au maximum, une tranche d'augmentation, si elle n'a pas exercé son option ou ne l'a exercée qu'en partie. Toutefois, elle ne peut souscrire à plus de deux tranches à la fois. À toute date d'anniversaire jusqu'à l'âge de 50 ans, la personne assurée peut également souscrire à une seule autre tranche d'augmentation. Le montant total des augmentations d'assurance exercées ne peut pas dépasser le montant maximal de l'option totale. Les augmentations sont disponibles en tranches de 50 \$.

Lorsque des options sont exercées, les primes de l'assurance additionnelle sont calculées selon l'âge au plus près anniversaire de la personne assurée et nos taux courants.

Toutes les augmentations sont assujetties à nos limites [maximales de souscription et de participation](#). Le montant total combiné de toutes les assurances en vigueur, en plus du montant de l'option d'assurance additionnelle Frais généraux demandée, ne peut pas excéder les limites maximales de souscription et de participation. Aucune documentation financière requise, mais la liste des frais sur la proposition Option d'Assurance Additionnelle Frais Généraux, doit être.

Date de demande : le formulaire de la demande doit nous être retourné dûment rempli dans les 31 jours avant ou suivant la date d'option.

OAAFG EN COURS D'INVALIDITÉ

En cours d'invalidité, une personne assurée peut exercer une seule OAAFG. Cette augmentation prendra effet le 91^e jour d'invalidité continue suivant la date d'option.

AVENANT DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ (H1134/H1135/H1136)

(31 mai 2022)

Cet avenant élargit la définition de « maladie » dans la police à laquelle il est annexé.

En vertu de cet avenant, si la personne assurée répond à l'une des conditions ci-dessous, il n'est pas nécessaire qu'elle soit suivie par un médecin pour avoir droit à des indemnités pour invalidité lorsqu'elle est atteinte du VIH (comme indiqué dans la prestation garantie) ou de l'hépatite (comme indiqué dans la prestation garantie) et qu'en raison de son état :

- elle est limitée ou empêchée d'accomplir les tâches importantes de sa profession conformément à une loi ou une directive d'application générale établie par un organisme de réglementation professionnelle du secteur de la santé ou un organe de réglementation médicale; ou
- ses patients refusent d'être traités par elle parce qu'elle doit leur révéler son état et ce conformément à une loi ou une directive d'application générale établie par un organisme de réglementation professionnelle du secteur de la santé ou un organe de réglementation médicale.

Aux fins de cet avenant, « votre profession » s'entend de la ou des professions que la personne assurée exerce de façon régulière au moment où elle devient invalide.

L'Avenant des professionnels de la santé comporte le même délai de carence, la même période d'indemnisation et les mêmes garanties que l'assurance de base. Si la police de la personne assurée comporte l'Option d'assurance additionnelle Revenu futur, l'indemnisation prévue par l'Avenant des professionnels de la santé augmentera automatiquement au fur et à mesure que les options seront exercées.

Âges d'admissibilité : 18 – 55

Régimes offerts : série Professions, série Fondations, Quantum, Frais généraux d'entreprise, Protection Personne clé, Protection-retraite et Prêt commercial

Régimes non offerts : série Avant-garde, Rachat en cas d'invalidité, Police Rétablissement d'une maladie grave, série Fondamentale

Avenant H1136 : Quantum

Avenant H1135 : Les polices de la série Professions qui comprennent la garantie Indemnité pour invalidité quant à l'exercice de votre profession (H897); aux seules fins de cet avenant, la définition d'invalidité totale fondée sur l'exercice de la propre profession est remplacée par la définition fondée sur la profession habituelle.

Avenant H1134 : toutes les autres polices admissibles

Assurance obligatoire : à moins d'être refusée pour des raisons de tarification, l'Avenant des professionnels de la santé est obligatoire pour les professionnels de la santé suivants :

- Acuponcteurs et acuponcteurs-médecins
- Chiroprodistes
- Chiropracticiens exerçant l'acuponcture
- Dentistes, spécialistes dentaires et chirurgiens (endodontistes, spécialistes en chirurgie maxillo-faciale, orthodontistes, pédodontistes, périodontistes, prosthodontistes)
- Hygiénistes dentaires, assistants dentaires, dentothérapeutes, denturologues, denturologistes
- Massothérapeutes exerçant l'acuponcture
- Sages-Femmes
- Naturopathes (ayant obtenu leur désignation de médecin)
- Infirmiers (autorisés, auxiliaires autorisés, auxiliaires)
- Ostéopathes (ayant obtenu leur désignation de médecin ; ou exerçant l'acuponcture)
- Ambulanciers paramédicaux
- Assistants aux médecins

- Médecins, spécialistes et chirurgiens
 - Physiothérapeutes exerçant l'acuponcture
 - Podiatres
 - Techniciens de laboratoire professionnel
 - Thérapeutes respiratoires (Inhalothérapeutes)
- **Pharmaciens**: disponible sur demande, mais **non obligatoire**

Prime : il n'existe actuellement aucune prime pour cet avenant. Une prime pour l'Avenant des professionnels de la santé peut être demandée à tout moment, toutefois, une fois mise en vigueur la prime demeure fixe pendant cinq ans.

Exigences : veuillez consulter la section [Exigences médicales](#) de ce document.

GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ PARTIELLE

SÉRIE FONDATIONS

Prévoit soit des indemnités en cas d'invalidité de courte ou de longue durée.

Invalidité partielle signifie :

1. que la personne assurée n'est pas totalement invalide; et
2. que la personne assurée exerce sa profession ou toute autre profession rémunérée; et
3. qu'en raison directe d'une blessure ou d'une maladie continue, la personne assurée est incapable d'accomplir soit :
 - (i) l'une ou plusieurs des tâches importantes de sa profession; ou
 - (ii) les tâches importantes de sa profession pendant au moins la moitié du temps normalement requis; et
4. que la personne assurée est suivie par un médecin.

L'indemnité en cas d'invalidité partielle est égale à 50 % de l'indemnité de base, en plus des IMC comportant des périodes d'indemnisation d'au moins cinq ans. Dans le cas de l'invalidité partielle de longue durée, le pourcentage est réduit à 25 % après les 24 premiers mois d'indemnisation, jusqu'à la fin de la période d'indemnisation. L'indemnisation en cas d'invalidité partielle ne sera jamais supérieure à l'indemnisation de base.

Indemnités pour invalidité partielle de courte durée (H892)

L'invalidité partielle ne doit pas obligatoirement suivre une période d'invalidité totale. Elle peut débuter lorsque survient une blessure ou une maladie. Cette indemnité est exigible pour une période de 6, 12 ou 24 mois (catégories 4A, 3A, 2A) ou pour une période de 6 ou 12 mois (catégories A, B), tel qu'il a été demandé lorsque la proposition a été déposée.

Indemnités pour invalidité partielle de longue durée (H893)

L'invalidité partielle ne doit pas nécessairement suivre une période d'invalidité totale. Elle peut débuter lorsque survient une blessure ou une maladie. Cette indemnité est exigible pour une période de 5 ans ou jusqu'à 65 ans (catégories 4A, 3A, 2A) ou pour une période de 5 ou de 10 ans ou jusqu'à 65 ans (catégories A, B). La période d'invalidité partielle de longue durée de cette garantie ne peut être plus longue que la période d'indemnisation de la police.

Garantie en cours de rétablissement intégrée – La personne assurée a droit à un maximum de deux mois supplémentaires d'indemnités en cas d'invalidité partielle en reprenant l'exercice d'une profession après une période d'invalidité partielle. Il n'est pas nécessaire qu'elle reçoive les soins d'un médecin.

SÉRIE AVANT-GARDE

Prévoit soit des indemnités en cas d'invalidité partielle de courte ou de longue durée.

Invalidité partielle ou partiellement invalide signifie qu'uniquement en raison d'une blessure ou d'une maladie :

1. la personne assurée est suivie régulièrement par un médecin, puis reçoit le traitement approprié; et
2. la personne assurée est incapable d'accomplir l'une ou plusieurs des tâches essentielles de sa profession habituelle; ou
3. la personne assurée est incapable d'accomplir les tâches essentielles de sa profession habituelle pendant au moins la moitié des heures normales de travail à la date du début de l'invalidité totale.

La personne assurée doit travailler à temps plein (au moins 30 heures par semaine) au début d'une invalidité afin d'avoir droit aux indemnités en cas d'invalidité partielle.

Catégories professionnelles 4A et 3A : l'invalidité partielle ne doit pas obligatoirement suivre une période d'invalidité totale. Elle peut débuter lorsque survient une blessure ou une maladie et les jours d'invalidité partielle peuvent être appliqués au délai de carence.

Catégories professionnelles 2A, A et B : l'invalidité partielle doit suivre une période d'invalidité totale.

Avenant d'assurance invalidité partielle de courte durée

Cette garantie paie jusqu'à 50 % de l'indemnité mensuelle maximale (indemnité de base plus IMC) pendant un maximum de 12 mois.

Avenant d'assurance invalidité partielle de longue durée

Cette garantie paie jusqu'à 50 % de l'indemnité mensuelle maximale (indemnité de base plus IMC) pendant les 24 premiers mois et 25 % par la suite jusqu'à la fin de la période d'indemnisation. La période d'invalidité partielle de longue durée de cette garantie ne peut être plus longue que la période d'indemnisation de la police.

FRAIS GÉNÉRAUX D'ENTREPRISE – le proposant peut demander l'une des garanties suivantes :

Prolongation de la garantie invalidité partielle par suite de blessure ou de maladie – Frais généraux d'entreprise (H782)

Lorsque la personne assurée est invalide, soit à compter de la date à laquelle la blessure ou la maladie est survenue, soit après une période d'invalidité totale, elle recevra 50 % de l'indemnité mensuelle maximale pendant une période maximale de six mois. Cette garantie remplace la garantie Invalidité partielle de la police.

Catégories professionnelles admissibles : 4A, 3A et 2A

OU

Indemnités pour invalidité résiduelle – Frais généraux d'entreprise (H856)

Prévoit des indemnités en cas d'invalidité résiduelle de longue durée lorsque la personne assurée reçoit les soins d'un médecin et que les frais fixes remboursables augmentés du coût des marchandises ou des services excèdent le chiffre d'affaires brut mensuel de la personne assurée d'au moins 200 \$.

La garantie entre en vigueur après une période d'invalidité totale ou après la satisfaction du délai de carence, selon la dernière de ces éventualités. Au cours des six premiers mois d'invalidité résiduelle, l'indemnité sera d'au moins 50 % de l'indemnité mensuelle maximale. Le montant maximal exigible correspond aux frais fixes remboursables augmentés du « coût mensuel des marchandises et des services », moins le chiffre d'affaires brut mensuel de l'entreprise.

L'indemnité versée ne peut pas excéder l'indemnité mensuelle maximale exigible. Les indemnités peuvent être prolongées au-delà de la période d'indemnisation, soit jusqu'à ce que l'indemnité totale maximale ait été versée ou jusqu'au 65^e anniversaire de naissance de la personne assurée, selon la première éventualité. Si la garantie Invalidité résiduelle prend effet dans les trois mois suivant la date d'anniversaire de naissance de la personne assurée, les indemnités seront exigibles pour trois mois.

Catégories professionnelles admissibles : 4A et 3A

PROTECTION–RETRAITE (31 mars 2022)

La garantie Protection–retraite est offerte en tant que police distincte ou qu’avenant annexé à une police de la série Professions ou la série Fondations. Cette assurance aide les personnes à maintenir leurs cotisations à leur programme d’épargne–retraite advenant une invalidité totale.

Code de régime : 945 – établi en tant que police distincte, ou H945 – établi en tant qu’avenant

Catégories professionnelles admissibles : 4A, 3A, 2A, A, B

Revenu professionnel minimal : 18 000 \$

Indemnité mensuelle minimale : 300 \$

Indemnité mensuelle maximale : 20 % du revenu professionnel mensuel du proposant jusqu’à concurrence de 1 500 \$

Limite maximale de souscription et de participation : 1 500 \$

Âges à la souscription et périodes d’indemnisation :

<u>Âge</u>	<u>Catégorie professionnelle</u>	<u>Période d’indemnisation*</u>
18 – 55	4A, 3A, 2A	jusqu’à 65 ans
18 – 55	A, B	10 ans

* Si cette garantie est annexée à la police en tant qu’avenant, la période d’indemnisation est limitée à la durée de la période d’indemnisation du régime auquel elle est annexée.

Délai de carence du régime : 90 jours

Délai de carence de l’avenant : 90 jours ou le délai de carence prévu par le contrat de base s’il est plus long
Indemnisation complémentaire si cette garantie est établie en tant que police distincte :

Garantie complémentaire si émise en tant que police distincte:

Avenant des professionnels de la santé (H1134)

Assurance obligatoire (à moins d’être refusée pour des raisons de tarification) pour les professionnels de la santé spécifiques.

Veillez vous reporter de l’[Avenant des professionnels de la santé](#) pour obtenir des renseignements supplémentaires.

DIRECTIVES DE TARIFICATION DES PRODUITS D'ENTREPRISE

Cette section renferme les sommaires de nos produits actuels d'entreprise. Veuillez vous reporter au libellé actuel du contrat pour obtenir tous les renseignements s'y rattachant.

INDEX

FRAIS GÉNÉRAUX D'ENTREPRISE (FGE)

PROTECTION PERSONNE CLÉ

PROTECTION PRÊT COMMERCIAL

RACHAT EN CAS D'INVALIDITÉ

RACHAT EN CAS D'INVALIDITÉ (29 juillet 2024)

[Rachat en cas d'invalidité – Guide du conseiller en assurance](#)

OBJECTIF/CLIENTÈLE

La police Rachat en cas d'invalidité a été conçue en vue de fournir des fonds permettant l'achat de la part de l'entreprise d'une personne assurée advenant son invalidité totale.

La police est destinée principalement aux sociétés de personnes et aux sociétés de capitaux comptant de deux à cinq actionnaires, mais les sociétés de personnes ou de capitaux comptant plus de cinq actionnaires peuvent aussi être admissibles. La police Rachat en cas d'invalidité est des plus utile dans le cas des sociétés de personnes et des sociétés de capitaux à peu d'actionnaires comptant moins de 50 employés, ayant un chiffre d'affaires annuel pouvant aller jusqu'à 10 millions de dollars et faisant partie d'industries stables.

Les meilleurs clients éventuels sont notamment les suivants : cabinets de comptables, agences de publicité, bureaux d'architectes, sociétés de haute technologie et d'informatique, cabinets de médecins et cliniques, bureaux d'ingénieurs, cabinets d'avocats, agences de placement, petites fabriques.

EXIGENCE

Tous les associés admissibles doivent déposer une proposition d'assurance Rachat en cas d'invalidité ou en avoir déjà une en vigueur.

RISQUES INADMISSIBLES

- Les sociétés ouvertes, les cas de conjoints, de parents-enfants ou autres cas avec lien de dépendance ne sont pas admissibles à l'assurance Rachat en cas d'invalidité. Remarque: Les frères et sœurs sont admissibles à condition qu'ils répondent aux autres critères de ce produit.
- Toute entreprise n'étant pas en exploitation depuis au moins trois ans avant la soumission de la proposition
- Tout partenariat dont les associés sont en affaires depuis moins de trois ans avant la soumission de la proposition
- Toute entreprise n'ayant pas une valeur nette d'au moins 50 000 \$
- Tout proposant ne touchant pas un revenu professionnel annuel d'au moins 12 000 \$
- Tout proposant ne participant pas activement aux affaires de l'entreprise
- Associés passifs
- Rachat de participation unipersonnelle

CATÉGORIES PROFESSIONNELLES ADMISSIBLES

Les catégories 4A, 3A et 2A (y compris les personnes qui sont classifiées 3A en appliquant les directives relatives au rehaussement de catégorie)

ÂGES À LA SOUSCRIPTION

18 – 60 ans

PART DANS L'ENTREPRISE

Le proposant doit détenir une participation d'au moins 5% dans l'entreprise et le besoin d'assurance doit ressortir clairement du rachat précis à couvrir. Le proposant ne doit pas détenir une participation de plus de 90 % dans l'entreprise, car l'assurance prend fin une fois que la part de la personne assurée dans l'entreprise excède 90 %.

Remarque: Nous considérons uniquement les actions ordinaires à droit de vote comme titres de propriété et non pas les actions privilégiées à droit de vote.

AUTRE ASSURANCE

La protection individuelle du revenu en cas d'invalidité pour la personne à assurer devrait être en vigueur ou avoir été demandée, puisque l'assurance individuelle est considérée comme le premier besoin à combler. De plus, les propriétaires de l'entreprise doivent être couverts par une assurance rachat en cas de décès pour protéger l'entreprise en cas de décès de l'un des propriétaires.

LIMITES DE SOUSCRIPTION MINIMALES

Versements mensuels : 45 000 \$ en une somme forfaitaire
Provisionnement flexible : 25 000 \$ en une somme forfaitaire

LIMITES DE SOUSCRIPTION MAXIMALES

Délai de carence	Indemnisation maximale pour rachat si l'assurance individuelle Protection du revenu en cas d'invalidité souscrite auprès de RBC Assurances est d'au moins 450 \$/mois et comporte un délai de carence maximal de 120 jours	Autrement
360 jours	2 000 000 \$	1 000 000 \$
540 jours	2 000 000 \$	1 500 000 \$
720 jours	2 000 000 \$	2 000 000 \$

Le montant des versements mensuels peut être calculé en divisant par 60 le montant de l'indemnisation maximale pour rachat.

Les limites de souscription pour la police Rachat en cas d'invalidité excèdent les limites habituelles d'une police d'assurance invalidité. Toutefois, la police Rachat en cas d'invalidité ne sera pas considérée si l'assurance individuelle en cas d'invalidité en vigueur du proposant excède les [limites individuelles de souscription et de participation](#) ou si le proposant est surassuré en vertu d'un autre produit d'assurance invalidité.

Nous participerons à l'assurance avec d'autres assureurs jusqu'à concurrence limite maximale de souscription et de participation combinée de 2 000 000 \$ de dollars. Un avenant de non-dédoublément sera ajouté au contrat.

DÉLAIS DE CARENCE

360, 540, 720 jours

L'assurance Rachat en cas d'invalidité pour tous les propriétaires ou associés assurés doit comporter le même délai de carence.

EXIGENCES MÉDICALES

Veuillez vous reporter au [Tableau des exigences médicales](#) dans les Directives de tarification.

DOCUMENTATION PERTINENTE AU REVENU

Veuillez vous reporter au [Tableau des exigences financières](#) dans les Directives de tarification.

Un Compte rendu d'enquête n'est pas exigé systématiquement. Cependant, le tarificateur se réserve le droit de le demander, s'il le juge nécessaire dans un cas particulier.

AUTRES EXIGENCES DE TARIFICATION

La feuille de calcul pour [l'évaluation de l'assurance Rachat en cas d'invalidité](#) sera remplie à notre bureau, au moment de la tarification.

FACTEUR DE COASSURANCE APPLIQUÉ

Provisionnement flexible – 90 %
Versements mensuels (60 mois) – 100 %

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE

[Option d'assurance supplémentaire \(OAS\)](#)

TITULAIRE DE POLICE

Le titulaire de police peut être la société de capitaux ou de personnes (rachat par l'entreprise), ou bien chacun des propriétaires peut être le titulaire d'une police pour chacun des autres propriétaires (rachat par les actionnaires). Il se peut que le rachat par l'entreprise soit le choix préféré lorsqu'il y a plus de deux propriétaires, car celui-ci réduit le nombre de polices établies.

CONVENTION DE RACHAT EN CAS D'INVALIDITÉ

Bien qu'une convention de rachat officielle en cas d'invalidité ou une déclaration d'intention ne soient pas des documents nécessaires à l'établissement d'une police, ils doivent néanmoins exister et le tarificateur peut les demander en vue de procéder à une évaluation avant l'approbation de toute police. Le contrat stipule qu'elles seront requises au moment de la demande de règlement. Il importe que les dispositions de la convention de rachat s'harmonisent avec celles de la police Rachat en cas d'invalidité.

DISPOSITION DROIT DE TRANSFERT

Si la personne assurée en vertu de la police Rachat en cas d'invalidité cesse de travailler activement à temps plein dans l'entreprise, nous établirons une nouvelle police lui fournissant une assurance identique, sans tarification médicale, si :

- La personne assurée est âgée de moins de 55 ans au moment où l'assurance prend fin; **et**
- La personne assurée n'est pas totalement invalide et n'a touché aucune prestation au titre de la présente police; **et**
- La personne assurée a commencé à travailler à temps plein dans une entreprise et ne détient pas plus de 90 % des parts cette entreprise; **et**
- La nouvelle entreprise et la personne assurée satisfont à nos conditions de sélection des risques (sauf pour ce qui est de l'assurabilité médicale de la personne assurée); **et**
- Le nouveau propriétaire à assurer et la personne assurée remplissent une proposition d'assurance dans les 90 jours suivant la date à laquelle la police prend fin.

Le montant de l'indemnisation maximale pour rachat se chiffrera au moindre du montant auquel la personne assurée est admissible compte tenu de sa participation dans la nouvelle entreprise ou du montant de l'assurance qui prend fin. Le délai de carence de la nouvelle police ne peut pas être moins long que celui de la police qui prend fin. La nouvelle police comportera les mêmes exclusions et limitations que celles comprises dans la police qui prend fin.

La nouvelle police sera établie en fonction de l'âge et des taux originaux de la police qui prend fin.

DROIT DE TRANSFORMATION

Il s'agit d'une directive de tarification et non d'une obligation contractuelle.

Si l'associé assuré acquiert plus de 90 % de l'entreprise, il peut demander de transformer sa police Rachat en cas d'invalidité en une police d'assurance invalidité, telle que la série Professions, la série Fondations, Quantum ou la série Avant-garde.

La transformation est assujettie aux conditions suivantes :

- Une proposition standard, sans remplir la section médicale, est exigée;
- L'échange doit être demandé avant le 60e anniversaire de naissance de la personne assurée et pendant que la police est toujours en vigueur;
- La demande fait l'objet d'une tarification financière et toutes les exigences financières de tarification s'appliquent. L'indemnité mensuelle et toute autre assurance invalidité en vigueur ne peuvent, en aucun cas, excéder nos [limites de souscription et de participation](#) en effet au moment de la demande;
- L'indemnité mensuelle ne peut pas dépasser 1 000 \$;
- La période d'indemnisation sera de 24 mois;
- Le délai de carence sera d'au moins 90 jours, mais un délai de carence plus long peut être demandé;
- Les primes seront basées sur les taux en vigueur à la date de l'échange en fonction de l'âge actuel de la personne assurée, puis la police sera établie à la date courante;
- La catégorie professionnelle de la personne assurée sera la même que celle pour la police Rachat en cas d'invalidité ayant été remplacée;
- La nouvelle police couvrira seulement une invalidité ou autre sinistre ayant débuté après l'entrée en vigueur de la nouvelle police;
- La nouvelle police comportera toutes les mêmes exclusions et limitations que celles se rapportant à la police Rachat en cas d'invalidité ayant été remplacée;
- Le titulaire de police sera la personne assurée.

FRAIS GÉNÉRAUX D'ENTREPRISE (FGE) (31 mars 2022)

CODE DU RÉGIME : 906

[Frais généraux d'entreprise – Guide du conseiller en assurance](#)

OBJECTIF/CLIENTÈLE

Cette assurance est destinée aux professionnels à leur compte, aux sociétés de personnes, sociétés de capitaux ayant peu d'actionnaires et aux propriétaires de petites entreprises. Il s'agit d'un contrat de remboursement qui assure le paiement des frais généraux mensuels fixes d'une entreprise requis pour maintenir la viabilité de l'entreprise jusqu'au retour du propriétaire assuré, après une période d'invalidité. Cela permet à l'entreprise de continuer à opérer jusqu'à ce que l'assuré retourne au travail ou prend une décision concernant l'avenir de l'entreprise. **Les frais généraux fixes sont ceux qui ne dépendent pas du niveau de biens ou de services vendus par l'entreprise et qui ont tendance à être récurrents.**

CATÉGORIES PROFESSIONNELLES

4A, 3A, 2A, A

Remarques:

- **Les agriculteurs** et les professions de la catégorie B ne sont pas admissibles pour une assurance Frais généraux d'entreprise cependant ils peuvent être admissibles pour une assurance [Série Fondamentale FGE](#). Les agriculteurs peuvent aussi être admissibles pour une assurance [Protection prêt commercial](#).
- Voir les sections [Clients admissibles](#) et [Entreprises à domicile](#) (ci-bas) pour des critères connexes supplémentaires.

ÂGES À LA SOUSCRIPTION, PÉRIODES D'INDEMNISATION ET DÉLAIS DE CARENCE

Âge	Catégorie	Période d'indemnisation	Délai de carence
18 – 60*	4A, 3A, 2A	15, 24 mois	15, 30, 60, 90 jours
18 – 60	A	15, 24 mois	30, 60, 90 jours

* Pour les personnes de 61 à 63 ans, voir la section [Limites pour les risques « surâgés »](#) des Directives de tarification.

REVENU MINIMUM REQUIS

12 000 \$ après les dépenses d'entreprise et avant les impôts sur le revenu

INDEMNITÉ MENSUELLE MINIMALE

450 \$ – il peut s'agir d'une indemnité de base de 100 \$ en plus d'un [Avenant – Indemnité complémentaire pour frais généraux](#)

LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION POUR FGE

EXIGENCES MÉDICALES

DOCUMENTATION PERTINENTE AU REVENU

Étant donné qu'une preuve de dépenses est exigée lors d'une réclamation, une preuve financière au moment d'une souscription FGE n'est pas exigée, sauf si celle-ci est requise pour tout autre type de couverture demandée simultanément. Une preuve de revenus et dépenses peut être demandée à la discrétion du tarificateur.

Un [Supplément – Frais généraux d'entreprise](#) doit être rempli sauf si une preuve financière (par exemple, un état des résultats) a été soumise avec la proposition en support du montant de couverture demandé.

CLIENTS ADMISSIBLES

À priori, l'admissibilité des proposants est basé **sur la perte évidente et importante de revenus pour l'entreprise si la personne à assurer est invalide**. S'il est déterminé que les activités commerciales d'une entreprise peuvent se poursuivre sous la direction des autres associés, propriétaires ou employés, sans compromettre les profits de l'entreprise en raison de l'invalidité du proposant, l'assurance sera refusée car on s'attendrait à ce que les bénéfices couvrent les dépenses d'entreprise.

Professionnels sélectionnés de la catégorie 4A : actuaires (FSA; ASA; FICA), acuponcteurs (avec désignation de médecin), architectes, avocats, chiroprodistes, comptables (CPA; CA; CMA; CGA), coroners, ingénieurs professionnels, médecins (généralistes, spécialistes et chirurgiens), naturopathes (avec désignation de médecin), notaires (Québec), optométristes, ostéopathes (avec désignation de médecin), pharmaciens, podiatres, psychologues (PhD; PsyD; EdD), spécialistes dentaires et chirurgiens dentaires (endodontistes, chirurgiens maxillo-faciale, orthodontistes, pédodontistes, périodontistes, prosthodontistes), et vétérinaires (clinique de petits animaux) :

- Sociétés individuelles, sociétés de personnes et sociétés professionnelles ayant un maximum de 5 associés ou actionnaires : sont habituellement admissibles à l'assurance Frais généraux d'entreprise s'ils satisfont à toutes les autres conditions d'admissibilité
- Sociétés de personnes ou sociétés professionnelles ayant entre six et dix associés ou actionnaires : ne sont habituellement pas admissibles à une assurance Frais généraux d'entreprise. Cependant ces sociétés peuvent être admissibles à une assurance maximale de 15 000 \$, s'il est possible de démontrer le besoin d'une assurance Frais généraux d'entreprise et à condition que la société n'ait pas à son service d'autres personnes de la même profession ou d'une profession similaire, ou à des postes de soutien.

Toutes les autres risques de catégories professionnelles 4A, 3A, 2A et A : (voir [Remarques](#) ci-bas pour des restrictions sur certaines professions)

- Sociétés individuelles ou sociétés de personnes et sociétés professionnelles à deux associés ne comptant pas plus de 3 employés à temps plein ou à temps partiel : sont admissibles à l'assurance Frais généraux d'entreprise si elles sont dans un domaine où leurs services professionnels particuliers et personnels sont requis.
- Sociétés individuelles ou sociétés de personnes et sociétés professionnelles à deux associés ne comptant pas plus de 6 employés à temps plein ou à temps partiel : pourraient être considérées seulement si elles démontrent le besoin d'une assurance Frais généraux d'entreprise. Une lettre détaillant clairement les services personnels du proposant qui sont essentiels à la poursuite de l'entreprise doit accompagner la proposition.
- Propriétaires d'entreprises de la catégorie 4A et 3A, sociétés individuelles ou sociétés de personnes et sociétés professionnelles à deux associés, comptant un maximum de 10 employés à temps plein ou à temps partiel : pourraient être considérés si elles démontrent le besoin d'une assurance Frais généraux d'entreprise à condition qu'il n'y ait pas plus de trois employés ou autres propriétaires qui accomplissent les mêmes tâches que le proposant. Une lettre détaillant clairement les services essentiels du proposant qui seront perdus en cas d'invalidité et l'impact économique de cette perte doit accompagner la proposition.

Remarques:

- Les **agriculteurs** ne sont pas admissibles pour une assurance Frais généraux d'entreprise cependant ils peuvent être admissibles pour une assurance Série Fondamentale FGE et/ou Protection prêt commercial.
- Les **représentants d'assurance** ne sont pas admissibles s'ils ont plus de 3 employés (sans exception).
- Les proposants qui travaillent dans les **secteurs de construction, aménagement immobilier et ventes au détail** ne sont pas admissibles s'ils ont plus de 6 employés (sans exception).

ENTREPRISES À DOMICILE : L'assurance Frais généraux d'entreprise n'est pas offerte aux personnes qui travaillent à domicile, à moins qu'elles puissent démontrer qu'elles ont suffisamment de dépenses admissibles qui peuvent facilement être séparées de leurs dépenses de résidence, comme la location d'une voiture de travail ou d'équipement spécialisé. Les dépenses liées à la résidence, telles que les services publics, le loyer ou les intérêts hypothécaires, et les impôts fonciers ne sont pas des dépenses admissibles.

DÉPENSES ADMISSIBLES

Les dépenses admissibles sont les **dépenses fixes** engagées dans l'exercice de l'emploi de l'assuré qui sont ordinaires et nécessaires à l'exploitation, à l'entreprise ou à la profession. **Les frais généraux fixes sont ceux qui ne dépendent pas du niveau de biens ou de services vendus par l'entreprise et qui ont tendance à être récurrents.** Si ces dépenses sont partagées, seule la part de l'assuré sera couverte.

Pour une liste des dépenses admissibles, voir [Frais généraux d'entreprise – Guide du conseiller en assurance](#).

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

- [Prolongation de la garantie invalidité partielle par suite de blessure ou de maladie \(H782\) OU Indemnité pour invalidité résiduelle \(H856\)](#)
- [Option d'assurance additionnelle Frais généraux – OAAFG \(H862\)](#)
- [Avenant des professionnels de la santé \(H1134\)](#) Garantie obligatoire (à moins d'être refusée pour des raisons de tarification) pour certains professionnels de la santé.
- [Indemnité complémentaire pour frais généraux \(H721\)](#)

COORDINATION AVEC D'AUTRES CONTRATS FGE

Lorsqu'une police Frais généraux d'entreprise est établie en sus d'une autre police FGE auprès de nous ou d'une autre compagnie, un **Avenant de non-cumul frais généraux d'entreprise** sera incluse avec la police.

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

Si la section du bénéficiaire de la proposition n'a pas été remplie, l'indemnité du survivant, advenant le décès de la personne assurée, sera versée à ses ayants-droit.

TITULAIRE DE POLICE

Le titulaire de police est la personne assurée, à moins d'indication contraire.

RENOUVELLEMENT

Après l'âge de 65 ans, la police est renouvelable sous condition, pendant que la personne assurée travaille activement et régulièrement au moins 30 heures par semaine et est responsable des frais d'exploitation d'un bureau ou d'une entreprise. La personne assurée peut maintenir la garantie en cas d'invalidité totale de la police en vigueur jusqu'à l'âge de 75 ans. Par la suite, l'indemnité en cas d'invalidité totale de la personne assurée sera déduite de 50 %.

DROIT D'ÉCHANGE

Pour des précisions, voir [Administration de Police](#) – Frais généraux d'entreprise (FGE) – Droit d'échange.

PROTECTION PRÊT COMMERCIAL (31 mai 2024)

[Protection Prêt commercial – Guide du conseiller en assurance](#)

RÉGIMES : 958 – Indemnisation périodique; 958L – Indemnisation forfaitaire

OBJECTIF/CLIENTÈLE

En cas d'invalidité totale du propriétaire d'entreprise, la police Protection prêt commercial vise à procurer les capitaux nécessaires au remboursement des prêts en cours et des intérêts.

Les prêts admissibles sont notamment les prêts sur le matériel, les biens et les immeubles destinés à la seule exploitation de l'entreprise. La police à indemnisation forfaitaire couvre également les marges de crédit ainsi que les découverts bancaires.

RISQUES INADMISSIBLES

- Prêts qui ne sont pas exigibles à une institution financière reconnue;
- Les sociétés ouvertes
- Les emprunts à des fins de placement ou d'hypothèque sur des biens personnels ne sont pas admissibles à cette assurance;
- Toute entreprise n'étant pas en exploitation depuis au moins trois ans avant la soumission de la proposition;
- Tout proposant détenant une participation de moins de 25 % dans l'entreprise;
- Tout proposant ne touchant pas un revenu professionnel annuel d'au moins 12 000 \$;
- Tout proposant ne participant pas activement dans l'exploitation de l'entreprise;
- Associés passifs;
- Tout risque suscitant notre participation avec un autre assureur.

CATÉGORIES PROFESSIONNELLES ADMISSIBLES

4A, 3A, 2A, A – indemnisation périodique

4A, 3A, 2A – indemnisation forfaitaire

AUTRE ASSURANCE

L'assurance individuelle Protection du revenu pour la personne à assurer devrait être en vigueur ou avoir été demandée, puisque l'assurance individuelle est considérée comme le premier besoin à combler.

LIMITES DE SOUSCRIPTION MINIMALES

600 \$ – indemnisation périodique

10 000 \$ – indemnisation forfaitaire

LIMITES DE SOUSCRIPTION MAXIMALES

Catégorie	Versement périodique*	Somme forfaitaire**
4A	10 000 \$	250 000 \$
3A	8 000 \$	250 000 \$
2A	6 000 \$	250 000 \$
A	5 000 \$	non offerte

* 100 % du prêt commercial et les intérêts, jusqu'à concurrence de l'indemnisation maximale indiquée ci-dessus;

** 75 % du prêt commercial

Le même prêt pourra être couvert à la fois par un contrat à indemnisation forfaitaire et par un contrat à indemnisation périodique. Le montant total ne peut pas dépasser la limite de la somme forfaitaire de 250 000 \$ par personne. L'indemnisation périodique ne peut dépasser le maximum de la catégorie professionnelle, le reste de l'assurance

demandée étant souscrit sous forme d'indemnisation forfaitaire, jusqu'à concurrence de 250 000 \$ en tout. La catégorie A n'est pas admissible à l'indemnisation forfaitaire.

Exemple:

Un demandeur de la classe 3A veut le maximum en vertu d'un contrat à indemnisation périodique et le reste sous forme d'indemnisation forfaitaire.

Le maximum disponible en tout est 250 000 \$.

Le maximum sous forme d'indemnisation périodique pour la classe 3A est 8 000 \$.

La période d'indemnisation pour un contrat à indemnisation périodique est 24 mois.

Le maximum disponible sous forme d'indemnisation périodique est donc = 8 000 \$ x 24 mois = 192 000 \$.

Le solde disponible sous forme d'indemnisation forfaitaire est un maximum de 250 000 \$ - 192 000 \$ = 58 000 \$.

Exemple:

Un demandeur de la classe 2A veut le maximum en vertu d'un contrat à indemnisation périodique et le reste sous forme d'indemnisation forfaitaire.

Le maximum disponible en tout est 250 000 \$.

Le maximum sous forme d'indemnisation périodique pour la classe 2A est 6 000 \$.

La période d'indemnisation pour un contrat à indemnisation périodique est 24 mois.

Le maximum disponible sous forme d'indemnisation périodique est donc = 6 000 \$ x 24 mois = 144 000 \$.

Le solde disponible sous forme d'indemnisation forfaitaire est un maximum de 250 000 \$ - 144 000 \$ = 106 000 \$.

Les limites de souscription pour l'assurance Protection Prêt commercial excèdent celles pour l'assurance invalidité. Toutefois, l'assurance Protection Prêt commercial ne sera pas considérée si l'assurance individuelle en cas d'invalidité en vigueur du proposant excède les [limites de souscription et de participation individuelles](#) ou si le proposant est surassuré en vertu d'un autre produit en cas d'invalidité.

ÂGES À LA SOUSCRIPTION ET PÉRIODE D'INDEMNISATION

Âge	Catégorie	Période d'indemnisation
18 - 55	4A, 3A, 2A, A	24 mois (indemnisation périodique)
18 - 55	4A, 3A, 2A	Trois versements à 365, 540, 730 jours* (indemnisation forfaitaire)

* L'invalidité totale doit durer tout au long de la période de 730 jours afin de recevoir les trois versements.

DÉLAIS DE CARENCE

30, 60, 90 jours - indemnisation périodique

365 jours - indemnisation forfaitaire

EXIGENCES MÉDICALES

Veuillez vous reporter au [Tableau des exigences médicales](#) dans les Directives de tarification.

DOCUMENTATION PERTINENTE AU REVENU

Un [Supplément - Protection prêt commercial](#) est requis avec la proposition au moins qu'une lettre du bailleur de fonds a été soumise avec suffisamment de détails pour vérifier l'admissibilité à la couverture.

Veuillez vous reporter au [Tableau des exigences financières](#) dans les Directives de tarification.

Au moment de la demande de règlement, une lettre du bailleur de fonds sera exigée attestant l'existence du prêt commercial.

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

Avenant des professionnels de la santé (H1134)

Assurance obligatoire (à moins d'être refusée pour des raisons de tarification) pour les professionnels de la santé spécifiques.

Veillez vous reporter de l'[Avenant des professionnels de la santé](#) pour obtenir des renseignements supplémentaires.

PROPRIÉTÉ DU CONTRACT

Cette section dans la proposition doit être entièrement remplie. Le propriétaire doit être l'entreprise qui a contracté le prêt (le débiteur).

CESSION

La police peut être cédée au bailleur de fonds.

PROTECTION PERSONNE CLÉ (29 juillet 2024)

[Protection Personne clé – Guide du conseiller en assurance](#)

RÉGIME : 933

OBJECTIF/CLIENTÈLE

La police Protection Personne clé vise à couvrir la perte financière que subit l'employeur par suite de l'invalidité d'une personne clé.

On entend par personne clé un employé dont les services sont tels qu'advenant son invalidité totale, le propriétaire de l'entreprise subirait une importante perte financière. Les employés reconnus comme personne clé mettent à la disposition de leur employeur des connaissances, des aptitudes ou des talents tels que peu de personnes peuvent les imiter ou exercer les mêmes fonctions. L'industrie qui les emploie, ou la nature de leur travail, est souvent tellement spécialisée que peu de gens possèdent les aptitudes nécessaires. Un grand nombre de ces personnes exercent une profession où la conception, sinon la recherche, occupe une place prépondérante. Généralement, les aptitudes uniques que possède une personne clé ne sont pas entièrement acquises par la seule formation ni même par l'expérience, mais proviennent en partie de leur créativité propre, de leurs talents et de leurs intérêts.

Les entreprises ou les professions suivantes offrent d'excellentes occasions de placer des polices Protection Personne clé :

- Chargés de compte (publicité)
- Architectes
- Vendeurs aux enchères
- Biologistes
- Chercheurs scientifiques
- Rédacteurs de scénarios et réalisateurs (cinéma, vidéo, télévision, disque)
- Concepteurs informatiques
- Conservateurs de musée
- Conservateurs de grandes galeries d'art (non liées à la vente)
- Dessinateurs industriels
- Dessinateurs et concepteurs d'aménagement intérieur
- Dessinateurs et concepteurs de bijoux
- Dessinateurs et concepteurs de mode
- Autres dessinateurs et concepteurs des domaines du secteur de la fabrication
- Ingénieurs (industrie, recherche, génie civil)
- Physiciens
- Chroniqueurs au service d'un seul journal (à titre d'employé)
- Agents de publicité
- Associé de la vente (c.-à-d. dont le chiffre des ventes est régulièrement élevé et constitue une partie importante du revenu total de leur employeur)

ENTREPRISES INADMISSIBLES

- Immobilier (commercial ou résidentiel)
- Compagnies de construction ou de promotion immobilière
- Sociétés de placements ou de courtage – actions ou denrées
- Vente de produits d'assurance
- Industrie du spectacle
- Vente au détail

RISQUES INADMISSIBLES

- Les cas de conjoints, de parents–enfants ou autres cas avec lien de dépendance
- Toute entreprise n'étant pas en exploitation depuis au moins trois ans avant la soumission de la proposition
- Tout partenariat dont les associés sont en affaires pendant moins de trois ans avant la soumission de la proposition
- Toute entreprise n'ayant pas une valeur nette d'au moins 50 000 \$
- Tout proposant assuré qui n'est pas une personne clé
- Les contractuels ou les personnes rémunérées par honoraires
- Tout proposant qui n'exerce pas sa profession actuelle depuis au moins un an et ne touche pas un revenu professionnel annuel d'au moins 30 000 \$
- Tout proposant n'ayant pas en vigueur une assurance individuelle en cas d'invalidité, une assurance collective ILD ou une assurance d'association
- Tout proposant détenant une participation de plus de 50 % dans l'entreprise
- Tout risque suscitant notre participation avec un autre assureur

CATÉGORIES PROFESSIONNELLES ADMISSIBLES

4A, 3A, 2A

AUTRE ASSURANCE

L'assurance individuelle Protection du revenu pour la personne à assurer devrait être en vigueur ou avoir été demandée, puisque l'assurance individuelle est considérée comme le premier besoin à combler.

LIMITE DE SOUSCRIPTION MINIMALE

2,500 par mois (30 000 \$/12)

LIMITE DE SOUSCRIPTION MAXIMALE

Un maximum de 1/12^e du salaire annuel de la personne à assurer jusqu'à concurrence de 25 000 \$ par mois pour la classe 4A, 15 000 \$ par mois pour la classe 3A, et 8 000 \$ par mois pour la classe 2A.

Les limites de souscription pour l'assurance Protection Personne clé excèdent les limites habituelles pour l'assurance invalidité. Toutefois, une assurance Protection Personne clé ne sera pas considérée si l'assurance individuelle en cas d'invalidité en vigueur du proposant excède les [limites de souscription et de participation d'une assurance individuelle](#) ou si le proposant est surassuré en vertu de tout autre produit d'invalidité.

ÂGES À LA SOUSCRIPTION

18 – 55

PÉRIODE D'INDEMNISATION

12 mois

DÉLAIS DE CARENCE

60, 90 jours

EXIGENCES MÉDICALES

Veillez vous reporter au [tableau des Exigences médicales](#) dans les Directives de tarification.

DOCUMENTATION PERTINENTE AU REVENU

Veillez vous reporter au [Tableau des exigences financières](#) dans les Directives de la tarification.

AUTRES EXIGENCES DE TARIFICATION

[Le Supplément Personne clé](#), doit être dûment rempli et signé par le titulaire proposé.

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE

Avenant des professionnels de la santé (H1134)

L'assurance est obligatoire (à moins d'être refusée pour des raisons de tarification), pour les professionnels de la santé spécifiques.

Veillez vous reporter de l'[Avenant des professionnels de la santé](#) pour obtenir des renseignements supplémentaires.

TITULAIRE DE POLICE

L'employeur, l'entreprise ou la société est le titulaire de police. La désignation du titulaire est indiquée aux conditions particulières de la police. L'indemnisation est versée au titulaire de police. La section « propriété » de la proposition doit être entièrement remplie. Le titulaire proposé ou un cadre concerné autorisé de l'entreprise doit signer la proposition et le formulaire Supplément Personne clé.

CESSION

La police ne peut pas être cédée.

NOTES RELATIVES À LA TARIFICATION

- Tout cas inhabituel, où les règles de la tarification ne sont pas clairement satisfaites, devrait être adressé au Service de la tarification pour donner leur avis, ou encore, être soumis à titre préliminaire aux fins de l'évaluation des faits par le Service de la tarification.
- L'assurance Protection Personne clé ne sera pas approuvée si une assurance Rachat en cas d'invalidité ou Frais généraux d'entreprise s'avère plus appropriée.

EXEMPLES DE CARACTÉRISTIQUES FAVORABLES DUNE PERSONNE CLÉ ÉVENTUELLE

- L'employé clé travaille dans une entreprise qui n'est pas située au domicile
- L'employé clé accomplit un travail du type réalisation de projets, souvent de façon autonome
- L'employé clé travaille dans un domaine novateur, « à la fine pointe » de la technologie
- L'employé clé crée ou conçoit les procédés ou les produits
- Le talent de l'employé clé influe directement sur les activités quotidiennes et sur les bénéfices de l'entreprise (à titre d'exemple, la production s'arrêterait si l'on ne pouvait plus compter sur les aptitudes du concepteur)
- L'employé clé est le seul dans l'entreprise à posséder ses aptitudes
- L'employé clé est souvent la personne la mieux rémunérée de l'entreprise, à part le propriétaire
- La perte de l'employé clé occasionnerait un travail de recrutement difficile et long
- Il serait impossible d'embaucher un employé temporaire ou un suppléant pour remplacer l'employé clé absent
- l'employé clé peut être reconnu comme une sommité dans son domaine

EXEMPLES DE CARACTÉRISTIQUES DÉFAVORABLES DUNE PERSONNE CLÉ ÉVENTUELLE

- L'employé clé est propriétaire unique
- L'employé clé détient une participation de plus de 50 % dans l'entreprise
- L'employé clé et l'employeur ne sont pas sans lien de dépendance
- L'employé clé travaille dans une entreprise située à domicile
- L'absence de l'employé clé a des effets négatifs sur l'entreprise, mais ne se traduit pas en une perte financière significative pour l'entreprise
- L'employé clé pourrait être remplacé par recrutement interne
- Il y a dans l'entreprise une personne prête à prendre la relève
- Les tâches de l'employé clé sont partagées avec d'autres personnes ou sont aussi exercées par d'autres personnes dans l'entreprise

VOICI QUELQUES EXEMPLES DE CAS RÉELS QUE NOUS AVONS RENCONTRÉS :

- Un modéliste de chaussures d'un fabricant comptant 200 employés; la personne clé était le seul modéliste au service de cette entreprise;
- Le concepteur d'un bâton de hockey unique, au service d'un fabricant;
- Un inspecteur d'enveloppes de bâtiment - il en existe très peu au Canada;
- L'inventeur de la méthode de culture hydroponique, au service du distributeur qui a acheté les droits de son invention

DIRECTIVES DE TARIFICATION PARTICULIÈRES À LA POLICE RÉTABLISSEMENT D'UNE MALADIE GRAVE

INDEX

ACTIVITÉS EXTRAPROFESSIONNELLES ET SPORTS

ÂGE À LA SOUSCRIPTION

AIDE-MÉMOIRE SUR L'ADMISSIBILITÉ

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

AVIATION

DIFFÉRENCES ENTRE L'ASSURANCE INVALIDITÉ ET MALADIE GRAVE

DIFFÉRENCES ENTRE L'ASSURANCE VIE ET MALADIE GRAVE

DOSSIER DE CONDUITE

EXIGENCES MÉDICALES

EXIGENCES MÉDICALES – NOTES

FORMULAIRES DE REMPLACEMENT ET DE DIVULGATION

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION

MALADIE GRAVE – GUIDE DU CONSEILLER EN ASSURANCE

MODIFICATIONS DE POLICE (y compris réexamen des risques tare et remises en vigueur)

NON-FUMEUR : DÉFINITION

NOUVEAUX ARRIVANTS AU CANADA

NOTE DE COUVERTURE

RÉDUCTION DE PRIMES

REPLACEMENTS INTERNES ET AUGMENTATIONS

RÉSIDENCE OU VOYAGE À L'ÉTRANGER

RISQUE TARÉ

RISQUES PROFESSIONNELS

SAUVEGARDE DE L'ÂGE AU MOYEN D'UNE ANTIDATE

TARIFICATION FINANCIÈRE

TAUX DE PRIMES

L'AIDE-MÉMOIRE SUR L'ADMISSIBILITÉ (8 septembre 2017)

L'aide-mémoire sur l'admissibilité fournit une liste pratique des maladies et affections qui indique dans quels cas le client n'est pas admissible à l'assurance en cas de maladie grave. Si le proposant est atteint de l'une des maladies ou affections énumérées, il est inutile de déposer une proposition. Si vous êtes incertain si votre client peut être considéré pour une assurance en cas de maladie grave, veuillez communiquer avec le Service de la tarification avant de déposer une proposition.

Les personnes sont considérées non assurables si elles ont des antécédents relatifs à ce qui suit :

Abus d'alcool (<i>au cours des deux dernières années</i>)	Insuffisance rénale
Accident ischémique transitoire	Maladie d'Alzheimer
Accident vasculaire cérébral	Maladie de Huntington
Acrosyndrome	Maladie du motoneurone (<i>par exemple - sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive</i>)
Angine	Maladie de Parkinson
Angioplastie	Maladie rénale chronique (<i>y compris la maladie polykystique des reins</i>)
Atrophie musculaire progressive	Paralysie bulbaire progressive
Cancer *	Paralysie permanente
Cardiomyopathie	Paralysie pseudo-bulbaire progressive
Cécité (<i>peut être disponible avec une exclusion</i>)	Pontage coronarien
Chirurgie pour insuffisance cardiaque valvulaire	Sclérose en plaques (SP)
Crise cardiaque	Sclérose latérale amyotrophique (SLA) – <i>communément appelée maladie de Lou Gehrig</i>
Diabète (<i>Type 1 - insulinodépendant</i>)	Sclérose latérale primitive
Drépanocytose	SIDA (<i>maladie reliée au SIDA ou état séropositif</i>)
Fibrose kystique	
Greffe d'organe important	

* Les proposants atteints de certains cancers de la peau ou de certains cancers au stade initial peuvent être admissibles à une assurance. Consultez le Service de la tarification avant de déposer une proposition.

Également non assurables :

- Personnes recevant des prestations d'aide sociale
- Personnes n'étant pas des résidents permanents au Canada, qu'elles soient ou non des citoyennes canadiennes
- Personnes qui n'ont pas reçu le statut de résident permanent
- Personnes ayant l'intention d'habiter à l'extérieur du Canada

RÉDACTION DE LA PROPOSITION

SAUVEGARDE DE L'ÂGE AU MOYEN D'UNE ANTIDATE (31 juillet 2017)

En raison de la disposition concernant un diagnostic de Cancer dans les 90 jours suivant la date d'effet du contrat en plus d'autres dispositions relatives à la proposition, nous ne pouvons antidater une police Maladie grave à moins que la personne assurée n'accepte de signer une déclaration reconnaissant l'inclusion d'une modification Antidate de l'assurance. La modification précise que la date d'établissement a été antidatée afin d'être en mesure de réduire le taux de prime seulement et que toutes les mentions de la date d'établissement dans la police, les avenants, etc., se rapportent à la date réelle d'établissement et non la date d'établissement énoncée dans les conditions particulières de la police.

L'assurance provisoire prévue par la Note de couverture garantit une assurance limitée depuis la date de signature de la proposition jusqu'à la date d'établissement réelle de la police.

Nous n'accorderons pas une antidate pour sauvegarder l'âge et ainsi permettre au proposant d'obtenir une assurance ou des garanties complémentaires qui n'auraient pas été offertes autrement en raison des restrictions de l'âge.

ÂGES À LA SOUSCRIPTION (8 septembre 2017)

Temporaire 10 ans transformable jusqu'à l'âge de 65, renouvelable jusqu'à l'âge de 75 ans (non résiliable)	18 – 64
Primes nivelées jusqu'à l'âge de 65 ans (renouvellement garanti)	18 – 60
Primes nivelées jusqu'à l'âge de 75 ans (renouvellement garanti)	18 – 65
Primes nivelées jusqu'à l'âge de 75 ans (non résiliable)	18 – 65

LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION (8 septembre 2017)

- Le montant minimal d'assurance est de 25 000 \$
- Le montant maximal d'assurance est de 2 000 000 \$
- La participation maximale auprès d'autres entreprises est de 2 000 000 \$
- L'assurance est établie en multiples de 1 000 \$

TAUX DE PRIMES (8 septembre 2017)

- Les primes sont établies en fonction de l'âge du proposant à son plus proche anniversaire
- Les primes sont également fonction du sexe du proposant et du fait qu'il est fumeur ou non-fumeur
- Les primes sont fixées d'après les paliers d'indemnisation

TARIFICATION MÉDICALE

EXIGENCES MÉDICALES POUR ASSURANCE MALADIE GRAVE (31 mai 2023)

	Âge 18 à 40	Âge 41 à 50	Âge 51 et plus
Jusqu'à 100 000 \$	Non-Médical	Non-Médical	Profil sanguin* Analyse d'urine Signes vitaux
100 001 \$ à 249 999 \$	Non-Médical	Profil sanguin Analyse d'urine Signes vitaux	Profil sanguin* Analyse d'urine Signes vitaux
250 000 \$ à 500 000 \$	Profil sanguin Analyse d'urine Signes vitaux	Profil sanguin Analyse d'urine Signes vitaux	Profil sanguin* Analyse d'urine Signes vitaux
500 001 \$ et plus	Examen paramédical** Profil sanguin Analyse d'urine	Examen paramédical** Profil sanguin Analyse d'urine	Examen paramédical** Profil sanguin* Analyse d'urine ECG

Notes :

* Un dépistage d'antigène prostatique spécifique est effectué sur le profil sanguin des hommes de 51 ans et plus.

** Une télé-entrevue et des signes vitaux sont acceptables au lieu d'un examen paramédical.

NOTES CONCERNANT LES EXIGENCES MÉDICALES POUR L'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

(31 mai 2023)

Une analyse d'urine, un profil sanguin, un examen paramédical, et un électrocardiogramme (ECG) sont considérés à jour s'ils remontent à moins de douze mois.

Au cours du processus de la tarification, ces exigences médicales ou autres, peuvent être demandées pour tout montant, en fonction des antécédents médicaux et des résultats actuels, afin de prendre la décision la plus favorable.

Si vous présentez une demande simultanée pour différents produits auprès de RBC Assurances (invalidité, maladies graves et/ou vie), veuillez consulter le tableau des exigences médicales pour chacun des produits. Le plus haut niveau d'exigences requises s'appliquera pour tous les produits.

Comment déterminer le montant total pour les exigences médicales d'office:

- Le montant d'assurance maladie grave à l'étude, **plus**;
- Le montant intégral de tout avenant Augmentation systématique des prestations* à l'étude, **plus**;
- Le montant de toute assurance maladie grave établie, y compris le montant intégral de tout avenant – Augmentation systématique des prestations et de toute assurance d'ÉSG, depuis la dernière fois que les exigences médicales ont été satisfaites.

***Si le proposant demande l'avenant Augmentation systématique des prestations**, la somme de toutes les augmentations ultérieures doit être ajoutée à l'indemnisation de base de maladie grave.

Chaque fois que le proposant répond aux exigences médicales d'office faisant en sorte que nous établissons l'assurance de façon standard, l'admissibilité à l'assurance non-médicale est renouvelée. La prochaine fois que le proposant dépose une proposition d'assurance, nous ne tenons pas compte de l'assurance en vigueur établie en raison des exigences médicales d'office en vue de fixer les nouvelles exigences médicales. Nous utilisons uniquement le montant actuel demandé pour déterminer ces exigences.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

En raison d'une forte corrélation statistique entre les antécédents familiaux et le risque qu'un autre membre de la famille développe la même affection, les antécédents familiaux sont un aspect important de la tarification d'une assurance en cas de maladie grave.

L'effet des antécédents familiaux sur la tarification varie d'après l'affection médicale spécifique du membre de la famille, l'âge du membre de la famille au moment de l'apparition de l'affection, l'âge du proposant et l'ensemble des antécédents médicaux du proposant. En raison de ces variables, il est impossible de créer des directives simples pour ce qui est des antécédents familiaux.

Voici des exemples d'antécédents familiaux qui sont particulièrement préoccupants : apparition précoce de maladie cardiovasculaire, de diabète, de certains cancers, tout antécédent de maladie du motoneurone et toute affection fréquente dans la famille ou toute apparition inhabituellement précoce de certaines affections telles que la maladie d'Alzheimer.

DÉFINITION DE NON-FUMEUR POUR L'ASSURANCE MALADIE GRAVE (28 mars 2024)

Pour avoir droit aux taux non-fumeurs, les critères suivants doivent être satisfaits :

- Le proposant doit s'être abstenu, au moins pendant les **douze mois** précédant la date de la proposition, de faire usage de cigarettes, de cigarettes électroniques, de produits de vapotage, de cigares*, de noix de bétel*, de pipes à eau, de produits de désaccoutumance au tabac (y compris la gomme à mâcher à la nicotine ou les timbres ou autres produits semblables), ou de nicotine ou de tabac sous une forme quelconque.

*Les taux non-fumeurs sont aussi offerts pour l'usage de cigares ou de noix de bétel seulement, lorsque tous les critères suivants ont été satisfaits :

- Maximum d'un gros cigare** par mois, en moyenne
- Utilisation maximale de noix de bétel une fois par mois, en moyenne
- L'analyse d'urine, si exigée pour n'importe quelle raison, doit être négative pour la cotinine
- Aucun problème de santé ne doit être présent, qui serait attribuable à l'utilisation de tabac ou de produits de tabac

**Quelle que soit la marque, un gros cigare est un cigare qui n'a pas de filtre et qui n'est pas destiné à être inhalé. Un petit cigare est un cigarillo ou tout autre cigare qui contient un filtre ou est généralement inhalé.

Dans tous les cas, nous nous réservons le droit d'obtenir une analyse d'urine afin de vérifier le statut de non-fumeur. Le résultat de l'analyse d'urine doit être négatif pour la cotinine.

Il est essentiel que le conseiller en assurance et le proposant établissent clairement le droit de ce dernier aux taux non-fumeurs au moment où la proposition est rédigée. Conformément aux pratiques de l'industrie, nous considérons qu'une réponse inexacte à cette question constitue une non-déclaration de faits importants et, par conséquent, une raison suffisante pour annuler le contrat.

Les demandes pour changer les taux fumeurs pour les taux non-fumeurs sont assujetties aux directives suivantes :

- La personne assurée répond aux critères pour être considérée à titre de non-fumeur
- Nous avons reçu une [Demande de remise en vigueur et/ou une modification de police](#)
- Depuis l'établissement de la police, la personne assurée ne présente aucun antécédent médical se rapportant au tabagisme (par exemple : une maladie coronarienne, une maladie pulmonaire obstructive chronique, l'emphysème); dans de tels cas, nous refuserions la demande sans la possibilité d'un réexamen pour les taux non-fumeurs.
- Nous nous réservons le droit d'obtenir une analyse d'urine et de toute autre exigence de tarification afin de déterminer le droit de la personne assurée aux taux non-fumeurs.

RISQUE TARÉ

Dans le cas de la tarification pour une assurance en cas de maladie grave, le terme « taré » se rapporte à un changement quelconque ayant été apporté à l'assurance en raison des antécédents médicaux, de l'affection physique, des constatations en laboratoire, des antécédents familiaux ou d'une situation non médicale quelconque (p.ex., les risques extraprofessionnels) actuels ou passés.

L'objectif de la tarification de risque taré est de modifier l'assurance approuvée pour faire en sorte que les resultants techniques (morbidity) du groupe de risqué taré dont le proposant fait partie, sont les mêmes que ceux se rapportant à un groupe dont l'assurance est établie de façon standard.

Le tarificateur peut procéder de diverses façons pour nous permettre d'offrir une assurance à autant de proposants que possible, lesquelles comprennent ce qui suit :

- Supplément de prime (surprime) : la surprime maximale pour l'assurance en cas de maladie grave est de +150; +100% pour le diabète
- Exclusions* se rapportant aux affections résolutive n'entraînant pas d'autres maladies assurées (p.ex., la cécité, la sclérose en plaques)
- Exclusions* se rapportant à un risque précis (cancer de la glande thyroïde) ou à un risque extra professionnelle (aviation)
- Réductions de l'indemnité et/ou le retrait de garanties complémentaires
- Toute combinaison de ce qui précède

* Pourquoi ne pouvons-nous pas inclure une exclusion pour cancer ou pour le diabète? Nous ne pouvons pas inclure une exclusion qui influencerait sur plus d'une maladie assurée ou qui serait difficile à évaluer au moment de la demande de règlement. En voici un exemple : le diabète est un facteur de risque significatif qui peut mener à de nombreuses maladies assurées : la cécité, l'insuffisance rénale, la greffe d'organe important, la perte de membres.

DIFFÉRENCES ENTRE L'ASSURANCE INVALIDITÉ ET MALADIE GRAVE AUX FINS DE LA TARIFICATION

Maladie :	Différence pour Maladie Grave :
Acrosyndrome	Refus
Affection des seins	Plus grave
Anomalie urinaire	Plus grave
Antécédents familiaux	Plus grave
Asthme	Moins grave
Bronchopneumopathie chronique obstructive	Moins grave chez les non-fumeurs
Côlon : Colite ulcéreuse	Plus grave
Polypes	Plus grave
Corpulence - embonpoint et maigreur	Plus grave
Diabète : Insulinodépendant	Refus
Non insulinodépendant	Plus grave - taux maximal + 100 %
Épilepsie	Plus grave
Hyperlipidémie	Plus grave
Lésions des tissus mous	Moins grave
Maladie rénale	Plus grave
Maladies du cœur	Plus grave - la plupart des anomalies = refus
Polyarthrite rhumatoïde	Moins grave
- avec traitement stéroïdien	Plus grave
Tabagisme	Plus grave
Tension artérielle élevée	Plus grave
Troubles mentaux	Moins grave
Troubles musculo-squelettiques	Moins grave

DIFFÉRENCES ENTRE L'ASSURANCE VIE ET MALADIE GRAVE AUX FINS DE LA TARIFICATION

Maladie :	Différence pour Maladie Grave :
Acrosyndrome	Refus
Affection des seins	Plus grave
Anomalie urinaire	Plus grave
Antécédents familiaux	Plus grave
Asthme	Moins grave
Bronchopneumopathie chronique obstructive	Moins grave chez les non-fumeurs
Côlon : Colite ulcéreuse	Plus grave
Polypes	Plus grave
Corpulence - embonpoint et maigreur	Plus grave
Diabète : Insulinodépendant	Refus
Non insulinodépendant	Plus grave - taux maximal + 100 %
Épilepsie	Plus grave
Hyperlipidémie	Plus grave
Maladie rénale	Plus grave
Maladies du cœur	Plus grave - la plupart des anomalies = refus
Polyarthrite rhumatoïde	Moins grave
- avec traitement stéroïdien	Plus grave
Tabagisme	Plus grave
Tension artérielle élevée	Plus grave
Troubles mentaux	Moins grave

TARIFICATION FINANCIÈRE (8 septembre 2017)

ASSURANCE INDIVIDUELLE :

- 1. Il n'existe aucune exigence financière de routine.** Le tarificateur se réserve le droit de demander de la documentation pertinente au revenu selon les particularités du dossier. Toute proposition d'assurance excédant nos limites de souscription et de participation exigera une documentation pertinente au revenu et un compte rendu d'enquête.
- 2. Limites de souscription pour l'assurance individuelle :**
 - De 18 à 50 ans – nous pouvons approuver une assurance maximale égale à 9 fois le revenu professionnel net*
 - De 51 à 59 ans – nous pouvons approuver une assurance maximale égale à 7 fois le revenu professionnel net*
 - De 60 à 65 ans – nous pouvons approuver une assurance maximale égale à 5 fois le revenu professionnel net * à l'âge de 60 ans, diminuant annuellement d'un multiple (20 %) à un montant minimal de 100 000 \$* plus le montant du prêt hypothécaire personnel du domicile et/ou du chalet, le cas échéant
- 3. Conjoint ne travaillant pas :** nous pouvons approuver 50 % du montant du multiplicateur de revenu* du salarié, plus le prêt hypothécaire de la maison et/ou du chalet (le cas échéant). Une confirmation du montant de l'assurance Maladie grave en vigueur ou à l'étude pour le salarié est requise. Le montant de l'assurance Maladie grave souscrite pour le conjoint ne travaillant pas ne devrait pas, en général, dépasser l'assurance du conjoint.
* Le montant du multiplicateur de revenu du salarié est le revenu professionnel net du salarié multiplié par le facteur (de 1 à 9) utilisé pour établir le montant de l'assurance Maladie grave précisé en 2 ci-dessus.
- 4. Les propriétaires de ferme :** peuvent souscrire à une assurance allant jusqu'à 10 fois le revenu professionnel net; les propriétaires de ferme dont le revenu professionnel net se situe entre 0 \$ et 9 999 \$ peuvent souscrire à une assurance allant jusqu'à 100 000 \$; les agriculteurs ayant subi une perte de revenu professionnel ne sont pas admissibles à une assurance.
- 5. Les médecins, avocats, notaires (au Québec) et dentistes en début de pratique :** peuvent souscrire à une assurance allant jusqu'à 500 000 \$. Les autres professionnels en début de pratique (veuillez consulter la liste des professions dans la [Programme de réduction des primes pour étudiants](#)) peuvent souscrire à une assurance allant jusqu'à 250 000 \$.
- 6. Étudiants universitaires :** peuvent souscrire à une assurance allant jusqu'à 250 000 \$.
- 7. Les proposant qui reçoivent des prestations d'aide sociale ne sont pas admissibles à l'assurance.**
- 8. Les proposant sur le chômage ou en invalidité :** Ces cas seront considérés individuellement, mais ne seront probablement pas assurables. Veuillez déposer une proposition préliminaire.

Remarque : le montant de l'assurance du proposant est établi d'après son revenu professionnel net réel de l'année précédente, après déduction des frais mais avant impôts. En utilisant ce revenu pour calculer le montant maximal de l'assurance considérée, aucun « avantage accessoire ('perks') » n'est ajouté à ce revenu. Dans le cas des employés, le revenu est calculé d'après leur salaire actuel ou leur taux horaire.

ASSURANCE D'ENTREPRISE :

- 1. Protection Personne clé :** Nous pouvons approuver une assurance allant jusqu'à 3 fois le revenu professionnel net de la personne clé.

Une assurance Maladie grave devrait être à l'étude ou en vigueur pour chaque personne clé de l'entreprise. Une considération individuelle, en vue d'excéder ce montant, est seulement offerte sur réception de la documentation complète de la méthode utilisée pour justifier le montant demandé. Une explication de la valeur de la personne clé devrait être incluse.

- 2. Prêt commercial :**

- Nous assurons la part du prêt commercial à la charge du propriétaire, jusqu'à concurrence de 50 %, sous réserve de nos limites de souscription et de participation.
- Le prêt doit être une dette à long terme dont la période de remboursement est d'au moins 5 ans.
- Tous les propriétaires actifs doivent être assurés, sinon, il doit y avoir une explication raisonnable.
- Les détails complets de financement ou du prêt, y compris la raison du prêt, le montant, le nom du bailleur de fonds et les modalités, doivent être inclus.

- 3. L'assurance pour une marge de crédit, un découvert bancaire et un rachat pour partenaire/actionnaire n'est pas offerte.**

- 4. Exigences financières :** une assurance de 500 000 \$ ou plus exigera de la documentation financière, y compris les états financiers les plus récents de l'entreprise, puis probablement un compte rendu d'enquête avec un rapport du bénéficiaire. Toute demande pour une assurance excédant nos limites de souscription et de participation exigera une enquête avec un rapport du bénéficiaire et un état financier de l'entreprise.

CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES TOUCHANT LA TARIFICATION

AVIATION

L'assurance comportant un risqué aviation peut être établie de façon standard d'après le type d'aéronef, le permis, l'expérience et l'accréditation du proposant. Une exclusion peut être remplacée par une surprime, le cas échéant.

ACTIVITÉS EXTRAPROFESSIONNELLES ET SPORTS

Certaines activités extraprofessionnelles et sports peuvent représenter un risque considérablement plus élevé de subir une blessure traumatique menant à l'une des maladies graves assurées, telles que la perte de membres, le coma, la paralysie, la cécité ou les brûlures. Par conséquent, certaines activités extraprofessionnelles et sports peuvent exiger une surprime et/ou une exclusion, comme la boxe et la course d'automobile.

DOSSIER DE CONDUITE

Un dossier de conduite considérablement défavorable peut exiger une surprime en raison d'un risqué élevé d'une blessure traumatique menant à l'une des maladies graves assurées, telles que la perte de membres, le coma, la paralysie, la cécité ou les brûlures. Toute surprime est fonction de la nature et du nombre d'infractions en plus de l'âge du proposant.

NOUVEAUX ARRIVANTS AU CANADA (29 novembre 2024)

Depuis le 29 novembre 2024, les lignes directrices sur la police rétablissement d'une maladie grave pour les nouveaux arrivants ont été modifiées pour faciliter l'accès de ce produit à un plus grand nombre de résidents non-permanents. Les résidents non permanents qui sont maintenant admissibles à présenter une demande doivent vivre et travailler au Canada, détenir un permis de travail valide, avoir l'intention de rester au Canada et présenté une demande de résidence permanente. Les produits entièrement tarifés seulement sont disponibles. L'Assurance maladies graves simplifiée n'est pas disponible car une tarification complète n'est pas effectuée pour ce produit.

Jusqu'au 29 novembre 2024, nous acceptons les demandes de résidents non permanents comme suit :

- Médecins formés à l'étranger
- Résidents permanents et (aides familiaux résidents)

À compter du 29 novembre 2024, les résidents non permanents suivants peuvent présenter une demande :

- Travailleurs qualifiés niveaux 0-3, incluant les médecins formés à l'étranger.
- Programme des candidats des provinces et Programme d'immigration du Québec
- Permis de travail post diplôme
- Époux ou conjoint de fait d'un citoyen canadien, d'un résident permanent ou d'un résident non permanent admissible conformément à nos lignes directrices sur la souscription des maladies graves à l'intention des nouveaux arrivants
- Réfugiés au sens de la Convention et personnes protégées
- Titulaires d'un permis de travail temporaire
- Aides familiaux résidents

Pour obtenir une description des lois sur la résidence et des programmes d'entrée au Canada, veuillez consulter les [lignes directrices de tarification pour les nouveaux arrivants – Assurance Vie](#).

Un [Questionnaire sur le statut de résidence et la citoyenneté](#) est disponible sur le Centre de ressources pour les conseillers afin d'obtenir de plus amples renseignements lorsque la proposition ne fournit pas suffisamment d'informations.

Lignes directrices de tarification pour les Nouveaux Arrivants

Description	Montant maximal	Résidence* au Canada	Exigences de tarification
Médecins formés à l'étranger	500,000\$	3 mois	Copie de la lettre ou du contrat d'emploi et la copie de l'accusé de réception de la demande de résidence permanente.
Travailleurs qualifiés niveau 0 et 1, une formation universitaire caractérise habituellement ces professions : avocats, pharmaciens, ingénieurs, infirmiers, enseignants, développeurs de logiciels, gestionnaires, directeurs et administrateurs etc. Veuillez cliquer ici pour la liste des occupations incluses dans cette catégorie : Trouver la classification nationale des professions (CNP) – Canada.ca	500,000\$	3 mois	Copie de la lettre ou du contrat d'emploi, copie de la lettre d'acceptation du Programme des travailleurs qualifiés, du programme des candidats des provinces ou du certificat de sélection du Québec et la copie de l'accusé de réception de la demande de résidence permanente.
Travailleurs qualifiés de niveau 2 et 3, une formation collégiale ou un programme d'apprentissage ou des tâches de supervision sont habituellement requise pour les professions de ce niveau : électriciens, plombiers, mécaniciens, techniciens médicaux, etc. Veuillez cliquer ici pour la liste des occupations incluses dans cette catégorie : Trouver la classification nationale des professions (CNP) – Canada.ca	250 000\$	3 mois	Copie de la lettre ou du contrat d'emploi, copie de la lettre d'acceptation du Programme des travailleurs qualifiés, du programme des candidats des provinces ou du certificat de sélection du Québec et la copie de l'accusé de réception de la demande de résidence permanente.
Autres travailleurs sélectionnés par le Programme des candidats des ou les programmes d'immigration du Québec	250,000\$	3 mois	Copie de la lettre ou du contrat d'emploi, copie de la lettre d'acceptation du Programme des travailleurs qualifiés, du programme des candidats des provinces ou du certificat de sélection du Québec et la copie de l'accusé de réception de la demande de résidence permanente.
Permis de travail post diplôme	250 000\$	3 mois	La copie du permis de travail post diplôme et la copie de l'accusé de réception de la demande de résidence permanente.
Aides familiaux résidents (gouvernantes)	100 000\$	3 mois	La copie de l'accusé de réception de la demande de résidence permanente.
Réfugié au titre de la Convention et Personnes protégées	100 000\$	12 mois	La copie de l'accusé de réception de la demande de résidence permanente et la copie du document de statut de réfugiés ou l'attestation de statut de personnes protégées doivent être soumises avec la proposition.
Détenteurs de permis de travail temporaire, permis de travail ouvert ou spécifique à un employeur non parrainé par un programme gouvernemental.	100 000\$	12 mois	La copie de l'accusé de réception de la demande de résidence permanente.
Époux ou conjoint de fait d'un citoyen canadien, d'un résident permanent ou non-permanent mais éligible selon nos normes de tarification.	250 000\$	3 mois	La copie de l'accusé de réception de la demande de résidence permanente.

Résidents permanents	Normes de tarification habituelles	3 mois	Aucune exigence de tarification requise
Permis d'études, Consul général, diplomate, employés étrangers d'une ambassade ou d'une mission commerciale, réfugié n'ayant pas le statut au titre de la Convention, travailleurs saisonniers, détenteurs de visa de résident temporaire tels que : visa de visiteur ou touriste, réunions d'affaires, super visa (parents et grands-parents).	Non applicable	Non applicable	Non disponible

**Période minimale de résidence au Canada avant de présenter une proposition d'assurance maladie grave chez RBC.*

Informations additionnelles

- Les personnes à assurer doivent être considérés comme résident du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu.
- Les propositions et toute autre exigence doivent être remplies et signées au Canada et la police doit être livrée au Canada.
- Les candidats qui n'ont pas une bonne compréhension du français ou de l'anglais doivent tous remplir une déclaration d'entente.
- Les exigences de routine pour l'âge et le montant sont requis. Un test sanguin avec des tests de dépistage des hépatites B et C est requis si la personne à assurer est au Canada depuis moins de 12 mois.
- Les personnes à assurer devraient être établis auprès d'un médecin ou d'une clinique au Canada s'ils ont un problème de santé qui nécessite un traitement ou un suivi. La demande sera reportée si ce n'est pas le cas.
- L'exonération des primes en cas d'invalidité est disponible. Le remboursement des primes au décès et l'augmentation systématique de l'indemnité ne sont pas disponibles.
- Une exclusion propre sur les voyages à l'étranger spécifique à un ou des pays peut être justifiée s'il y a des préoccupations concernant les voyages possibles dans des pays à haut risque.
- Nous nous réservons le droit de demander une preuve médicale appropriée, quel que soit le montant de la couverture, si, de l'avis du tarificateur, nous ne sommes pas en mesure de développer des antécédents médicaux adéquats.
- Le conjoint doit résider au Canada pour être admissible à présenter une proposition.

RÉSIDENCE OU VOYAGE À L'ÉTRANGER (29 novembre 2024)

Les lignes directrices de tarification du Plan pour les polices de rétablissement d'une maladie grave sont fondées sur les taux d'incidence canadiens pour les affections couvertes. Les taux d'incidence des affections liées à l'assurance maladies graves varient grandement d'un pays à l'autre. **Par conséquent, nos politiques ne sont pas tarifées de manière appropriée pour les résidents d'autres pays.**

Bien que géographiquement proche, l'expérience entre le Canada et les États-Unis, pour les affections liées à l'assurance maladies graves, peuvent différer considérablement. Par conséquent, **les Canadiens qui ont l'intention de déménager aux États-Unis, ou tout autre pays ne peuvent pas être considérés.**

Les voyages prolongés vers des pays politiquement instables, ou où les installations et les traitements médicaux sont inadéquats, ou tout simplement indisponibles, représentent des risques accrus de blessures, de maladies et

d'infections. Ce risque accru peut entraîner un refus ou une offre avec surprime et /ou une exclusion pour les voyages.

RISQUES PROFESSIONNELS

Le risque inhérent de subir une blessure est exceptionnellement élevé dans l'exercice de certaines professions. Celles-ci peuvent également occasionner un risque accru de développer le cancer par suite de l'exposition à des substances toxiques. Certaines professions exceptionnellement dangereuses s'avèreront peut-être inacceptables ou exigeront une surprime. En voici des exemples : Travailleurs d'amiante, manutentionnaires d'explosifs, travailleurs de l'industrie chimique dangereuse, plongeurs en haute mer à des fins commerciales.

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES (31 mars 2022)

AVENANT – REMBOURSEMENT DES PRIMES AU DÉCÈS (Veuillez vous reporter au [libellé du contrat](#) pour obtenir tous les renseignements)

Âges d'admissibilité : Mêmes que le contrat de base

Régimes offerts : Tous les régimes

En cas de décès de l'assuré au cours de la période de survie, ou en raison d'une maladie non définie comme une maladie grave, nous versons, au titulaire de la police, ou, s'il est décédé, à ses ayants droit, une indemnité de remboursement des primes au décès à condition que la police Rétablissement des primes soit en vigueur et qu'aucune indemnité de maladie grave ne soit payable ou en instance de paiement.

L'indemnité de remboursement des primes au décès sera **égale au moins élevé des montants suivants :**

- la somme de toutes les primes versées à l'égard de la police (y compris les avenants, surprimes, frais de facturation mensuelle ou semestrielle); **ou**
- 2 000 000 \$

L'indemnité est versée au titulaire de la police et ne peut être versée à quiconque d'autre.

Les primes ayant fait l'objet d'une exonération viendront en réduction de l'indemnité (si la garantie d'exonération des primes en cas d'invalidité a été souscrite).

Si le décès est attribuable à l'une des exclusions énumérées dans le contrat, la garantie de remboursement des primes au décès n'est pas payable.

AVENANT – AUGMENTATION SYSTÉMATIQUE DES PRESTATIONS (Veuillez vous reporter au [libellé du contrat](#) pour obtenir tous les renseignements)

Âges d'admissibilité : 18 – 45

Régimes offerts : Tous les régimes, sauf le régime Temporaire de 10 ans

L'avenant Augmentation systématique des prestations stipule que le montant d'assurance en cas de maladie grave accroît automatiquement de 20 % du montant initial à tous les 2^e anniversaires de la police à partir de la date d'effet de la police et tant que la police est en vigueur.

Ces augmentations ont lieu pendant les 10 premières années durant lesquelles la police est en vigueur.

Les augmentations ne peuvent pas être refusées, mais si la personne assurée ne désire plus augmenter son indemnité, elle peut choisir de mettre fin à cet avenant.

Toutes les augmentations en vertu de cet avenant sont assujetties à toute exclusion incluse au contrat de base.

La somme de l'indemnisation de base pour maladie grave et de toute augmentation systématique de prestations ultérieure **ne peut pas dépasser le moindre de :**

- nos directives de tarification financière publiées; **ou**
- nos limites maximales de souscription et de participation.

AVENANT – EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D’INVALIDITÉ (Veuillez vous reporter au [libellé du contrat](#) pour obtenir tous les renseignements)

Âges d’admissibilité : 18 – 55

Régimes offerts : Tous les régimes

En vertu de cet avenant, lorsque la personne assurée est invalide pendant une période de 90 jours consécutifs, nous payerons les primes dues au cours de son invalidité. Nous rembourserons également les primes payées au cours de ces 90 premiers jours.

Invalidité s’entend du fait que, par suite d’une maladie ou d’un accident corporel qui se manifeste ou survient après la date d’effet de cette garantie et pendant que la police et cette garantie sont en vigueur, l’assuré est dans l’incapacité d’exercer toute profession qu’il est apte à exercer compte tenu de son éducation, de sa formation et de son expérience. Toutefois, si l’assuré est propriétaire d’une autre assurance individuelle de protection du revenu en cas d’invalidité de RBC Assurances, nous l’exonérons du paiement des primes de l’assurance maladies graves dès qu’il est exonéré du paiement des primes au titre de son assurance individuelle de protection du revenu en cas d’invalidité.

Pourvu qu’il n’y ait pas d’exonération des primes de la police au titre de cet avenant au 65e anniversaire de la personne assurée, cet avenant prendra fin ce jour-là. S’il y a exonération des primes au 65e anniversaire de la personne assurée, nous continuerons de renoncer aux primes jusqu’à la première des éventualités suivantes : lorsque la police prend fin ou lorsque la personne assurée ne répond plus aux critères de la définition d’invalidité selon cet avenant (et les primes ne sont plus exonérées au titre de la police d’assurance individuelle de protection du revenu en cas d’invalidité de RBC Assurances).

Cet avenant est assujéti à toute exclusion se rattachant au contrat de base pour maladie grave.

REPLACEMENTS INTERNES ET AUGMENTATIONS (8 septembre 2017)

Autres que les modifications de police indiquées dans les [lignes directrices pour les modifications de police pour assurance maladie grave](#), les demandes d'ajouts et de modifications d'une assurance en cas de maladie grave pour un proposant ayant actuellement une police en vigueur sont seulement offertes par l'entremise d'un remplacement interne ou en établissant un contrat additionnel.

- La police en vigueur peut être maintenue dans sa forme actuelle et l'assurance additionnelle peut faire l'objet d'une nouvelle police. Le client aura alors deux polices en cas de maladie grave distinctes, dont les modalités seront peut-être différentes.
- Une personne peut soumettre une demande de remplacement interne à la version la plus courante de la police d'assurance en cas de maladie grave. Dans cette situation, les modalités et l'assurance existante en vertu de la police en vigueur seront maintenues au cours de la période de la tarification tant que les paiements se poursuivront. La période d'incontestabilité ne s'appliquera qu'aux augmentations et améliorations de l'assurance initialement établie, durant la période de contestabilité restant à courir, le cas échéant, entre la date d'effet de la police initiale et la date de la remplacement interne. Les restrictions prévues par la police, telle la clause de 90 jours relative au cancer et toute autre exclusion intégrée au contrat, ne s'appliqueront qu'aux nouvelles caractéristiques et à l'augmentation d'assurance demandées, si les conditions relatives à ces restrictions ont déjà été remplies au cours de l'existence de la police précédente.

