



Compagnie d'assurance vie RBC

Directives de tarification pour
Assurance invalidité individuelle et
Assurance en cas de maladie grave (04/12)



RBC
Assurances



DIRECTIVES DE TARIFICATION

TABLE DES MATIÈRES (04/12)

A. INTRODUCTION AUX DIRECTIVES DE TARIFICATION

B. RENSEIGNEMENTS SUR LES PRODUITS

POLICE EN CAS DE MALADIE GRAVE - SOMMAIRE	B-5
PRODUITS D'ENTREPRISE - SOMMAIRE	B-2
PRODUITS INDIVIDUELS EN CAS D'INVALIDITÉ - SOMMAIRE	B-3

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

ACOMPTE AVEC LA PROPOSITION	C-22
ÂGE À L'ÉTABLISSEMENT DE L'ASSURANCE	C-9
ÂGES MINIMAL ET MAXIMAL À LA SOUSCRIPTION	C-15
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	C-13
AUTORISATION	C-4
COMPTE RENDU DU PRODUCTEUR	C-24
CONFIDENTIALITÉ (VOIR PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE)	C-23
DATATION	C-8
DÉLIVRANCE DE LA POLICE	C-20
DEUXIÈME PROPOSITION D'ASSURANCE	C-27
DOCUMENT LÉGAL	C-11
FORMULAIRES DE REMPLACEMENT ET DE DIVULGATION RELATIFS À L'AII ET MG	C-26
LIMITES POUR LES RISQUES « SURÂGÉS »	C-19
LISIBILITÉ	C-12
MANQUE DE TRANSPARENCE	C-10
MONTANT MINIMAL DE LA POLICE	C-16
NOMS	C-17
NOTE DE COUVERTURE	C-6
POLICE REFUSÉE	C-21
PRÉAVIS ET FICHE DE RENSEIGNEMENTS SUR LE BRM	C-14
PROFESSION ET TÂCHES	C-18
PROPOSITION	C-2
PROPOSITION ET RÉPONSES AUX QUESTIONS	C-3
PROPOSITION PRÉLIMINAIRE	C-29
PROPOSITIONS D'ÉSG ET PROPOSITIONS ENTIÈREMENT SOUSCRITES CONCORDANTES	C-5
PROPOSITIONS D'OAARF ET D'ÉSG CONCORDANTES	C-5
PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE	C-23
REMPACEMENT	C-25
SIGNATURES	C-28

D. EXIGENCES MÉDICALES

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (DMT)	D-14
EXIGENCES MÉDICALES, DÉTAILS	D-10
EXIGENCES MÉDICALES POUR ASSURANCE INVALIDITÉ	D-2
EXIGENCES MÉDICALES POUR ASSURANCE INVALIDITÉ, NOTES	D-6

EXIGENCES MÉDICALES POUR ASSURANCE MALADIE GRAVE	D-8
EXIGENCES MÉDICALES POUR ASSURANCE MALADIE GRAVE, NOTES.....	D-8
EXIGENCES MÉDICALES PROVENANT D'AUTRES COMPAGNIES	D-13
SERVICES PARAMÉDICAUX AGRÉÉS.....	D-12
SITUATIONS EXCEPTIONNELLES (investigation médicale supplémentaire requise).....	D-15

E. TARIFICATION ET EXIGENCES FINANCIÈRES

AGRICULTEURS – LIMITES DE SOUSCRIPTION PARTICULIÈRES	E-29
AGRICULTEURS – notes concernant les limites de souscription particulières aux agriculteurs ..	E-31
ASSURANCE CRÉANCE	E-28
ASSURANCE-EMPLOI (AE).....	E-28
ATTESTATIONS DE REVENUS EXIGÉES	E-17
AVANTAGES ACCESSOIRES (« perks »)	E-6
BÉNÉFICES NON RÉPARTIS.....	E-4
COORDINATION DE L'INDEMNISATION AVEC L'ASSURANCE EN VIGUEUR	E-28
COORDINATION DES PRESTATIONS	E-28
DIVIDENDES	E-4
EXIGENCES FINANCIÈRES.....	E-18
EXIGENCES FINANCIÈRES – notes relatives à l'usage	E-20
FAILLITE.....	E-22
FRACTIONNEMENT DU REVENU	E-5
FRAIS D'ENTREPRISE.....	E-5
LIMITES COMBINÉES - directives d'usage	E-11
LIMITES DE REVENU	E-27
LIMITES DE SOUSCRIPTION	E-13
LIMITES DE SOUSCRIPTION – directives d'usage.....	E-10
LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION	E-7
LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION – assurance individuelle en cas d'invalidité	E-8
LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION – produits d'entreprise	E-9
LIMITES PARTICULIÈRES AUX ÉTUDIANTS	E-35
LIMITES PARTICULIÈRES AUX ÉTUDIANTS – notes	E-37
MODIFICATION COORDONNATRICE – ACCIDENTS DU TRAVAIL (CSPAAT).....	E-42
MODIFICATION COORDONNATRICE DE GROUPE OU D'ASSOCIATION	E-23
PRESTATIONS D'INVALIDITÉ EN UNE SOMME FORFAITAIRE	E-28
RÉGIME D'INDEMNITÉS POUR PERTE DE SALAIRE.....	E-40
RÉGIME DES RENTES DU QUÉBEC/DE PENSIONS DU CANADA	E-28
RETRAIT OU PRÉLÈVEMENT	E-3
RETRAIT OU PRÉLÈVEMENT D'ENTREPRISES CONSTITUÉES EN SOCIÉTÉ.....	E-3
RETRAIT OU PRÉLÈVEMENT D'ENTREPRISES NON CONSTITUÉES EN SOCIÉTÉ	E-4
REVENU – DÉTERMINATION DE L'ANNÉE DE REVENU À RETENIR.....	E-4
REVENU NON PROFESSIONNEL – effet sur l'assurance	E-38
REVENU NON PROFESSIONNEL ET VALEUR NETTE	E-38
REVENU PROFESSIONNEL	E-3
REVENU PROFESSIONNEL – détermination de l'année de revenu à retenir.....	E-4
REVENU PROFESSIONNEL – montant minimal requis pour l'assurance invalidité	E-6
REVENU PROFESSIONNEL – revenus non considérés comme revenu professionnel	E-5
REVENU PROFESSIONNEL AUX FINS DE L'ASSURANCE	E-3
SURASSURANCE.....	E-34
TARIFICATION FINANCIÈRE	E-2
TRANSFORMATION D'ASSURANCE IMPOSABLE ET NON IMPOSABLE	E-25
VALEUR NETTE – effet sur l'assurance	E-39

F. AUTRES DIRECTIVES DE TARIFICATION

COMPTE RENDU D'ENQUÊTE	F-2
ENTRETIENS SUR LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS (EAP)	F-2
EXIGENCES RELATIVES AUX ENQUÊTES	F-2
FORMULAIRES DE REMPLACEMENT	F-3
RAPPORT SUR LE DOSSIER DU CONDUCTEUR	F-2

G. CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES TOUCHANT LA TARIFICATION

ACTUELLEMENT INVALIDE OU REÇOIT DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ	G-5
AVIATION	G-4
DÉFINITION DE L'EMPLOI À TEMPS PLEIN ET À TEMPS PARTIEL	G-6
DÉFINITION DE NON-FUMEUR POUR ASSURANCE INVALIDITÉ	G-16
DIRECTIVES POUR LES PERSONNES NOUVELLEMENT À LEUR COMPTE	G-10
DIRECTIVES POUR LES PERSONNES TRAVAILLANT À DOMICILE	G-12
EMPLOI SAISONNIER	G-17
› 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	G-9
IMMIGRANTS	G-14
MARKETING AUPRÈS DES ASSOCIATIONS	G-2
MILITAIRES	G-15
PROGRAMME D'AIDE AU TRAVAIL INDÉPENDANT (ATI)	G-18
RÉSIDENCE ET VOYAGE À L'ÉTRANGER	G-7
SPORTS ET ACTIVITÉS EXTRAPROFESSIONNELLES	G-19

H. TARIFICATION DE GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

AVENANT DE PROLONGATION DE LA PROTECTION DE LA PROFESSION	
HABITUELLE – SÉRIE AVANT-GARDE	H-8
AVENANT DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	H-17
AVENANT RELATIF À LA DÉFINITION ÉLARGIE DE L'INVALIDITÉ – SÉRIE FONDATIONS (H884)	H-8
DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS (DMA) (H702)	H-2
INDEMNISATION MENSUELLE COMPLÉMENTAIRE (IMC)	H-4
INDEMNITÉ COMPLÉMENTAIRE POUR FRAIS GÉNÉRAUX (H721)	H-4
INDEMNITÉ D'HOSPITALISATION - SÉRIE AVANT-GARDE	H-9
INDEMNITÉS DÈS LE PREMIER JOUR D'HOSPITALISATION (H880)	H-9
INDEMNITÉS POUR INVALIDITÉ PARTIELLE	H-18
INDEMNITÉS POUR INVALIDITÉ QUANT À L'EXERCICE DE VOTRE PROPRE PROFESSION (H897)	H-7
INDEMNITÉS POUR INVALIDITÉ RÉSIDUELLE (Frais Généraux) (H856)	H-19
OPTION D'ASSURANCE ADDITIONNELLE FRAIS GÉNÉRAUX (OAAFG) (H862)	H-16
OPTION D'ASSURANCE ADDITIONNELLE REVENU FUTUR (OARF) (H899)	H-10
OPTION D'ASSURANCE ADDITIONNELLE REVENU FUTUR POUR LES JEUNES	
PROFESSIONNELS (OARF) (H1145)	H-12
OPTION D'ASSURANCE SUPPLÉMENTAIRE - ASSURANCE RACHAT	H-5
OPTION D'ASSURANCE SUPPLÉMENTAIRE - SÉRIE AVANT-GARDE	H-14
PROTECTION-RETRAITE (H945)	H-20
RAJUSTEMENT DES PRESTATIONS DE VIE CHÈRE	H-6

I. DIRECTIVES DE TARIFICATION DES PRODUITS D'ENTREPRISE

FRAIS GÉNÉRAUX D'ENTREPRISE (FGE)	I-6
PROTECTION PERSONNE CLÉ	I-13
PROTECTION PRÊT COMMERCIAL	I-11
RACHAT EN CAS D'INVALIDITÉ	I-2

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

ACTIVITÉS EXTRAPROFESSIONNELLES ET SPORTS	J-12
ADMINISTRATION DE LA POLICE MALADIE GRAVE	J-17
ÂGE À LA SOUSCRIPTION	J-5
AIDE-MÉMOIRE SUR L'ADMISSIBILITÉ	J-2
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX	J-7
ASSURANCE D'ENTREPRISE	J-11
AVENANT - AUGMENTATION SYSTÉMATIQUE DES PRESTATIONS	J-14
AVENANT - INDÉPENDANCE FONCTIONNELLE	J-15
AVENANT - REMBOURSEMENT DES PRIMES À L'ÉCHÉANCE	J-14
AVIATION	J-12
CATÉGORIES PROFESSIONNELLES	J-5
CRÉDIT DE REFONTE	J-18
DIFFÉRENCES ENTRE L'ASSURANCE INVALIDITÉ ET MALADIE GRAVE	J-9
DIFFÉRENCES ENTRE L'ASSURANCE VIE ET MALADIE GRAVE	J-9
DOSSIER DE CONDUITE	J-13
ENFANTS : DIRECTIVES RELATIVES À L'ASSURANCE POUR ENFANTS	J-12
EXIGENCES MÉDICALES	J-6
EXIGENCES MÉDICALES - NOTES	J-6
EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ	J-15
GARANTIES COMPLÉMENTAIRES	J-14
LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION	J-5
MODIFICATION COORDONNATRICE DE GROUPE OU D'ASSOCIATION	J-11
MODIFICATIONS DE POLICE	J-17
NON-FUMEUR : DÉFINITION	J-7
NOTE DE COUVERTURE	J-4
PROPOSITIONS À REMPLIR	J-4
RÉDACTION DE LA PROPOSITION	J-4
RÉDUCTION DE PRIMES	J-5
RÉEXAMEN DE RISQUE TARÉ	J-18
REFONTES ET AUGMENTATIONS	J-18
RÉGIME D'INDEMNITÉS POUR PERTE DE SALAIRE	J-11
REMISES EN VIGUEUR OU RÉEXAMEN DE RISQUE TARÉ	J-18
RÉSIDENCE ET VOYAGE À L'ÉTRANGER	J-13
RISQUE TARÉ	J-8
RISQUES PROFESSIONNELS	J-13
SAUVEGARDE DE L'ÂGE AU MOYEN D'UNE ANTIDATE	J-4
TARIFICATION FINANCIÈRE	J-10
TARIFICATION MÉDICALE	J-6
TAUX DE PRIMES	J-5

K. ADMINISTRATION DE LA POLICE

L. APPENDICE

M. INDEX

INTRODUCTION AUX DIRECTIVES DE TARIFICATION (04/04)

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 advenne 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.

Partout dans ce manuel, vous remarquerez des dates suivant le titre de chacune des sections. Celles-ci représentent la date de la mise à jour la plus récente de cette section particulière. Par exemple : « Les exigences médicales (04/03) » signifie que la dernière mise à jour de cette section a été en mars 2004.

RENSEIGNEMENTS SUR LES PRODUITS (04/04)

INDEX

POLICE EN CAS DE MALADIE GRAVE – SOMMAIRE	B-5
PRODUITS D'ENTREPRISE – SOMMAIRE.....	B-2
PRODUITS INDIVIDUELS EN CAS D'INVALIDITÉ – SOMMAIRE.....	B-3

SOMMAIRE – PRODUITS D’ENTREPRISE (04/04)

Régime et n° de régime	Période d’indemnisation (PI)	Catégorie professionnelle	Âge maximal à la souscription*	Délai de carence (DC)	Garanties complémentaires offertes**
Frais généraux d’entreprise (906)	15, 24 mois (IMC jusqu’au 180 ^e jour est également offerte avec l’avenant H721)	4A, 3A, 2A, A	60	15***, 30, 60 ou 90 jours ***DC de 15 jours n’est pas offert aux personnes dans la catégorie A	Avenant Indemnité complémentaire pour frais généraux (H721) Option d’assurance additionnelle Frais généraux - OAAFG (H862) Avenant des professionnels de la santé (H1134) Prolongation de la garantie invalidité partielle par suite de blessure ou de maladie (H782) OU Indemnités pour invalidité résiduelle (H856)
Rachat en cas d’invalidité	Règlement par mensualités ou provisionnement flexible	4A, 3A, 2A	60	360, 540, 720 jours	Option d’assurance supplémentaire (OAS)
Protection Prêt commercial (958, 958L)	Indemnisation périodique: 24 mois Indemnisation forfaitaire versée après 365, 540, 730 jours	4A, 3A, 2A, A (indemnisation forfaitaire non offerte aux personnes dans la catégorie A)	55	30, 60, 90 jours (indemnisation périodique) 365 jours (règlement en une somme forfaitaire après 365, 540, 730 jours)	Avenant des professionnels de la santé (H1134)
Protection personne clé (933)	12 mois	4A, 3A, 2A	55	60, 90 jours	Avenant des professionnels de la santé (H1134)

* Pour obtenir des renseignements sur les limites pour les risques « surâgés », veuillez vous reporter à la section Rédaction de la proposition et directives concernant la délivrance de la police.

** Pour obtenir tous les renseignements sur l’admissibilité, veuillez vous reporter à la section Tarification de garanties complémentaires.

SOMMAIRE – PRODUITS INDIVIDUELS EN CAS D'INVALIDITÉ (04/04)

Régime et n° de régime	Période d'indemnisation (PI)	Catégorie professionnelle	Âge maximal à la souscription*	Délai de carence (DC)	Garanties complémentaires offertes**
<p>Série Professions</p> <p>Primes nivelées (964)</p> <p>Taux progressif (965)</p>	<p>2 ans</p> <p>5 ans</p> <p>jusqu'à 65 ans</p>	4A, 3A, 2A	<p>60 ans pour les régimes à primes nivelées</p> <p>35 ans pour les régimes à taux progressifs</p>	<p>30, 60, 90, 120, 180, 365, 730*** jours</p> <p>***non offert avec une PI de 2 ans</p>	<p>Option d'assurance additionnelle Revenu futur - OAARF (H899)</p> <p>Option d'assurance additionnelle Revenu futur pour les jeunes professionnels - OAARF (H1145)</p> <p>Rajustement des prestations de vie chère (H1001)</p> <p>Indemnité pour invalidité quant à l'exercice de votre profession (H897)</p> <p>Décès et mutilation accidentels (H702)</p> <p>Indemnités dès le premier jour d'hospitalisation (H880)</p> <p>Avenant des professionnels de la santé (H1134 ou H1135 si la garantie H897 est incluse)</p> <p>Indemnisation mensuelle complémentaire (IMC)</p> <p>Protection-retraite (H945)</p>
<p>Quantum</p> <p>Primes nivelées (918)</p> <p>Taux progressifs (919)</p>	<p>2 ans</p> <p>5 ans</p> <p>jusqu'à 65 ans</p>	4A, 3A, 2A	<p>60 ans pour les régimes à primes nivelées</p> <p>35 ans pour les régimes à taux progressifs</p>	<p>30, 60, 90, 120, 180, 365, 730*** jours</p> <p>*** non offert avec une PI de 2 ans</p>	<p>Option d'assurance additionnelle Revenu futur - OAARF (H899)</p> <p>Rajustement des prestations de vie chère (H1006)</p> <p>Avenant des professionnels de la santé (H1136)</p> <p>Indemnisation mensuelle complémentaire (IMC)</p>

Régime et n° de régime	Période d'indemnisation (PI)	Catégorie professionnelle	Âge maximal à la souscription*	Délai de carence (DC)	Garanties complémentaires offertes**
Série Fondations Primes nivelées (966) Taux progressifs (967)	2 ans 5 ans jusqu'à 65 ans (PI de 10 ans également offerte aux personnes dans les catégories A et B seulement)	4A, 3A, 2A, A, B pour les régimes à primes nivelées 4A, 3A, 2A pour les régimes à taux progressifs	60 ans pour les régimes à primes nivelées 35 ans pour les régimes à taux progressifs	30, 60, 90, 120, 180, 365, 730*** jours *** non offert avec une PI de 2 ans	Option d'assurance additionnelle Revenu futur - OAARF (H899) Rajustement des prestations de vie chère (H1002) Avenant relatif à la définition élargie de l'invalidité (H884) Indemnités pour invalidité partielle de courte durée (H892) ou de longue durée (H893) Décès et mutilation accidentels (H702) Indemnités dès le premier jour d'hospitalisation (H880) Avenant des professionnels de la santé (H1134) Indemnisation mensuelle complémentaire (IMC) Protection-retraite (H945)
Série Avant-garde	2 ans 5 ans jusqu'à 65 ans	4A, 3A, 2A, A, B	60	30, 60, 90, 120, 180, 360, 720*** jours *** non offert avec une PI de 2 ans	Avenant d'indexation des prestations Option d'assurance supplémentaire Avenant d'assurance Invalidité partielle de courte durée ou de longue durée Avenant de prolongation de la protection de la profession habituelle Indemnités d'hospitalisation Indemnisation mensuelle complémentaire (IMC)
Protection-retraite (945)	10 ans (catégories A, B seulement) jusqu'à 65 ans (catégories 4A, 3A, 2A seulement)	4A, 3A, 2A, A, B	55	90 jours seulement	Avenant des professionnels de la santé (H1134)

* Pour obtenir des renseignements sur les limites d'assurance pour les risques « surâgés », veuillez vous reporter à la section Rédaction de la proposition et directives concernant la délivrance de la police.

** Pour obtenir tous les renseignements sur l'admissibilité, veuillez vous reporter à la section Tarification de garanties complémentaires.

SOMMAIRE – PRODUITS EN CAS DE MALADIE GRAVE (04/04)

Type de régime	Numéro de régime	Âge à la souscription
Temporaire 10 (irrévocable) transformable jusqu'à 65 ans, renouvelable jusqu'à 75 ans	936	18 – 64
Primes nivelées jusqu'à 65 ans (maintien garanti)	957	2 – 60
Primes nivelées jusqu'à 75 ans (maintien garanti)	959	2 – 65
Primes nivelées jusqu'à 75 ans (maintien garanti) avec ÉSG facultatif seulement	979	18 – 65
Primes nivelées jusqu'à 75 ans (irrévocable)	947	2 – 65
Primes nivelées jusqu'à 100 ans (irrévocable)	980	2 – 65

Garanties complémentaires	Âge à la souscription	Disponibilité
Avenant Remboursement des primes à l'échéance	2 – 60 sauf pour le régime Temporaire 10 (âges à la souscription : 18 – 60 ans)	Offert avec tous les régimes à l'exception du régime jusqu'à 100 ans – voir le Remboursement des primes au décès intégré à la police
Avenant Augmentation Systématique des prestations	2 – 45	Offert avec tous les régimes dont le montant assuré initial est de moins de 500 000 \$, à l'exception du régime Temporaire de 10 ans
Avenant Exonération des primes en cas d'invalidité	18 – 55	Offert avec tous les régimes
Avenant Indépendance fonctionnelle	18 – 55	Offert avec tous les régimes, à l'exception du régime Temporaire de 10 ans

RÉDACTION DE LA PROPOSITION ET DIRECTIVES CONCERNANT LA DÉLIVRANCE DE LA POLICE (04/05)

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	C-22
ÂGE À L'ÉTABLISSEMENT DE LA POLICE	C-9
ÂGES MINIMAL ET MAXIMAL À LA SOUSCRIPTION	C-15
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	C-13
AUTORISATION	C-4
COMPTE RENDU DU PRODUCTEUR	C-24
CONFIDENTIALITÉ (VOIR PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE)	C-23
DATATION	C-8
DÉLIVRANCE DE LA POLICE	C-20
DEUXIÈME PROPOSITION D'ASSURANCE	C-27
DOCUMENT LÉGAL	C-11
FORMULAIRES DE REMPLACEMENT ET DE DIVULGATION RELATIFS À L'AII ET MG	C-26
LIMITES POUR LES RISQUES « SURÂGÉS »	C-19
LISIBILITÉ	C-12
MANQUE DE TRANSPARENCE	C-10
MONTANT MINIMAL DE LA POLICE	C-16
NOMS	C-17
NOTE DE COUVERTURE	C-6
POLICE REFUSÉE	C-21
PRÉAVIS ET FICHE DE RENSEIGNEMENTS SUR LE BRM	C-14
PROFESSION ET TÂCHES	C-18
PROPOSITION	C-2
PROPOSITION ET RÉPONSES AUX QUESTIONS	C-3
PROPOSITION PRÉLIMINAIRE	C-29
PROPOSITIONS D'ÉSG ET PROPOSITIONS ENTIÈREMENT SOUSCRITES CONCORDANTES	C-5
PROPOSITIONS D'OAARF ET D'ÉSG CONCORDANTES	C-5
PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE	C-23
REMPLACEMENT	C-25
SIGNATURES	C-28

PROPOSITION (04/05)

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 producteur et non consignées dans la proposition n'imposent aucune obligation à la compagnie.

Une proposition d'assurance est valide pendant 120 jours.

PROPOSITIONS ET RÉPONSES AUX QUESTIONS (04/05)

- › Il est préférable que la proposition soit remplie au moment même de l'entretien du producteur avec le proposant.
- › Le producteur doit poser toutes les questions avec soin et les réponses doivent être inscrites entièrement.
- › La proposition peut être remplie au cours d'une conversation téléphonique entre le producteur et le proposant. Le producteur doit dûment remplir la proposition en enregistrant les réponses du proposant aux questions contenues dans la proposition. Ensuite, le producteur envoie la proposition à la personne à assurer/le titulaire proposé. Dès réception de la proposition, la personne à assurer/le titulaire proposé revoie la proposition, la signe en tant que personne à assurer/titulaire proposé et complète la première section des signatures. Un adulte non parent avec la personne à assurer/le titulaire proposé doit témoigner la signature de la personne à assurer/du titulaire proposé. La proposition est par la suite retournée au producteur qui signe et remplit la déclaration du producteur. Si une proposition est remplie par courrier, le producteur doit être autorisé dans la province ou le territoire où se trouve le proposant la date à laquelle celle-ci a été dûment remplie.
- › 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.

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 producteur n'est pas autorisé à réaliser des affaires à la date de rédaction de la proposition. De plus, nous ne pouvons pas accepter de proposition touchant un non-résident du Canada.

AUTORISATION (04/05)

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 (04/04)

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 courtier 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 courtier/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.

Nos directives stipulent qu'une refonte 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 refondre 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 l'agent 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 courtier, etc., nous respecterons sa demande.

PROPOSITIONS ENTIÈREMENT SOUSCRITES DÉPOSÉES EN VUE DE REFONDRE 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 refonte 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 (04/05)

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. Le chèque ou mandat-poste doit être fait à l'ordre de la Compagnie d'assurance vie RBC et perçu au moment de la proposition.

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
- › La déclaration du producteur a été signée par un producteur ou un agent autorisé.

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

- › Si le proposant répond « oui » à la question « 11a ou 11b de la partie 2 : Antécédents médicaux » dans la proposition, 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, de dépistage du VIH ou un examen paramédical 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, test de dépistage du VIH 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.

Exemples (dans l'hypothèse où l'acompte minimal est versé):

- › Lorsque le proposant a 53 ans et demande une indemnisation de 2 000 \$ par mois, il n'y a aucune exigence médicale d'office; la Note de couverture prend donc effet le jour de la proposition.
- › Lorsque le proposant a 35 ans et demande une indemnisation de 4 500 \$ par mois, nous exigeons d'office une analyse d'urine; la Note de couverture prend donc effet le jour du prélèvement de l'échantillon d'urine du client.

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.

Veuillez 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 refonte, 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.

Veuillez 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.

DATATION (04/04)

- › 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.
- › Après la date de la proposition, nous n'accepterons pas d'acompte pour une police dont la prime est payable sur délivrance.
- › Toutes les polices dont la prime est payable sur délivrance nécessiteront, avant leur délivrance, la signature d'une déclaration confirmant qu'il n'y a ni changement dans l'état de santé du proposant ni changement dans les réponses aux questions contenues dans la proposition.
- › 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 refontes seront datées de la date jusqu'à laquelle les primes de la police à refondre sont payées. À l'exception de l'assurance en cas de maladie grave (voir les Directives de tarification particulières à la police rétablissement d'une maladie grave), les propositions de refonte sont considérées comme des propositions prépayées, toute prime non courue étant considérée comme un acompte afférent à la nouvelle proposition. Les refontes 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.

ÂGE À L'ÉTABLISSEMENT DE LA POLICE (04/05)

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.

MANQUE DE TRANSPARENCE (04/05)

La non-déclaration de faits importants au moment de la proposition pose de graves difficultés sur le plan de la tarification.

Le manque de renseignements oblige le tarificateur à consacrer beaucoup de temps et de ressources pour faire en sorte que tous les renseignements pertinents sont obtenus avant de donner suite à la proposition d'assurance. Par conséquent, cette recherche de renseignements monopolise des ressources qui pourraient autrement être consacrées au traitement d'affaires de qualité. De plus, le manque de renseignements peut augmenter le risque, et toute omission significative remet en question la véracité des autres renseignements déclarés dans la proposition d'assurance. Pour empêcher cette pratique, les proposants qui omettent des renseignements importants verront leur proposition rejetée pour manque de transparence.

Avant que le rejet soit communiqué cependant, tous les cas d'omission de faits importants constatés au cours du processus de tarification seront vérifiés par un employé chevronné du Service de la tarification, de sorte à ce que tous reçoivent un traitement juste et uniforme.

DOCUMENT LÉGAL (95/06)

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 (99/10)

Les propositions 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. Les propositions tapées à la machine ou remplies avec des stylos différents sont inacceptables. On ne doit pas appliquer de liquide correcteur sur les réponses ni réécrire par-dessus. Une réponse trop longue pour l'espace prévu peut se poursuivre sur une feuille distincte, clairement identifiée, annexée à la proposition, ou bien poursuivie à la section Observations du producteur, et doit être signée et datée par le proposant.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (95/06)

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.

PRÉAVIS ET FICHE DE RENSEIGNEMENTS SUR LE BRM (95/06)

Le préavis et la fiche de renseignements sur le Bureau de renseignements médicaux (BRM) doivent être détachés de la proposition et remis au proposant lorsque la proposition est signée. Cela doit être fait dans tous les cas, même s'il n'est pas envisagé qu'un compte rendu d'enquête ou autre genre d'enquête soit mené au cours du processus de la tarification. Le préavis et la fiche de renseignements fournissent 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 (04/05)

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 (04/05)

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 \$.

RÉGIMES POLICES RÉTABLISSEMENT D'UNE MALADIE GRAVE

Le montant minimal d'une police en cas de maladie grave que nous établissons est de 10 000 \$. Une fois les exigences relatives au montant minimal de la police ont été satisfaites, les indemnités peuvent être majorées en tranches de 1 000 \$.

NOMS (04/05)

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. Veuillez inscrire sur la proposition, sous la rubrique Observations, tout changement de nom depuis la dernière proposition.

PROFESSION ET TÂCHES (95/06)

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 » (04/05)

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 producteur 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 (04/05)

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 producteur 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 producteur 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 producteur 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 producteur 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 producteur 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 producteur 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 producteur a reçu les exigences de délivrance satisfaites.

Peu importe la méthode de la délivrance, le producteur 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 (95/06)

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 (04/05)

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 refonte 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 refonte de police ou qu'un acompte accompagne la proposition, une Quittance et Note de couverture doit être utilisée, signée par le producteur 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 producteur et le nom du bénéficiaire du chèque ne peut pas être laissé en blanc.

Le producteur 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 producteur.

PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE (04/12)

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.

COMPTE RENDU DU PRODUCTEUR (95/06)

Le producteur doit 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 producteur ne peut pas omettre des données ou des faits qui peuvent sembler insignifiants. De plus, le producteur peut connaître des renseignements n'ayant pas été précisément demandés dans la proposition, tels que l'environnement à la maison ou au travail, les risques extraprofessionnels ou inhabituels au travail, etc., soit des renseignements qui pourraient influencer la décision du Service de la tarification. Ces renseignements devraient être inscrits sur la proposition. En grande partie, la qualité des affaires et le taux des demandes de règlement du producteur dépendront de ses propres normes de sélection. La Compagnie s'attend à ce que le producteur divulgue à la fois les caractéristiques favorables et défavorables du risque.

REPLACEMENT (95/06)

Les questions de la proposition portant sur le remplacement doivent dans tous les cas comporter des réponses. Le producteur 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 (05/03)

Province de Québec

Dans la province de Québec, les représentants d'assurance doivent dûment remplir les formulaires de remplacement lorsque la souscription à un contrat d'assurance entraînerait probablement la résiliation, l'annulation ou la réduction des prestations d'un autre contrat d'assurance vie individuelle, d'assurance individuelle en cas d'invalidité ou d'assurance en cas de maladie grave.

Cette disposition du Règlement sur l'exercice des activités des représentants du Québec s'applique à tous les représentants autorisés au Québec et s'applique lorsqu'un représentant complète une proposition dans la province de Québec, peu importe la province de résidence du proposant, du titulaire de police ou du producteur.

Les formulaires de remplacement doivent être soumis dans tous les cas, même si l'assurance remplacée a été établie auprès de notre compagnie. La soumission des formulaires de remplacement sera une exigence de tarification.

Province de Colombie-Britannique

Les formulaires de divulgation ont été conçus en vue d'être utilisés en Colombie-Britannique pour respecter la Loi visant des institutions financières de la Colombie-Britannique. La responsabilité revient au producteur de dûment remplir ce formulaire avec le client. Une copie de ce formulaire n'est pas considérée une exigence de tarification.

Province de Terre-Neuve

La province de Terre-Neuve exige que les formulaires de remplacement soient dûment remplis pour toutes les propositions d'assurance vie et d'assurance invalidité lorsque une assurance vie ou invalidité en vigueur a été ou sera probablement remplacée dans une période de six mois.

Cette exigence entre en pratique lorsqu'une assurance en vigueur est déchuë, rachetée, en tout ou en partie, retirée ou autrement résiliée, ainsi que changée ou modifiée d'une façon quelconque. De telles modifications comprennent le type d'assurance, sa valeur, les garanties ou la période durant laquelle le contrat existant continuera d'être en vigueur.

Cette exigence comprend également le remplacement des polices établies par le même assureur. Le remplacement ne comprend pas les conversions contractuelles. La province de Terre-Neuve n'exige pas de formulaires de remplacement pour l'assurance en cas de maladie grave.

DEUXIÈME PROPOSITION D'ASSURANCE (97/04)

Il arrive parfois de recevoir de nombreuses propositions du même proposant, par l'entremise de producteurs différents, 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 producteur 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 (04/05)

Les signatures authentiques du producteur, du proposant et du titulaire proposé, le cas échéant, doivent être apposées à la fois sur la proposition et sur l'autorisation. Toute imitation, par décalque ou autrement, est strictement interdite. Il importe que le producteur signe la proposition et qu'il inscrive son nom lisiblement en caractères d'imprimerie pour assurer le bon octroi du crédit de réalisation. Il est également essentiel d'indiquer la ville et la province où la proposition a été signée par le proposant et le titulaire proposé.

PROPOSITION PRÉLIMINAIRE (04/05)

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 (04/03)

INDEX

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (DMT)	D-14
EXIGENCES MÉDICALES, DÉTAILS	D-10
EXIGENCES MÉDICALES POUR ASSURANCE INVALIDITÉ.....	D-2
EXIGENCES MÉDICALES POUR ASSURANCE INVALIDITÉ, NOTES	D-6
EXIGENCES MÉDICALES POUR ASSURANCE MALADIE GRAVE	D-8
EXIGENCES MÉDICALES POUR ASSURANCE MALADIE GRAVE, NOTES.....	D-8
EXIGENCES MÉDICALES PROVENANT D'AUTRES COMPAGNIES	D-13
SERVICES PARAMÉDICAUX AGRÉÉS.....	D-12
SITUATIONS EXCEPTIONNELLES (investigation médicale supplémentaire requise).....	D-15

EXIGENCES MÉDICALES D'OFFICE POUR L'ASSURANCE INDIVIDUELLE EN CAS D'INVALIDITÉ (04/03)

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 L'ASSURANCE INDIVIDUELLE EN CAS D'INVALIDITÉ : veuillez vous reporter aux tableaux ci-dessous en tenant compte de la profession du proposant.

TABLEAU 1 : Tous les travailleurs autres que les professionnels de la santé

TABLEAU 2 : Chirugiens (chirugiens cardiologues, chirugiens généralistes, neurochirugiens, obstétriciens et gynécologues, ophtalmologues, chirugiens en orthopédie, oto-rhino laryngologues, chirugiens généralistes en pédiatrie, plasticiens, chirugiens thoraciques, urologues, spécialistes en chirurgie vasculaire), dentistes (y compris orthodontistes, périodontistes, endodontistes), chirugiens-dentistes (y compris les spécialistes en chirurgie maxillo-faciale), hygiénistes dentaires, assistantes dentaires.

TABLEAU 3 : Tous les autres médecins, podologues, podiatres, chiropristes, techniciens professionnels de laboratoire, infirmières/infirmiers autorisés, infirmières/infirmiers auxiliaires, inhalothérapeutes, spécialiste des troubles respiratoires, ambulanciers paramédicaux, acuponcteurs et acuponcteurs-médecins, massothérapeutes exerçant l'acuponcture, physiothérapeutes exerçant l'acuponcture, thérapeutes dentaires, denturologistes.

TABLEAUX 2 ET 3 TESTS REQUIS EN FONCTION DES LIMITES APPLICABLES AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Une analyse sanguine avec dépistage d'hépatite est requise pour les professionnels de la santé, selon les limites indiquées. Toute aggravation du risque pris en charge à l'égard des professionnels de la santé entraînera d'office les tests exigés selon les limites figurant dans ces tableaux. **Cette règle s'applique aux refontes, aux remplacements internes, aux modifications et aux remises en vigueur de police.** Si une analyse sanguine avec test de dépistage de l'hépatite a été effectuée, à notre demande, au cours des six derniers mois, un tel test n'est nécessaire que si le tarifificateur le demande. **Les limites concernant ces tests s'appliquent à tous les produits à l'exception de l'assurance en cas de maladie grave et Assurance Soins de longue durée.**

TABLEAU 1 : TOUS LES TRAVAILLEURS AUTRES QUE LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

INDEMNITÉ MENSUELLE			
ÂGE	URINE / VIH	URINE / VIH et PARA	SANG, URINE et PARA
18 - 50	2 501 \$ - \$6 000 \$	6 001 \$ - \$10 000 \$	Plus de 10 000 \$
51 - 60 et les surâgés	S/O	S/O	Plus de 2 500 \$

SOMME FORFAITAIRE (à l'exception de l'assurance en cas de maladie grave)			
ÂGE	URINE / VIH	URINE / VIH et PARA	SANG, URINE et PARA
18 - 50	100 001 \$ - 200 000 \$ (équivalent mensuel entre 2 777 \$ - 5 555 \$ avec le facteur d'équivalence 36)	200,001 \$ - 400,000 \$ (équivalent mensuel entre 5 556 \$ et 11 111 \$, avec le facteur d'équivalence 36)	Plus de 400 000 \$ (équivalent mensuel de plus de 11 111 \$, avec le facteur d'équivalence 36)
51 - 60 et les surâgés	S/O	S/O	Plus de 100 000 \$ (équivalent mensuel de plus de 2 777 \$, avec le facteur d'équivalence 36)

TABLEAU 2 :

Chirurgiens (chirurgiens cardiologues, chirurgiens généralistes, neurochirurgiens, obstétriciens et gynécologues, ophtalmologues, chirurgiens en orthopédie, oto-rhino laryngologues, chirurgiens généralistes en pédiatrie, plasticiens, chirurgiens thoraciques, urologues, spécialistes en chirurgie vasculaire), dentistes (y compris orthodontistes, périodontistes, les endodontistes), chirurgiens-dentistes (y compris spécialistes en chirurgie maxillo-faciale), hygiénistes dentaires, assistants dentaires.

Note : Le dépistage de l'hépatite au moyen d'une analyse sanguine est obligatoire à 0 \$ pour ce groupe de professionnels de la santé.

INDEMNITÉ MENSUELLE		
ÂGE	SANG, HÉPATITE et URINE	SANG, HÉPATITE, URINE et PARA
18 - 50	0 - 6 000 \$	Plus de 6 000 \$
51 - 60 et les surâgés	0 - 2 500 \$	Plus de 2 500 \$

SOMME FORFAITAIRE (à l'exception de l'assurance en cas de maladie grave)		
ÂGE	SANG, HÉPATITE et URINE	SANG, HÉPATITE, URINE et PARA
18 - 50	0 - 200 000 \$	Plus de 200 000 \$
51 - 60 et les surâgés	0 - 100 000 \$	Plus de 100 000 \$

TABLEAU 3 :

Tous les autres médecins, podologues, podiatres, chiropodistes, techniciens professionnels de laboratoire, infirmières/infirmiers autorisés, infirmières/infirmiers auxiliaires, inhalothérapeutes, spécialiste des troubles respiratoires, ambulanciers paramédicaux, acuponcteurs et acuponcteurs-médecins, massothérapeutes exerçant l'acuponcture, physiothérapeutes exerçant l'acuponcture, thérapeutes dentaires, denturologistes.

Une analyse d'urine/un test de dépistage du VIH sont requis à 0 \$ et un test de dépistage de l'hépatite est requis à 4 001 \$ pour ce groupe de professionnels de la santé. Pour les proposant ayant une assurance en vigueur pour laquelle ils n'ont pas subi d'analyse sanguine aux fins du dépistage de l'hépatite B/C, le montant de cette assurance en vigueur doit être ajouté au montant d'assurance actuellement demandé, et ce, afin de déterminer les tests ou les examens qui doivent être effectués.

INDEMNITÉ MENSUELLE			
ÂGE	URINE / VIH	SANG, HÉPATITE et URINE	SANG, HÉPATITE, URINE et PARA
18 - 50	0 - 4 000 \$	4 001 \$ - 6 000 \$	Plus de 6 000 \$
51 - 60 et les surâgés	0 - 2 500 \$	S/O	Plus de 2 500 \$

SOMME FORFAITAIRE (à l'exception de l'assurance en cas de maladie grave)			
ÂGE	URINE / VIH	SANG, HÉPATITE et URINE	SANG, HÉPATITE, URINE et PARA
18 - 50	0 - 150 000 \$	150 001 \$ - 200 000 \$	Plus de 200 000 \$
51 - 60 et les surâgés	0 - 100 000 \$	S/O	Plus de 100 000 \$

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

- › Une analyse d'urine/un test de dépistage du VIH, une analyse sanguine, un test de dépistage d'hépatite, un examen paramédical et un examen médical effectués par un médecin sont considérés à jour s'ils remontent à moins de six mois.
- › Un électrocardiogramme (ECG) est considéré à jour s'il remonte à moins d'un an.
- › 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/test de dépistage du VIH, examen paramédical, analyse sanguine) faisant en sorte que nous établissions 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. Exception : voir la note ci-dessus au sujet des tests requis en fonction des limites applicables aux professionnels de la santé.

Exemples :

Un proposant de 37 ans n'étant pas un professionnel de la santé a une assurance de 2 000 \$/mois en vigueur, établie de façon standard, sans attestation médicale. Le proposant demande maintenant une augmentation de 1 500 \$/mois. Exigence actuelle : analyse d'urine/test de dépistage du VIH (le total considéré étant de 3 500 \$/mois).

Un proposant de 37 ans n'étant pas un professionnel de la santé a une assurance de 2 800 \$/mois en vigueur, établie de façon standard après satisfaction des exigences d'office (analyse d'urine/test de dépistage du VIH) au moment de la tarification. La proposition d'assurance actuelle est pour 500 \$/mois. Exigence actuelle : aucune (le total considéré étant de 500 \$/mois).

- › 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.
- › 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 le proposant dépose une proposition d'assurance en cas de maladie grave et d'assurance individuelle en cas d'invalidité, veuillez vous reporter à la fois au tableau des exigences médicales pour assurance en cas de maladie grave et au tableau des exigences médicales pour assurance individuelle en cas d'invalidité afin de déterminer les exigences médicales globales. Les exigences d'office du plus haut niveau s'appliquent.

Exemples :

Un menuisier de 57 ans dépose une proposition d'assurance invalidité de 2 000 \$ et d'assurance en cas de maladie grave de 200 000 \$. Exigences médicales actuelles : analyse sanguine, analyse d'urine, examen paramédical et un ÉCG (le total étant considéré d'après les exigences pour maladie grave).

- › 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.

EXIGENCES MÉDICALES D'OFFICE POUR ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE (voir les notes ci-dessous concernant les exigences pour maladie grave) (04/01)

ÂGE	SANG, URINE, PARA	SANG, URINE, PARA ET ÉCG	SANG, URINE, EXAMEN ET ÉCG
18 - 40	Plus de 249 999 \$	S/O	S/O
41 - 50	100 001 \$ - 250 000 \$	Plus de 250 000 \$	S/O
51 - 55	25 001 \$ - 100 000 \$	Plus de 100 000 \$	S/O
56 - 60	0 - 100 000 \$	Plus de 100 000 \$	S/O
61 - 65	S/O	0 - 250 000 \$	Plus de 250 000 \$

NOTES CONCERNANT LES EXIGENCES MÉDICALES POUR L'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

- › Une analyse d'urine/un test de dépistage du VIH, une analyse sanguine, un test de dépistage d'hépatite, un examen paramédical, un examen médical effectué par un médecin sont considérés à jour s'ils remontent à moins de six mois.
- › Un électrocardiogramme (ÉCG) est considéré à jour s'il remonte à moins d'un an.
- › MONTANT TOTAL D'ASSURANCE

Comprend :

- › Le montant d'assurance maladie grave demandé; **plus**
- › Le montant de tout avenant Augmentation systématique des prestations demandé; **plus**
- › Le montant de toute assurance maladie grave établie, y compris le montant de tout avenant Augmentation systématique des prestations et de toute assurance d'Établissement standard garanti, 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 l'assurance en cas de maladie grave pour obtenir le montant total d'assurance, aux fins de l'établissement des exigences médicales.
- › **Il n'y a pas d'exigences médicales d'office pour les personnes de 17 ans et moins**, toutefois, au cours du processus de la tarification des exigences pourraient être demandées selon les réponses fournies dans la proposition.
- › 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.

Exemple :

Une personne de 45 ans a une assurance en cas de maladie grave en vigueur de 200 000 \$ comportant l'avenant Augmentation systématique des prestations, établie de façon standard; au moment de la soumission de la proposition, une analyse sanguine, une analyse d'urine, un examen paramédical et un ÉCG ont été soumis. Il a maintenant déposé une proposition d'assurance additionnelle de 100 000 \$ en cas de maladie grave. Exigences médicales actuelles : aucunes.

- › Si le proposant dépose une proposition d'assurance en cas de maladie grave et d'assurance individuelle en cas d'invalidité, veuillez vous reporter à la fois au tableau des exigences médicales pour assurance en cas de maladie grave et au tableau des exigences médicales pour assurance individuelle en cas d'invalidité afin de déterminer les exigences médicales globales. Les exigences systématiques du plus haut niveau s'appliquent.

Exemple :

Un chirurgien cardiologue de 42 ans dépose une proposition d'assurance en cas de maladie grave de 200 000 \$ et d'assurance individuelle en cas d'invalidité de 3 000 \$ par mois. Exigences médicales : une analyse sanguine avec dépistage de l'hépatite, une analyse d'urine et un examen paramédical (en fonction à la fois des exigences d'assurance invalidité (AI) à l'intention des professionnels de la santé et du tableau des exigences pour assurance en cas de maladie grave).

- › Le test de dépistage de l'hépatite n'est pas considéré une exigence médicale d'office pour l'assurance en cas de maladie grave, à moins que la proposition d'assurance soit déposée conjointement avec une proposition d'assurance invalidité, qui exige d'office un test de dépistage de l'hépatite.

DÉTAILS CONCERNANT LES EXIGENCES MÉDICALES (04/03)

Analyse d'urine/test de dépistage du VIH (04/01)

L'analyse d'urine/le test de dépistage du VIH comprennent tous les tests d'urine, ainsi qu'un test de dépistage des anticorps du VIH-1;

Dépistage des anticorps du VIH-1 - indication de l'infection transmise par le virus de l'immunodéficience humaine de type 1;

Analyse d'urine (04/01)

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 (04/01)

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; indication de diabète;

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

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

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

Fructosamine - mesure du sucre dans le sang; indication de diabète, d'affection du pancréas et du foie;

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

HgbA1C - n'est effectuée que si le taux de glucose et de fructosamine est élevé; 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;

Un échantillon d'urine (HOS) 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.

Pour obtenir des résultats encore plus fiables, nous suggérons que le proposant soit à jeun depuis au moins 12 heures au moment du test.

Dépistage de l'hépatite (99/10)

Prélèvement sanguin par piqûre intraveineuse pour déceler l'antigène de surface de l'hépatite B et les anticorps de l'hépatite C.

Examen paramédical (PARA) (99/10)

Examen effectué par une infirmière d'un service paramédical agréé, qui prélève les échantillons de sang et d'urine et note les antécédents médicaux. Cette infirmière remplit également les sections du rapport du médecin examinateur portant sur le poids, la taille, le pouls et la tension artérielle du proposant ainsi que sur le test d'urine sur bandelette réactive.

Examen médical (99/10)

Examen effectué par un médecin, qui prend note des antécédents médicaux et remplit le rapport du médecin examinateur.

ÉCG (04/01)

Électrocardiogramme à 12 dérivations, effectué par une infirmière ou un médecin.

Fonctions vitales (04/01)

Examen effectué par une infirmière d'un service paramédical agréé, qui enregistre la taille, le poids, le pouls et la pression artérielle du proposant.

SERVICES PARAMÉDICAUX AGRÉÉS (04/01)

Service de la tarification de qualité/Bodimetric Profiles

Hooper Holmes / Portamedic

Groupe Santé Médisys

ExamOne Canada

Tous les tests ou examens rattachés aux exigences médicales doivent être effectués par le personnel d'un service paramédical agréé. À moins d'être une exigence médicale, on ne doit avoir recours à un examen par un médecin qu'en l'absence de tels services, seulement si le tarificateur l'approuve au préalable ou si le tarificateur demande précisément un examen par un médecin. Un examen médical par le médecin traitant, un membre de la famille ou un associé en affaires du proposant est inacceptable.

EXIGENCES MÉDICALES PROVENANT D'AUTRES COMPAGNIES (04/01)

Nous accepterons les résultats d'autres compagnies si leurs exigences sont conformes aux nôtres et si les résultats obtenus remontent à moins de six mois de la date de la proposition d'assurance. Si vous désirez obtenir des renseignements d'autres compagnies, veuillez l'indiquer dans la section Observations de la proposition et le tarificateur s'adressera directement à la compagnie en question.

Nous ne sommes pas en mesure d'accepter tout examen paramédical provenant d'une autre compagnie si notre proposition est une assurance en cas de maladie grave.

DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (DMT) (04/01)

Si le tarificateur le juge utile, d'après les renseignements dont il dispose, il peut exiger une déclaration du ou des médecins traitants.

Les déclarations des médecins traitants sont demandées directement par notre bureau. Les formulaires Déclaration du médecin traitant nous ayant été acheminés par le producteur ou le proposant ne sont pas admissibles.

SITUATIONS EXCEPTIONNELLES (04/01)

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 (04/03)

INDEX

AGRICULTEURS - LIMITES DE SOUSCRIPTION PARTICULIÈRES	E-29
AGRICULTEURS - notes concernant les limites de souscription particulières aux agriculteurs.	E-31
ASSURANCE CRÉANCE	E-28
ASSURANCE-EMPLOI (AE).....	E-28
ATTESTATIONS DE REVENUS EXIGÉES	E-17
AVANTAGES ACCESSOIRES (« perks »)	E-6
BÉNÉFICES NON RÉPARTIS.....	E-4
COORDINATION DE L'INDEMNISATION AVEC L'ASSURANCE EN VIGUEUR	E-28
COORDINATION DES PRESTATIONS	E-28
DIVIDENDES	E-4
EXIGENCES FINANCIÈRES	E-18
EXIGENCES FINANCIÈRES - notes relatives à l'usage	E-20
FAILLITE	E-22
FRACTIONNEMENT DU REVENU	E-5
FRAIS D'ENTREPRISE.....	E-5
LIMITES COMBINÉES - directives d'usage.....	E-11
LIMITES DE REVENU	E-27
LIMITES DE SOUSCRIPTION	E-13
LIMITES DE SOUSCRIPTION - directives d'usage	E-10
LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION	E-7
LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION - assurance individuelle en cas d'invalidité	E-8
LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION - produits d'entreprise	E-9
LIMITES PARTICULIÈRES AUX ÉTUDIANTS	E-35
LIMITES PARTICULIÈRES AUX ÉTUDIANTS - notes	E-37
MODIFICATION COORDONNATRICE - ACCIDENT DU TRAVAIL (CSPAAT)	E-42
MODIFICATION COORDONNATRICE DE GROUPE OU D'ASSOCIATION	E-23
PRESTATIONS D'INVALIDITÉ EN UNE SOMME FORFAITAIRE	E-28
RÉGIME D'INDEMNITÉS POUR PERTE DE SALAIRE.....	E-40
RÉGIME DES RENTES DU QUÉBEC/DE PENSIONS DU CANADA	E-28
RETRAIT OU PRÉLÈVEMENT	E-3
RETRAIT OU PRÉLÈVEMENT D'ENTREPRISES CONSTITUÉES EN SOCIÉTÉ.....	E-3
RETRAIT OU PRÉLÈVEMENT D'ENTREPRISES NON CONSTITUÉES EN SOCIÉTÉ	E-4
REVENU - DÉTERMINATION DE L'ANNÉE DE REVENU À RETENIR	E-4
REVENU NON PROFESSIONNEL - effet sur l'assurance.....	E-38
REVENU NON PROFESSIONNEL ET VALEUR NETTE	E-38
REVENU PROFESSIONNEL	E-3
REVENU PROFESSIONNEL - détermination de l'année de revenu à retenir	E-4
REVENU PROFESSIONNEL - montant minimal requis pour l'assurance invalidité	E-6
REVENU PROFESSIONNEL - revenus non considérés comme revenu professionnel	E-5
REVENU PROFESSIONNEL AUX FINS DE L'ASSURANCE.....	E-3
SURASSURANCE.....	E-34
TARIFICATION FINANCIÈRE	E-2
TRANSFORMATION D'ASSURANCE IMPOSABLE ET NON IMPOSABLE	E-25
VALEUR NETTE - effet sur l'assurance	E-39

TARIFICATION FINANCIÈRE (04/03)

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 (04/02)

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 (04/02)

- › Pour un **employé** au service de tout genre d'entreprise (sans participation), le revenu professionnel comprend le salaire, les gratifications (voir **note**), les commissions (montant net après la déduction des dépenses d'emploi), les cotisations (ajustement de la pension figure à la ligne 206 du T1 ou dans la case 52 du T4) 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 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.

Nota : 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 (04/02)

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 (04/02)

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 (04/02)

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 (95/06)

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 (04/02)

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 (04/04)

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 (04/02)

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 et/ou les enfants travaillent **moins de 20 heures** par semaine dans l'entreprise; **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 bénéficiaires 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.

* Une considération individuelle peut être accordée aux enfants à charge de plus de 18 ans s'ils sont des étudiants à temps plein, les heures travaillées dans l'entreprise cumulées au cours d'une année reviennent à moins de 20 heures par semaine et ils y sont par ailleurs admissibles en fonction des critères établis ci-dessus.

FRAIS D'ENTREPRISE (95/06)

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 (04/04)

Les revenus suivants ne sont pas considérés comme un revenu professionnel : les prestations de retraite, les allocations familiales, les prestations du Bien-être social, les prestations de l'assurance-emploi, les prestations de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT), les dividendes, les intérêts provenant de sommes investies, le revenu de location (à moins que la profession principale du proposant soit bailleur et propriétaire foncier), les redevances, les gains en capital, la pension alimentaire, les paiements par suite d'une séparation, les paiements pour soutien d'un enfant, le revenu d'un régime d'épargne-retraite, les bénéficiaires non répartis, les allocations du coût en capital, les déductions pour amortissement*, les frais de voiture déduits aux fins de l'impôt à titre de frais professionnels ou d'entreprise, le remboursement au propriétaire de prêts consentis à des actionnaires, les prestations d'option d'achat d'actions, les rémunérations versées à un conjoint ou à un enfant travaillant au moins 20 heures par semaine dans l'entreprise, les prestations touchées d'une assurance automobile sans égard à la responsabilité, les indemnités de départ ou de retraite anticipée. Cette liste n'est pas exhaustive, mais contient néanmoins les sources de revenus les plus courantes d'un proposant.

Tout revenu non déclaré à l'Agence du revenu du Canada (travail au noir, par exemple), ou tout revenu provenant de l'exercice de quelque activité illégale, est aussi exclu du revenu assurable.

* Reportez-vous à la section Limites de souscription particulières aux agriculteurs pour la seule exception à cette règle.

AVANTAGES ACCESSOIRES (« PERKS ») (05/03)

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.

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 (04/01)

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 (04/03)

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 établirons.

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 proposant surâgés et les restrictions du régime qui s'appliquent.

ASSURANCE INVALIDITÉ INDIVIDUELLE - TABLEAU DES LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION (03/06)

Catégorie 4A	Âge	Limite de souscription pour All	Limite combinée	Participation
Non imposable	18 - 55	25 000 \$*	35 000 \$	35 000 \$
	56 - 60	10 000 \$ non combinée 15 000 \$ combinée	25 000 \$	10 000 \$ 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 \$**
	56 - 60	10 000 \$ non combinée 15 000 \$ combinée	25 000 \$	10 000 \$ 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)

* Une considération individuelle sera accordée aux demandes de souscription pour un montant se chiffrant jusqu'à 35 000 \$ par mois pour les cas autrement établis de façon standard, sous réserve d'un besoin certain par suite d'une étude compréhensive de toute la documentation financière pour les deux derniers exercices complets, y compris l'évaluation intégrale du revenu non professionnel et de la valeur nette. Dans ces cas, la limite maximale de participation demeurera 35 000 \$ ou 50 000 \$, d'après le tableau ci-dessus.

** S'applique aux propositions de groupes de personnes assurées qui font partie d'une offre d'ÉSG auprès de nous, autrement participation seulement.

Catégories 3A à B	Âge	Limite de souscription et de participation All
3A	18 - 55	15 000 \$
	56 - 60	6 000 \$
	61 - 63	6 000 \$
2A	18 - 55	7 000 \$
	56 - 60	3 000 \$
	61 - 63	3 000 \$
A	18 - 55	5 000 \$
	56 - 60	2 500 \$
	61 - 63	2 500 \$ police de la série Fondations ou Avant-garde seulement
B	18 - 55	3 500 \$
	56 - 60	1 500 \$
	61 - 63	1 500 \$ police de la série Fondations ou Avant-garde seulement

PRODUITS D'ENTREPRISE – TABLEAU DES LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION (04/03)

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 * 20 000 \$	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	Indemnisation périodique ***		Somme forfaitaire****	
	4A	10 000 \$		250 000 \$	
	3A	8 000 \$		250 000 \$	
	2A	6 000 \$		250 000 \$	
A	5 000 \$		non offerte à la catégorie A		
Protection Personne clé 18 - 55 ans	Catégories 4A, 3A, 2A seulement		1/12 du salaire annuel du proposant, jusqu'à concurrence de 15 000 \$		

* Les montants excédant 20 000 \$, jusqu'à concurrence de 30 000 \$, seront considérés individuellement, sous réserve d'une justification financière et de l'approbation du Service de la tarification du dossier complet.

** 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.

EXPLICATION DU TABLEAU DES LIMITES DE SOUSCRIPTION (04/02)

La **Colonne A** donne le montant d'assurance offert avec un délai de carence (DC) de 30, 60 ou 90 jours, lorsque l'on doit prévoir un rajustement en fonction de l'assurance-emploi (AE).

La **Colonne B** donne le montant d'assurance offert avec un délai de carence (DC) de 120 jours ou plus, lorsque l'on doit prévoir un rajustement en fonction de l'assurance-emploi (AE).

La **Colonne C** donne le montant d'assurance offert avec n'importe quel délai de carence (DC), dans les cas où il n'est pas nécessaire de prévoir un rajustement en fonction de l'assurance-emploi (AE).

La **Colonne D** remplace la colonne C dans les situations où les limites combinées s'appliquent - voir les Directives concernant les limites combinées. Lorsque l'on doit prévoir un rajustement en fonction de l'assurance-emploi, reportez-vous à la colonne B pour connaître le minimum requis avec un délai de carence (DC) de 120 jours. La différence entre les colonnes D et B serait offerte avec un délai de carence de 30, 60 ou 90 jours.

Nous considérons approprié d'interpoler entre les marges établies dans le tableau. Chacune des bandes de revenu reflète un palier de revenu, mais ne fournit qu'un seul montant assuré à ce palier de revenu. Par conséquent, si le revenu d'une personne figure au bas du palier, il est approprié de modifier le montant d'assurance demandé de sorte à ce qu'il corresponde davantage au montant offert au palier de revenu suivant.

Exemple :

Pour le palier de revenu entre 100 000 \$ et 109 999 \$, la limite de souscription non imposable offerte est de 4 425 \$/mois. À 110 000 \$, nous offrons 4 725 \$/mois; nous nous attendons à ce que le palier devant être interpolé soit le suivant (arrondi au 25 \$ près après l'interpolation) :

Formule : $(4\,725\ \$ - 4\,425\ \$) / 10 = 30\ \$$ x chaque tranche de mille dollars de revenu dépassant 100 000 \$.

Revenu	Limite de souscription non imposable
100 000 \$	4 425 \$
103 000 \$	4 500 \$
106 000 \$	4 600 \$
109 000 \$	4 700 \$

DIRECTIVES CONCERNANT LES LIMITES COMBINÉES (05/02)

Les limites combinées permettent à certaines personnes d'obtenir un montant total plus élevé d'assurance invalidité en souscrivant à une assurance individuelle conjointement avec une assurance collective invalidité de longue durée (ILD) en vigueur.

- › **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.
- › **Régimes offerts** : séries Professions et Fondations seulement
- › **Les limites combinées sont offertes aux professions suivantes des catégories 4A et 3A** : comptables (CA, CMA, CGA), actuaires, architectes, propriétaires d'entreprise, professionnels de l'informatique, consultants, ingénieurs, cadres supérieurs (selon les directives au Tableau des professions), employés de bureau, optométristes, médecins, avocats et notaires (au Québec). Les membres des professions ci-dessus qui sont classifiés 3A en appliquant les directives relatives au rehaussement de catégorie ont également droit aux limites combinées.
- › **Situations d'emploi non admissibles** : sans égard à leur profession ou à leur catégorie professionnelle, les limites combinées ne sont pas offertes aux travailleurs à temps partiel, aux contractuels, aux travailleurs à domicile (personnes travaillant à la maison), aux travailleurs saisonniers ou aux travailleurs nouvellement à leur compte.
- › **Assurance collective minimale** : afin d'être admissible aux limites combinées, un proposant doit avoir une assurance collective ILD en vigueur. L'assurance collective peut être auprès de nous ou d'un autre assureur. Le proposant doit maintenir son assurance collective ILD en vigueur. **L'assurance d'association n'est pas considérée une assurance collective ILD** et ne permet pas à une personne d'être admissible aux limites combinées.
- › **Modification de groupe** : toutes les polices établies en vertu des limites combinées comprendront 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. Cette modification devra être signée sur livraison de la police. Aucun rabais n'est offert avec cette modification de groupe.
- › **Réduction** : Tout proposant ayant une assurance établie en vertu des directives concernant les limites combinées est admissible à une réduction sélecte de 15 % (réduction sélecte n° D09285-01). Sur demande, la réduction sera appliquée aux autres polices en vigueur de la personne assurée, à l'exception des régimes inadmissibles à la réduction sélecte (par ex. Maladie grave). Lorsque la réduction sélecte est appliquée aux autres polices en vigueur de la personne assurée, la modification affichera la date courante et ne s'appliquera qu'aux primes payables à l'avenir.
- › **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 ou est employé par la compagnie à qui l'ÉSG avait été offert;
 - › L'offre d'ÉSG donnait droit aux limites combinées;
 - › Une assurance collective ILD demeure en vigueur.

Si le proposant ne fait plus partie du groupe ou n'a plus d'assurance collective ILD 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 :

- 1) **Les polices établies originalement avec des limites combinées, sous réserve de ce qui suit :**
 - › Une assurance collective ILD demeure en vigueur.
- 2) **Les titulaires de polices qui sont maintenant admissibles aux limites combinées selon nos directives actuelles sur l'usage des limites combinées.**
- 3) **Les titulaires de polices ESG 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 ou est employée par la compagnie à qui l'ESG avait été offert;
 - › L'offre d'ESG donnait droit aux limites combinées;
 - › Une assurance collective ILD demeure en vigueur.

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

› OAARF, limites combinées et modifications de groupe :

- 1) **Les polices établies originalement avec les limites combinées 10/99 ou 05/00 :** Ces polices devraient comprendre la modification de groupe 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.
- 2) **Les polices établies sans modification de groupe :** Pour les polices établies originalement avec des limites non combinées ou avec des limites combinées du début des années 1990, nous accorderons des 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.
- 3) **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 ou les limites combinées du début des années 1990, nous accorderons des limites combinées à l'OAARF actuelle, si la personne assurée y est admissible, tel qu'il est indiqué ci-dessus. La version de la modification coordonnatrice de groupe/d'association ne changera pas. Toutefois, si la police comprend la modification coordonnatrice de groupe/d'association précisant un montant de rajustement, le montant sera modifié au besoin.

LIMITES DE SOUSCRIPTION - sous réserve des limites de souscription et de participation (04/03)

	Non imposable				Imposable			
Revenu professionnel net annuel	Colonne A	Colonne B	Colonne C	Colonne D	Colonne A	Colonne B	Colonne C	Colonne D
	Avec A-E Indemnité avec un DC de 30, 60, 90 jours	Avec A-E Indemnité avec un DC de 120 jours	Sans A-E Indemnité avec tout DC	Limites combinées*	Avec A-E Indemnité avec un DC de 30, 60, 90 jours	Avec A-E Indemnité avec un DC de 120 jours	Sans A-E Indemnité avec tout DC	Limites combinées*
12 000 - 12 999	400	450	850	850	400	450	850	850
13 000 - 13 999	425	475	900	900	425	500	925	925
14 000 - 14 999	425	500	925	925	450	525	975	975
15 000 - 15 999	450	550	1 000	1 000	550	550	1 100	1 100
16 000 - 17 999	475	575	1 050	1 050	575	575	1 150	1 150
18 000 - 19 999	500	650	1 150	1 150	625	650	1 275	1 275
20 000 - 21 999	525	725	1 250	1 250	675	725	1 400	1 400
22 000 - 23 999	550	800	1 350	1 350	725	800	1 525	1 525
24 000 - 25 999	575	875	1 450	1 450	800	875	1 675	1 675
26 000 - 27 999	600	950	1 550	1 550	875	950	1 825	1 825
28 000 - 29 999	625	1 025	1 650	1 650	950	1 025	1 975	1 975
30 000 - 32 999	675	1 100	1 775	1 775	1 000	1 100	2 100	2 100
33 000 - 35 999	725	1 175	1 900	1 900	1 050	1 175	2 225	2 225
36 000 - 37 999	750	1 275	2 025	2 025	1 075	1 275	2 350	2 350
38 000 - 39 999	800	1 325	2 125	2 125	1 225	1 325	2 550	2 550
40 000 - 43 999	900	1 350	2 250	2 250	1 425	1 350	2 775	2 775
44 000 - 47 999	1 075	1 325	2 400	2 400	1 725	1 325	3 050	3 050
48 000 - 51 999	1 300	1 300	2 600	2 600	2 075	1 300	3 375	3 375
52 000 - 55 999	1 525	1 300	2 825	2 825	2 400	1 300	3 700	3 700
56 000 - 59 999	1 750	1 275	3 025	3 025	2 675	1 275	3 950	3 950
60 000 - 64 999	1 975	1 275	3 250	3 250	2 950	1 275	4 225	4 225
65 000 - 69 999	2 175	1 250	3 425	3 425	3 275	1 250	4 525	4 525
70 000 - 74 999	2 375	1 225	3 600	3 600	3 575	1 225	4 800	4 800
75 000 - 79 999	2 525	1 225	3 750	3 750	3 875	1 225	5 100	5 100
80 000 - 89 999	2 725	1 200	3 925	3 925	4 200	1 200	5 400	5 400
90 000 - 99 999	2 975	1 175	4 150	4 150	4 750	1 175	5 925	5 925
100 000 - 109 999	3 275	1 150	4 425	4 425	5 275	1 150	6 425	6 425
110 000 - 119 999	3 575	1 150	4 725	4 800	5 875	1 150	7 025	7 100
120 000 - 129 999	3 875	1 125	5 000	5 175	6 425	1 125	7 550	7 800
130 000 - 139 999	4 150	1 125	5 275	5 550	6 925	1 125	8 050	8 500
140 000 - 149 999	4 450	1 100	5 550	5 925	7 450	1 100	8 550	9 150
150 000 - 159 999	4 725	1 100	5 825	6 300	7 975	1 100	9 075	9 825

*Certaines restrictions s'appliquent. Veuillez vous reporter à la section « Directives concernant les limites combinées ».

LIMITES DE SOUSCRIPTION - sous réserve des limites de souscription et de participation (04/03)

	Non imposable				Imposable			
Revenu professionnel net annuel	Colonne A	Colonne B	Colonne C	Colonne D	Colonne A	Colonne B	Colonne C	Colonne D
	Avec A-E Indemnité avec un DC de 30, 60, 90 jours	Avec A-E Indemnité avec un DC de 120 jours	Sans A-E Indemnité avec tout DC	Limites combinées*	Avec A-E Indemnité avec un DC de 30, 60, 90 jours	Avec A-E Indemnité avec un DC de 120 jours	Sans A-E Indemnité avec tout DC	Limites combinées*
160 000 - 169 999	5 075	1 100	6 175	6 675	8 475	1 100	9 575	10 500
170 000 - 179 999	5 350	1 100	6 450	7 050	8 950	1 100	10 050	11 250
180 000 - 189 999	5 650	1 075	6 725	7 425	9 400	1 075	10 475	12 000
190 000 - 199 999	5 800	1 075	6 875	7 800	9 850	1 075	10 925	12 700
200 000 - 209 999	6 000	1 075	7 075	8 175	10 150	1 075	11 225	13 400
210 000 - 219 999	6 200	1 075	7 275	8 550	10 575	1 075	11 650	14 225
220 000 - 229 999	6 450	1 075	7 525	8 925	11 200	1 075	12 275	15 050
230 000 - 239 999	6 650	1 075	7 725	9 300	11 550	1 075	12 625	15 900
240 000 - 249 999	6 900	1 050	7 950	9 675	11 900	1 050	12 950	16 600
250 000 - 259 999	7 100	1 050	8 150	10 050	12 300	1 050	13 350	17 325
260 000 - 269 999	7 275	1 050	8 325	10 425	12 775	1 050	13 825	18 050
270 000 - 279 999	7 500	1 050	8 550	10 800	13 150	1 050	14 200	18 750
280 000 - 289 999	7 725	1 050	8 775	11 150	13 525	1 050	14 575	19 400
290 000 - 299 999	7 975	1 050	9 025	11 500	13 900	1 050	14 950	20 075
300 000 - 309 999	8 175	1 050	9 225	11 850	14 300	1 050	15 350	20 750
310 000 - 319 999	8 350	1 050	9 400	12 275	14 675	1 050	15 725	21 400
320 000 - 329 999	8 525	1 050	9 575	12 700	15 050	1 050	16 100	22 050
330 000 - 339 999	8 700	1 050	9 750	13 100	15 425	1 050	16 475	22 700
340 000 - 349 999	8 875	1 050	9 925	13 475	15 800	1 050	16 850	23 350
350 000 - 359 999	9 050	1 050	10 100	13 800	16 125	1 050	17 175	24 000
360 000 - 369 999	9 225	1 050	10 275	14 150	16 475	1 050	17 525	24 650
370 000 - 379 999	9 425	1 050	10 475	14 500	16 825	1 050	17 875	25 300
380 000 - 389 999	9 600	1 050	10 650	14 850	17 200	1 050	18 250	25 950
390 000 - 399 999	9 775	1 050	10 825	15 200	17 525	1 050	18 575	26 550
400 000 - 409 999	9 975	1 025	11 000	15 500	17 925	1 025	18 950	27 150
410 000 - 419 999	10 150	1 025	11 175	15 875	18 325	1 025	19 350	28 000
420 000 - 429 999	10 325	1 025	11 350	16 250	18 650	1 025	19 675	28 750
430 000 - 439 999	10 500	1 025	11 525	16 625	18 950	1 025	19 975	29 500
440 000 - 449 999	10 675	1 025	11 700	17 000	19 300	1 025	20 325	30 300
450 000 - 459 999	10 850	1 025	11 875	17 375	19 625	1 025	20 650	31 000
460 000 - 469 999	11 025	1 025	12 050	17 750	19 975	1 025	21 000	31 750
470 000 - 479 999	11 200	1 025	12 225	18 125	20 300	1 025	21 325	32 400

*Certaines restrictions s'appliquent. Veuillez vous reporter à la section « Directives concernant les limites combinées ».

LIMITES DE SOUSCRIPTION - sous réserve des limites de souscription et de participation (04/03)

	Non imposable				Imposable			
Revenu professionnel net annuel	Colonne A	Colonne B	Colonne C	Colonne D	Colonne A	Colonne B	Colonne C	Colonne D
	Avec A-E Indemnité avec un DC de 30, 60, 90 jours	Avec A-E Indemnité avec un DC de 120 jours	Sans A-E Indemnité avec tout DC	Limites combinées*	Avec A-E Indemnité avec un DC de 30, 60, 90 jours	Avec A-E Indemnité avec un DC de 120 jours	Sans A-E Indemnité avec tout DC	Limites combinées*
480 000 - 489 999	11 375	1 025	12 400	18 500	20 625	1 025	21 650	33 050
490 000 - 499 999	11 550	1 025	12 575	18 875	20 950	1 025	21 975	33 650
500 000 - 509 999	11 725	1 025	12 750	19 250	21 325	1 025	22 350	34 375
510 000 - 519 999	11 900	1 025	12 925	19 700	21 675	1 025	22 700	34 900
520 000 - 529 999	12 075	1 025	13 100	19 950	22 025	1 025	23 050	35 425
530 000 - 539 999	12 250	1 025	13 275	20 250	22 325	1 025	23 350	35 950
540 000 - 549 999	12 425	1 025	13 450	20 600	22 675	1 025	23 700	36 475
550 000 - 559 999	12 600	1 025	13 625	20 900	23 000	1 025	24 025	36 975
560 000 - 569 999	12 775	1 025	13 800	21 125	23 350	1 025	24 375	37 475
570 000 - 579 999	12 950	1 025	13 975	21 375	23 675	1 025	24 700	37 975
580 000 - 589 999	13 125	1 025	14 150	21 650	24 025	1 025	25 050	38 475
590 000 - 599 999	13 300	1 025	14 325	21 900	24 350	1 025	25 375	38 975
600 000 - 609 999	13 475	1 025	14 500	22 200	24 700	1 025	25 725	39 475
610 000 - 619 999	13 650	1 025	14 675	22 450	25 000	1 025	26 025	39 975
620 000 - 629 999	13 825	1 025	14 850	22 650	25 325	1 025	26 350	40 450
630 000 - 639 999	14 000	1 025	15 025	22 850	25 650	1 025	26 675	40 925
640 000 - 649 999	14 175	1 025	15 200	23 050	25 975	1 025	27 000	41 400
650 000 - 659 999	14 350	1 025	15 375	23 275	26 275	1 025	27 300	41 875
660 000 - 669 999	14 525	1 025	15 550	23 500	26 625	1 025	27 650	42 350
670 000 - 679 999	14 700	1 025	15 725	23 750	26 925	1 025	27 950	42 825
680 000 - 689 999	14 875	1 025	15 900	24 000	27 250	1 025	28 275	43 300
690 000 - 699 999	15 050	1 025	16 075	24 250	27 550	1 025	28 575	43 775
700 000 - 709 999	15 225	1 025	16 250	24 475	27 900	1 025	28 925	44 225
710 000 - 719 999	15 400	1 025	16 425	24 725	28 200	1 025	29 225	44 675
720 000 - 729 999	15 575	1 025	16 600	25 000	28 550	1 025	29 575	45 150
730 000 - 739 999	15 750	1 025	16 775	25 250	28 850	1 025	29 875	45 625
740 000 - 749 999	15 925	1 025	16 950	25 425	29 175	1 025	30 200	46 100
750 000 - 759 999	16 100	1 025	17 125	25 625	29 525	1 025	30 550	46 550
760 000 - 769 999	16 275	1 025	17 300	25 725	29 875	1 025	30 900	46 675
770 000 - 779 999	16 450	1 025	17 475	25 825	30 225	1 025	31 250	46 800
780 000 - 789 999	16 650	1 025	17 675	25 925	30 550	1 025	31 575	46 925
790 000 - 799 999	16 800	1 025	17 825	26 025	30 875	1 025	31 900	47 050
800 000 - 809 999	17 000	1 025	18 025	26 125	31 225	1 025	32 250	47 175

*Certaines restrictions s'appliquent. Veuillez vous reporter à la section « Directives concernant les limites combinées ».

LIMITES DE SOUSCRIPTION - sous réserve des limites de souscription et de participation (04/03)

	Non imposable				Imposable			
Revenu professionnel net annuel	Colonne A	Colonne B	Colonne C	Colonne D	Colonne A	Colonne B	Colonne C	Colonne D
	Avec A-E Indemnité avec un DC de 30, 60, 90 jours	Avec A-E Indemnité avec un DC de 120 jours	Sans A-E Indemnité avec tout DC	Limites combinées*	Avec A-E Indemnité avec un DC de 30, 60, 90 jours	Avec A-E Indemnité avec un DC de 120 jours	Sans A-E Indemnité avec tout DC	Limites combinées*
810 000 - 819 999	17 175	1 025	18 200	26 225	31 600	1 025	32 625	47 550
820 000 - 829 999	17 350	1 025	18 375	26 325	31 925	1 025	32 950	47 675
830 000 - 839 999	17 525	1 025	18 550	26 425	32 275	1 025	33 300	47 800
840 000 - 849 999	17 700	1 025	18 725	26 500	32 625	1 025	33 650	47 925
850 000 - 859 999	17 875	1 025	18 900	26 575	32 975	1 025	34 000	48 050
860 000 - 869 999	18 050	1 025	19 075	26 650	33 325	1 025	34 350	48 175
870 000 - 879 999	18 225	1 025	19 250	26 725	33 650	1 025	34 675	48 300
880 000 - 889 999	18 400	1 025	19 425	26 800	34 000	1 025	35 025	48 425
890 000 - 899 999	18 575	1 025	19 600	26 875	34 350	1 025	35 375	48 550
900 000 - 909 999	18 750	1 025	19 775	26 950	34 700	1 025	35 725	48 675
910 000 - 919 999	18 925	1 025	19 950	27 025	35 025	1 025	36 050	48 800
920 000 - 929 999	19 100	1 025	20 125	27 100	35 375	1 025	36 400	48 925
930 000 - 939 999	19 275	1 025	20 300	27 175	35 700	1 025	36 725	49 050
940 000 - 949 999	19 450	1 025	20 475	27 225	36 025	1 025	37 050	49 175
950 000 - 959 999	19 625	1 025	20 650	27 275	36 375	1 025	37 400	49 300
960 000 - 969 999	19 800	1 025	20 825	27 325	36 700	1 025	37 725	49 425
970 000 - 979 999	19 975	1 025	21 000	27 375	37 050	1 025	38 075	49 550
980 000 - 989 999	20 150	1 025	21 175	27 425	37 375	1 025	38 400	49 675
990 000 - 999 999	20 325	1 025	21 350	27 475	37 700	1 025	38 725	49 800
1 000 000 - 1 099 999	20 500	1 025	21 525	27 550	38 100	1 025	39 125	50 000
1 100 000 - 1 199 999	22 575	1 025	23 600	29 500	42 275	1 025	43 300	50 000
1 200 000 - 1 299 999	24 450	1 025	25 475	31 100	46 025	1 025	47 050	50 000
1 300 000 - 1 399 999	26 125	1 025	27 150	32 575	48 975	1 025	50 000	50 000
1 400 000 - 1 499 999	27 625	1 025	28 650	33 800	48 975	1 025	50 000	50 000
1 500 000 - 1 599 999	28 950	1 025	29 975	34 775	48 975	1 025	50 000	50 000
1 600 000 - 1 699 999	30 125	1 025	31 150	35 000	48 975	1 025	50 000	50 000
1 700 000 - 1 799 999	31 125	1 025	32 150	35 000	48 975	1 025	50 000	50 000
1 800 000 - 1 899 999	31 950	1 025	32 975	35 000	48 975	1 025	50 000	50 000
1 900 000 - 1 999 999	32 700	1 025	33 725	35 000	48 975	1 025	50 000	50 000
2 000 000 - 2 099 999	33 375	1 025	34 400	35 000	48 975	1 025	50 000	50 000
2 100 000	33 975	1 025	35 000	35 000	48 975	1 025	50 000	50 000

*Certaines restrictions s'appliquent. Veuillez vous reporter à la section « Directives concernant les limites combinées ».

ATTESTATIONS DE REVENUS EXIGÉES (05/02)

Vous trouverez ci-dessous le tableau des documents financiers à présenter comme attestation de revenus aux fins de l'étude par le Service de la tarification. Des documents financiers doivent toujours accompagner la proposition, sauf dans les cas suivants :

Police Quantum (à l'exception des agriculteurs) : Aucun document financier n'est exigé d'office pour les polices Quantum, à moins que l'assurance en vigueur et l'assurance à l'étude excèdent 3 000 \$ par mois*. Toutefois, nous recommandons de présenter les documents financiers pour nous aider à déterminer le montant approprié d'assurance. Une attestation de revenus est exigée au moment d'une demande de règlement.

Police de la série Avant-garde (à l'exception des agriculteurs) : Aucun document financier n'est exigé d'office pour les polices de la série Avant-garde, à moins que l'assurance en vigueur et l'assurance à l'étude excèdent 3 000 \$ par mois*. Toutefois, nous recommandons de présenter les documents financiers pour nous aider à déterminer le montant approprié d'assurance. Une attestation de revenus est exigée au moment de la soumission d'une demande de règlement.

Police Frais généraux d'entreprise (FGE) : Aucun document financier n'est exigé d'office pour les propositions distinctes d'assurance FGE, à moins que l'assurance en vigueur et l'assurance à l'étude excèdent 3 000 \$ par mois*, ou pour les professionnels sélectionnés de la catégorie 4A, à moins que l'assurance en vigueur et l'assurance à l'étude excèdent 10 000 \$ par mois*. Les professionnels sélectionnés de la catégorie 4A comprennent : les comptables (CA, CGA, CMA seulement), actuaires, architectes, avocats, podologues, ingénieurs professionnels, notaires (au Québec), optométristes, ostéopathes, pharmaciens, médecins et chirurgiens, orthodontistes, podiatres, psychologues titulaires d'un doctorat. Une attestation de revenus et dépenses est requise au moment de la soumission d'une demande de règlement.

Le Service de la tarification se réserve le droit de demander toute attestation financière qu'il juge nécessaire pour évaluer avec précision l'admissibilité d'un proposant à l'assurance.

* À la condition que cette documentation ne soit pas également requise pour tout autre type d'assurance présentement à l'étude.

TABLEAU DES EXIGENCES FINANCIÈRES (05/02)

ASSURANCE INDIVIDUELLE EN CAS D'INVALIDITÉ (Y COMPRIS LA PROTECTION-RETRAITE, LA PROTECTION PRÊT COMMERCIAL ET LA PROTECTION PERSONNE CLÉ) * VOIR LES EXCEPTIONS INDIQUÉES CI-DESSOUS

Situation professionnelle	Assurance à l'étude et en vigueur de moins de 11 000 \$ (somme forfaitaire de 400 000 \$)	Assurance à l'étude et en vigueur d'au moins 11 000 \$ (somme forfaitaire d'au moins 400 001 \$)
Employé, aucune part de l'entreprise	T4 or **T1	T4 + **T1
Employé ayant des déductions de frais d'entreprise ou un employé touchant une commission déduisant des frais d'emploi	**T1	T4 + **T1
Propriétaire/actionnaire d'une entreprise constituée en société	T4 ou **T1 + état des résultats de l'entreprise (agriculteurs : **T1 + état des résultats)	T4 + **T1 + ***États financiers complets d'entreprise
Propriétaire/actionnaire d'une entreprise constituée en société déduisant des frais sur la déclaration de revenus des particuliers	**T1 + état des résultats de l'entreprise	**T1 + ***États financiers complets d'entreprise
Professionnel, propriétaire ou associé d'entreprise non constituée en société (voir la note 6)	**T1 + état des résultats de l'entreprise	**T1 + ***États financiers complets d'entreprise
Agriculteur non constitué en société (voir la note 10)	**T1	**T1

** T1 se rapporte à toutes les pages jusqu'à la ligne 260 inclusivement de la déclaration d'impôt fédéral sur le revenu T1 Générale la plus récente.

*** L'état financier d'entreprise comprend l'état des résultats (l'état de profits et pertes), le bilan et les notes de la dernière fin d'exercice complet.

*** EXCEPTION POUR LES CADRES DE LA CATÉGORIE 4A FAISANT PARTIE D'UN GROUPE :**

Cadres 4A - Faisant partie d'un groupe d'au moins 3 personnes	Tous les montants d'assurance
Employé, ne détient aucune part de l'entreprise	Recensement ou lettre comportant l'en-tête de l'entreprise, signé par un cadre concerné de la société, suivi de son titre. Le document doit comprendre un compte rendu de toutes les données du proposant, soit le salaire, les gratifications et toute autre rémunération reçue au cours des 2 dernières années. Si le document original n'est pas disponible ou n'est pas soumis, un cadre concerné de la société et non un producteur ou un proposant peut soumettre le recensement par courriel.
Propriétaire/actionnaire de société - sa part des profits de l'entreprise n'est pas nécessaire pour justifier l'indemnité demandée	Correspond à ce qui précède, en plus le recensement ou la lettre doit également énoncer qu'aux fins de l'impôt sur le revenu des sociétés, l'entreprise n'a subi aucune perte nette avant impôt au cours des deux derniers exercices.
Propriétaire/actionnaire de société - sa part des profits de l'entreprise est nécessaire pour justifier l'indemnité demandée	Correspond à la catégorie « Employé, ne détient aucune part de l'entreprise », en plus de l'état des résultats de l'entreprise de la dernière fin d'exercice complet.

ASSURANCE FRAIS GÉNÉRAUX D'ENTREPRISE****

Structure de l'entreprise	Documents requis, peu importe le montant
Professionnel, propriétaire ou associé d'entreprise non constituée en société	**T1 et état des résultats de l'entreprise
Propriétaire/actionnaire d'une entreprise constituée en société	**T1 et état des résultats de l'entreprise

** T1 se rapporte à toutes les pages jusqu'à la ligne 260 inclusivement de la déclaration d'impôt fédéral sur le revenu T1 Générale la plus récente.

**** À la condition que cette documentation ne soit pas requise pour tout autre type d'assurance présentement à l'étude, aucun document financier de routine n'est requis pour les propositions d'assurance Frais généraux d'entreprise, à l'exception de ce qui suit :

- › Dans les cas où l'assurance en vigueur et l'assurance à l'étude excèdent 3 000 \$ par mois. Une attestation de revenus et dépenses est requise au moment de la soumission d'une demande de règlement.
- › Pour les professionnels sélectionnés de la catégorie 4A, à moins que l'assurance en vigueur et l'assurance à l'étude excèdent 10 000 \$ par mois. Les professionnels sélectionnés de la catégorie 4A comprennent : les comptables (CA, CGA, CMA seulement), les actuaires, les architectes, podologues, ingénieurs professionnels, notaires (au Québec), optométristes, ostéopathes, pharmaciens, médecins et chirurgiens, orthodontistes, podiatres, psychologues titulaires d'un doctorat. Une attestation de revenus et frais est requise au moment de la soumission d'une demande de règlement.

POLICE RACHAT EN CAS D'INVALIDITÉ

Structure de l'entreprise	Assurance à l'étude (500 000 \$ ou moins)	Assurance à l'étude (plus de 500 000 \$)
Professionnel, propriétaire ou associé d'entreprise non constituée en société (voir la note 6)	**T1 et états financiers complets d'entreprise*** des deux dernières années	**T1 et états financiers complets d'entreprise*** des deux dernières années
Propriétaire/actionnaire d'une entreprise constituée en société	**T1 ou T4 et états financiers complets d'entreprise*** des deux dernières années	**T1 + T4 et états financiers complets d'entreprise des deux dernières années

** T1 se rapporte à toutes les pages jusqu'à la ligne 260 inclusivement de la déclaration d'impôt fédéral sur le revenu T1 Générale la plus récente.

*** L'état financier d'entreprise comprend l'état des résultats (l'état de profits et pertes), le bilan et les notes de la dernière fin d'exercice complet.

NOTES AFFÉRENTES À TOUS LES TABLEAUX DES EXIGENCES FINANCIÈRES

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. Par exemple : après le 15 mai 2004, nous exigeons le relevé T4 et la déclaration T1 de 2003 de l'employé qui désire souscrire à une assurance individuelle en cas d'invalidité de 12 000 \$ par mois.
2. **** T1** se rapporte à toutes les pages jusqu'à la ligne 260 inclusivement de la déclaration d'impôt fédéral sur le revenu T1 Générale la plus récente.
3. ******* Les états financiers d'entreprise comprennent généralement les documents suivants : l'état des résultats (états des profits et pertes), le bilan et toutes les notes.
4. Le propriétaire de ferme peut être constitué ou non en société. Dans tous cas, nous avons besoin de la déclaration de revenus T1 Générale et pour ce qui est de l'agriculteur constitué en société, nous avons également besoin de l'état des résultats de l'entreprise. Veuillez vous reporter à la section Limites de souscription particulières aux agriculteurs dans les Directives pour obtenir des renseignements supplémentaires.
5. Les professionnels rémunérés à l'acte comprennent les suivants : actuaires, ingénieurs-conseils, avocats, optométristes, dentistes, vétérinaires et médecins, etc.
6. L'entreprise non constituée en société peut présenter les formulaires suivants de l'Agence du revenu du Canada au lieu des états financiers d'entreprise :
 - a) Professionnels : État des résultats des activités d'une profession libérale – T2032.
 - b) Propriétaires d'entreprise : État des résultats des activités d'une entreprise – T2124.
7. 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 section Limites particulières aux étudiants pour obtenir des renseignements supplémentaires.
8. 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.
9. **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.
10. Veuillez vous reporter aux Limites de souscription particulières aux agriculteurs. Si le proposant peut recourir à la méthode particulière de rajustement du revenu professionnel net des agriculteurs, une attestation de 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 :
 - a) 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.
 - b) Agriculteur constitué en société : Annexe 8 Déduction pour amortissement (DPA) pour l'exercice fiscal faisant l'objet de la tarification.
11. 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.

POINTS PARTICULIERS DE LA TARIFICATION FINANCIÈRE

FAILLITE (99/10)

Si le proposant a des antécédents de faillite pour laquelle il n'a pas été libéré, nous devons refuser l'assurance. S'il a été libéré après une seule faillite, l'assurance peut être considérée moyennant un DC d'au moins 90 jours et une période d'indemnisation de courte durée, 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.

Le montant de l'assurance offerte peut aussi être limité.

MODIFICATION COORDONNATRICE DE GROUPE/D'ASSOCIATION (A670) (04/01)

Cette modification 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 assujetti 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.

RÉDUCTION DE PRIME :

Pour les nouvelles polices, si le montant à déduire est de 1 000 \$ par mois ou plus, ou le montant intégral de la police, et si l'assurance de groupe ILD ou d'association déduite prévoit une période d'indemnisation de plus d'un an, une réduction de prime de 10 % est appliquée à toute la police. Si le montant à déduire est de moins de 1 000 \$ par mois ou si l'assurance de groupe ILD ou d'association prévoit une période d'indemnisation d'un an ou moins, aucune réduction de prime ne sera appliquée. Aucune réduction n'est offerte si l'assurance de groupe ou d'association consiste en une assurance invalidité de courte durée.

Exemple :

Le proposant a le droit de souscrire une assurance de 6 000 \$ par mois, d'après nos limites de souscription. Le montant des prestations de l'assurance collective en vigueur est de 3 500 \$ par mois et l'assurance à l'étude est de 5 000 \$ par mois, pour un total de 8 500 \$ par mois. Nous approuverons l'assurance moyennant une modification coordonnatrice, puis la déclaration signée indiquerait que la déduction s'appliquerait à la somme de 2 500 \$ par mois, qui correspond à l'excédant de l'assurance totale sur la limite de souscription du proposant de 6 000 \$. La prime pour la prestation mensuelle entière de 5 000 \$ est réduite de 10 %.

CESSATION DE L'ASSURANCE DE GROUPE 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 de groupe 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 de groupe 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 de groupe 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.

La réduction de prime n'est pas offerte si la modification de groupe est annexée par suite d'une modification de la police ou de sorte à exercer une OAARF au titre d'une police en vigueur.

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 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. 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.

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 une 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 de groupe 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 groupe ou d'association n'est plus en vigueur.

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 de groupe/d'association, nous réduirons le montant du rajustement en conséquence.

DIRECTIVES CONCERNANT LA TRANSFORMATION DE L'ASSURANCE IMPOSABLE ET NON IMPOSABLE (INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE) (04/04)

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 COLLECTIVE 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 collective 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 collective 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 1 650 \$ d'assurance non imposable
4. $1\,650 \$ - 1\,275 \$ = 375 \$$ d'assurance additionnelle non imposable

Exemple 2: le proposant touche un revenu de 90 000 \$ et a une assurance collective 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 4 150 \$ d'assurance non imposable
4. $4\,150 \$ - 3\,850 \$ = 300 \$$ d'assurance additionnelle non imposable

TRANSFORMATION D'UNE ASSURANCE COLLECTIVE 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 collective 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 collective 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 2 775 \$ d'assurance imposable
4. $2\,775\ \$ - 1\,250\ \$ = 1\,525\ \$$ d'assurance additionnelle imposable toujours disponible

Exemple 4 : le proposant a une assurance collective 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 5 400 \$ d'assurance imposable
4. $5\,400\ \$ - 2\,857\ \$ = 2\,543\ \$$ d'assurance additionnelle imposable toujours disponible

LIMITES DE REVENU (04/01)

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 (04/02)

ASSURANCE-EMPLOI (A-E) (04/02)

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 120 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 (97/04)

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 (04/02)

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 (04/02)

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 (04/02)

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 (04/02)

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 seulement. 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) 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 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.

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 2 500 \$ 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 1 250 \$ 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 1 500 \$ 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 750 \$ 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 2 000 \$ 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 1 000 \$ 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 500 \$ 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 (04/01)

- › 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.
- › 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.)

Nota : 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.

Nota : 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 2 500 \$ par mois comportant un DC de 30 jours et une PI jusqu'à l'âge de 65 ans, en plus d'une IMC de 1 250 \$ par mois comportant une PI de 2 ans. Un producteur d'œufs au Nouveau-Brunswick serait admissible à une indemnisation de 2 000 \$ 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 1 500 \$ par mois comportant un DC de 30 jours et une PI jusqu'à l'âge de 65 ans, en plus d'une IMC de 750 \$ par mois comportant une PI de 2 ans. Un éleveur bovin au Nouveau-Brunswick serait admissible à une indemnité de 1 000 \$ par mois comportant un DC de 30 jours et une PI jusqu'à l'âge de 65 ans, en plus d'une IMC de 500 \$ 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 2 500 \$ par mois comportant un DC de 30 jours et une PI jusqu'à l'âge de 65 ans, en plus d'une IMC de 1 250 \$ par mois comportant une PI de 2 ans. Un producteur d'œufs au Nouveau-Brunswick serait admissible à une indemnisation de 2 000 \$ 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 \$ + 15 % = 32 200 \$.)

Pour un éleveur bovin résidant dans une province quelconque, l'indemnisation maximale offerte, selon le revenu professionnel de 32 200 \$, serait de 1 775 \$ 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 ($58\ 000 \$ + 15 \% = 66\ 700 \$$). Ce montant permettrait une indemnisation de 3 425 \$ 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 ($38\ 000 \$ + 15 \% = 43\ 700 \$$). Ce montant permettrait une indemnisation de 2 250 \$ 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 ($30\ 000 \$ + 15 \% = 34\ 500 \$$).

Le revenu tiré de l'exploitation agricole comprenant les avantages accessoires et le revenu salarié sont additionnés ($34\ 500 \$ + 14\ 000 \$ = 48\ 500 \$$) pour déterminer le total du revenu professionnel du proposant. Ce montant permet une indemnisation de 2 600 \$ par mois et une PI jusqu'à l'âge de 65 ans, quelle que soit sa province de résidence.

SURASSURANCE (04/03)

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.

LIMITES PARTICULIÈRES AUX ÉTUDIANTS (05/02)

Les indemnités suivantes sont offertes sans justification de revenu aux membres de certaines professions :

Profession	Montant de la prestation	Admissibilité à la modification Définition élargie du revenu préinvalidité* contrat de la série Professions seulement
Actuaires, A.S.A., F.S.A. En début ou en première année de pratique	3 500 \$	*DRP - autre
Architectes En début ou en première année de pratique En stage Dernière année d'études	3 000 \$ 2 500 \$ 2 000 \$	*DRP - autre *DRP - autre *DRP - autre
Avocats, Notaires (Québec seulement) En début ou en première année de pratique En stage Dernière année d'études	2 500 \$ 1 500 \$ 1 000 \$	*DRP - autre *DRP - autre *DRP - autre
Chiropodistes En début ou en première année de pratique Dernière année d'études	3 500 \$ 1 500 \$	*DRP - autre *DRP - autre
Chiropraticiens En début ou en première année de pratique Dernière année d'études	2 000 \$ 1 000 \$	non offert non offert
Comptables (CA, CGA, CMA seulement) En début ou en première année de pratique En stage Dernière année d'études	3 500 \$ 3 500 \$ 2 000 \$	*DRP - autre *DRP - autre *DRP - autre
Dentistes (y compris les endodontistes, périodontistes, chirurgiens buccaux, chirurgiens maxillo-faciaux, etc., à l'exception des orthodontistes, tel qu'il est indiqué ci-dessous.) En début ou en première année de pratique Internes/Résidents Étudiants en troisième et en quatrième année de dentisterie	2 000 \$ 1 500 \$ 1 000 \$	non offert non offert non offert
Étudiants visant l'obtention d'une Maîtrise en administration des affaires (MBA) ou titulaires d'une MBA (voir les notes ci-dessous pour les restrictions et les facteurs particuliers de tarification) Au cours des 12 premiers mois après obtention du diplôme Étudiants en deuxième année Étudiants en première année	2 500 \$ 2 500 \$ 1 500 \$	non offert non offert non offert
Ingénieurs professionnels (voir notes) En début ou en première année de pratique Dernière année d'études Étudiants en troisième année	3 000 \$ 2 000 \$ 1 000 \$	*DRP - autre *DRP - autre *DRP - autre
Médecins Spécialistes en début ou en première année de pratique (voir notes) Autres médecins 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	7 500 \$ 6 000 \$ 5 000 \$ 3 500 \$ 2 500 \$ 2 500 \$ 1 500 \$ 1 000 \$	*DRP - autre *DRP - autre *DRP - MED *DRP - MED *DRP - MED *DRP - MED *DRP - MED *DRP - MED

Profession	Montant de la prestation	Admissibilité à la modification Définition élargie du revenu préinvalidité* contrat de la série Professions seulement
Optométristes En début ou en première année de pratique Dernière année d'études Étudiants en troisième année Étudiants en deuxième année	3 500 \$ 2 000 \$ 1 500 \$ 1 000 \$	*DRP - autre *DRP - autre *DRP - autre *DRP - autre
Orthodontistes En début ou en première année de pratique Résidents Internes – voir dentistes Étudiants en troisième et en quatrième année de dentisterie – voir dentistes	4 000 \$ 3 000 \$	*DRP - autre *DRP - autre
Ostéopathes En début ou en première année de pratique Dernière année d'études	2 500 \$ 1 500 \$	*DRP - autre *DRP - autre
Pharmaciens En début ou en première année de pratique Étudiants en troisième et en quatrième année d'études	2 000 \$ 1 000 \$	*DRP - autre *DRP - autre
Physiothérapeutes En début ou en première année de pratique	1 500 \$	non offert
Podiatres En début ou en première année de pratique Dernière année d'études	3 500 \$ 1 500 \$	*DRP - autre *DRP - autre
Professionnels de l'industrie de l'informatique (4A - Cadres, conseillers, ingénieurs, designers, analystes, programmeurs) En début ou en première année d'exercice de fonctions, au cours des 12 premiers mois après obtention du diplôme** seulement Dernière année d'études** ** Note : la personne doit posséder un diplôme universitaire en sciences informatiques ou avoir une spécialisation en sciences informatiques.	3 000 \$ 1 500 \$	non offert non offert
Psychologues (Doctorat seulement) En début ou en première année de pratique	1 500 \$	*DRP - autre
Vétérinaires En début ou en première année de pratique Dernière année d'études	2 000 \$ 1 000 \$	non offert non offert

* 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), aux professions 4A précisées ci-dessus. Les médecins en début de pratique n'ont pas accès à la modification DRP - MED, mais plutôt à la modification DRP - autre.

NOTES CONCERNANT LES LIMITES PARTICULIÈRES AUX ÉTUDIANTS

- › **Revenu projeté** : le montant de l'assurance offerte aux étudiants, aux professionnels en première année de pratique ou à ceux qui changent de situation professionnelle ne peut pas être fondé sur un revenu projeté.
- › **Ingénieurs professionnels** : la catégorie 4A et les limites indiquées ci-dessus seront retenues pour les proposant qui sont à leur dernière année d'études pour l'obtention du Baccalauréat en sciences et ceux qui, ayant déjà leur B. Sc., travaillent pour acquérir une expérience pratique préalablement à l'obtention du titre d'ingénieur professionnel.
- › **En début ou en première année de pratique** : peut comprendre les trois derniers mois d'études s'il est prévu que la personne aux études passera directement à la pratique. De plus, ces limites peuvent être utilisées si un professionnel déjà établi, tel un médecin, retourne aux études pour une spécialisation, puis retourne effectivement à la pratique.
- › Les limites particulières aux étudiants ne s'appliquent pas si le proposant a terminé sa première année de pratique.
- › Les limites particulières aux étudiants ne s'appliquent pas dans le cas d'un professionnel qui, après avoir été salarié, part à son compte. Le montant de l'assurance offerte sera fonction des revenus antérieurs, bien établis et documentés.
- › Si la police proposée fait partie d'un régime d'indemnités pour perte de salaire, nous offrons l'équivalent imposable de la limite ci-dessus.
- › Les programmes universitaires de MBA admissibles sont les suivants :

DeGroot (McMaster University)	McGill University
Molson (Concordia University)	Queen's University
Richard Ivey (The University of Western Ontario)	Rotman (Université de Toronto)
Schulich (Université York)	Simon Fraser University
University of Alberta	The University of British Columbia
University of Calgary	University of Manitoba
University of Victoria	

Catégorie professionnelle minimum de 3A avec amélioration offerte compte tenu de nos directives relatives à la catégorie professionnelle de « cadre ». Une majoration à la catégorie 4A peut aussi être offerte selon la catégorie professionnelle préalable consentie aux étudiants ou aux proposant qui sont à moins de 12 mois de l'obtention de leur diplôme et qui sont actuellement sans emploi ou qui ont pris des dispositions pour un emploi dans un avenir rapproché.

Pour nos produits des séries Professions et Fondations, la Modification coordonnatrice de groupe ou d'association (A670) s'appliquera s'il y a un régime collectif ou si un tel régime est offert à l'avenir. Le réduction de prime de 10 % de la modification coordonnatrice est offert, sous réserve de nos règles habituelles touchant la modification coordonnatrice. Sinon, la modification coordonnatrice sans rabais (A707GIO) s'appliquera si le proposant n'a pas d'emploi à temps plein et s'il n'y a pas de régime collectif en vigueur au moment de la tarification du dossier. Le montant de la modification coordonnatrice de la A707GIO sera de zéro (0).

REVENU NON PROFESSIONNEL ET VALEUR NETTE (04/02)

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.

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 20 % 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 20 % 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 4 425 \$.

Calcul du revenu non professionnel excédentaire :

Revenu professionnel :	\$100,000
Pourcentage du revenu non professionnel accepté : 20 % ou	\$20,000
Revenu non professionnel total :	\$35,000
Revenu non professionnel excédentaire :	\$15,000 (35 000 \$ moins 20 000 \$)
Pourcentage de réduction des indemnités en tenant compte du taux estimatif d'imposition :	<u>x 50 %</u> 7 500 \$ ÷ par 12 mois = 625 \$ par mois représentant la réduction des indemnités mensuelles requise

Indemnisation offerte : 4 425 \$ - 625 \$ de réduction du revenu non professionnel = indemnisation mensuelle de 3 800 \$ (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 4 000 000 \$. 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 4 000 000 \$. 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 (A692) (04/02)

Un régime d'indemnités pour perte de salaire (ou régime d'assurance salaire) regroupe des contrats individuels d'assurance invalidité en vue de procurer aux employés une assurance invalidité dont le paiement des primes est à la charge de l'employeur. Au moins deux personnes de la même catégorie professionnelle doivent être assurées (ex. : cadres, employés de bureau). Les indemnités versées à l'employé au titre d'un régime d'indemnités pour perte de salaire lui sont imposables. De ce fait, des limites supérieures imposables sont utilisées pour l'établissement du montant de l'assurance de chacun des employés assurés par le régime. Comme le paiement des prestations de l'assurance-emploi est considéré venir en second lieu par rapport à celui des indemnités versées au titre d'un régime d'indemnités pour perte de salaire, il n'est pas nécessaire de rajuster le montant d'indemnité ou le délai de carence d'un tel contrat en fonction de l'assurance-emploi.

La modification - Régime d'indemnités pour perte de salaire fait état de ce qu'il advient du montant de l'assurance de la personne assurée lorsque le contrat cesse de faire partie d'un régime valide.

En raison de la formulation utilisée dans la modification - Régime d'indemnités pour perte de salaire, nous n'imposons pas la soumission d'une lettre d'intention ou de résolution du conseil en tant qu'exigences de tarification avant d'approuver une police faisant partie d'un régime d'indemnités pour perte de salaire.

Si un contrat d'assurance cesse de faire partie d'un régime d'indemnités pour perte de salaire valide et la propriété du contrat est transférée à la personne assurée qui en paie maintenant les primes, les indemnités ne sont plus imposables. Par conséquent, le montant d'indemnités supérieures imposables qui avait été établi initialement ne serait plus jugé approprié. L'admissibilité à l'assurance-emploi sera prise en considération dans l'établissement des limites d'indemnisation non imposables. Si nous ne sommes pas mis au courant du moment qu'une police ne fait plus partie d'un régime d'indemnités pour perte de salaire valide, toute indemnité versée par suite d'une demande de règlement sera réduite au montant d'assurance auquel la personne assurée aurait eu droit, soit d'après les limites de souscription non imposables en vigueur à la date d'établissement de la police, soit d'après la date à laquelle la police cesse de faire partie d'un régime d'indemnités pour perte de salaire, selon le montant le plus avantageux pour la personne assurée. Encore une fois, l'admissibilité à l'assurance-emploi sera prise en considération dans l'établissement des limites d'indemnisation non imposables.

Tout trop-perçu de prime entre le moment où la personne assurée a cessé de participer au régime et celui où le montant de la nouvelle prime a été établi sera remboursé au titulaire du contrat. Tout trop-perçu d'indemnités versé par suite d'une demande de règlement avant notification que le contrat ne fait plus partie d'un régime d'indemnités pour perte de salaire valide doit nous être remboursé.

Les polices des séries Avant-garde et Quantum comportent une disposition de coordination des prestations, qui, combinées à certaines limites, font que le client pourrait payer pour des indemnités qu'il ne pourrait peut-être jamais recevoir en raison des dispositions de la police. Il est plus probable qu'une telle situation se produit à des niveaux de revenus de moins de 100 000 \$. Il serait donc peut-être prudent de réduire les limites de revenus de 5 % ou 10 %.

L'AJOUT D'UNE POLICE EN VIGUEUR À UN RÉGIME D'INDEMNITÉS POUR PERTE DE SALAIRE ACTUEL EXIGE CE QUI SUIT :

- › Un formulaire de demande de remise en vigueur et/ou de modification de police signée et datée par la personne assurée, nous demandant de changer la police en un régime d'indemnités pour perte de salaire est exigée. La modification demandée peut être indiquée dans la Section D, sous la rubrique « autres modifications ». Les indemnités seront maintenant imposables, toutefois, le montant assuré ne sera pas augmenté. Une augmentation de l'assurance doit faire l'objet d'une tarification complète et est assujettie à une nouvelle proposition.
- › Une modification – Régime d'indemnités pour perte de salaire signée et datée par la personne assurée et le titulaire de police, s'il est question du transfert de la propriété de la police à l'employeur. Si celle-ci n'est pas incluse dans la demande de modification de la police, une modification signée deviendra une disposition de livraison.
- › S'il y a un changement de titulaire à l'employeur, un formulaire de cession doit être soumis.
- › Si une modification bancaire a été apportée, veuillez nous soumettre les nouvelles dispositions bancaires.

LE RETRAIT D'UNE POLICE EN VIGUEUR D'UN RÉGIME D'INDEMNITÉS POUR PERTE DE SALAIRE EXIGE CE QUI SUIT :

- › Si une modification – Régime d'indemnités pour perte de salaire a été incluse à la police, nous exigeons qu'une demande de retrait du régime d'indemnités pour perte de salaire dûment remplie (version française no 12044 – version anglaise no 12043), soit signée et datée par la personne assurée. Cette demande nous autorise de retirer la modification – Régime d'indemnités pour perte de salaire de la police et en vertu des modalités de la modification, de réduire l'indemnité à l'équivalent non imposable de l'indemnité mensuelle, d'après les limites non imposables en vigueur à la date d'établissement original ou d'après nos limites de souscription courantes, selon le montant le plus favorable pour la personne assurée. L'indemnité sera également établie en fonction des prestations d'assurance-emploi, le cas échéant.
- › Si aucune modification Régime d'indemnités pour perte de salaire n'a été incluse à la police, une demande de remise en vigueur de la police et /ou une modification de police signée et datée par la personne assurée nous demandant de retirer la police du régime d'indemnités pour perte de salaire est exigée. La demande peut être indiquée dans la section D, sous la rubrique « autres changements ».
- › Si la personne assurée désire maintenir la même indemnité mensuelle, mais non imposable, nous avons besoin d'une preuve de revenu confirmant que son revenu actuel justifie ce montant. Cette demande serait également assujettie à ce qui suit :
 1. La personne assurée doit exercer une profession à temps plein laquelle figure dans une catégorie professionnelle équivalente ou meilleure que celle au moment de l'établissement initial de la police (temps plein est défini en fonction du type de contrat).
 2. La personne assurée ne prévoit pas travailler à son compte.
- › Nous avons besoin d'un avis indiquant que l'employeur ou le propriétaire actuel ne payera plus les primes de police. Si la police est détenue par l'entreprise et la personne assurée en redevient le titulaire, nous n'avons pas besoin d'un formulaire de cession. Au lieu, la personne assurée peut simplement nous aviser par écrit ou verbalement qu'elle n'est plus au service de la compagnie ou que l'employeur ou le propriétaire a cessé de payer les primes.
- › Toutes les exigences doivent être soumises au Service à la clientèle avec tout changement bancaire, le cas échéant. Le Service à la clientèle effectuera le changement bancaire et prélèvera de nouveau les versements mensuels. Le Service à la clientèle acheminera le dossier et les autres documents au Service de la tarification pour qu'il en fasse l'étude. À la suite de cette étude, le traitement de toute réduction du montant d'assurance sera effectué et toute prime excédentaire payée sera remboursée.

MODIFICATION D'UN RÉGIME D'INDEMNITÉS POUR PERTE DE SALAIRE EN UN AUTRE EXIGE CE QUI SUIT :

- › Nous exigeons une demande de remise en vigueur et/ou une modification de police signée et datée par la personne assurée pour nous autoriser à modifier la police d'un régime d'indemnités pour perte de salaire d'un employeur à un régime d'indemnités pour perte de salaire d'un autre employeur. La modification demandée peut être indiquée dans la section D sous la rubrique « autres changements ».
- › Une nouvelle modification – Régime d'indemnités pour perte de salaire doit être signée et datée par la personne assurée et le nouveau titulaire de police. Si le formulaire n'est pas soumis avec la demande de modification, la modification signée deviendra une disposition de livraison.
- › S'il est question d'un changement de titulaire, soit de l'ancien employeur au nouvel employeur, il est nécessaire de remplir un formulaire de cession.
- › Veuillez soumettre toute nouvelle disposition bancaire.

CHANGEMENT DU NOM DU TITULAIRE (MÊME ENTITÉ CONSTITUÉE) EXIGE CE QUI SUIT :

- › Un formulaire de cession précisant que seulement la dénomination sociale de l'employeur a changé.

MODIFICATION COORDONNATRICE – ACCIDENTS DU TRAVAIL (A700) (04/01)

À l'exception des professions énumérées ci-dessous, la Modification coordonnatrice – Accidents du travail sera annexée à toute police de la série Professions ou de la série Fondations de tout proposant qui a droit à des prestations de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) (ou d'un organisme similaire). La modification A700 n'est pas utilisée pour les polices de la série Avant-garde ou Quantum, car ces contrats contiennent une disposition de coordination des prestations.

Veillez noter que l'**admissibilité du proposant à l'assurance auprès de la CSPAAT** détermine si une modification est applicable ou non, et non s'il a effectivement une telle assurance au moment de soumettre sa proposition. Cette modification peut être annexée à l'assurance des catégories professionnelles 4A, 3A, 2A, A et B. Si l'assurance CSPAAT est facultative ou si le proposant a droit à l'assurance CSPAAT seulement en vertu de certains contrats, la modification sera appliquée.

EXCEPTIONS :

Une modification coordonnatrice – Accidents du travail ne sera pas imposée aux professionnels suivants même s'ils sont admissibles à l'assurance CSPAAT : comptables agréés (CA, CMA, CGA), acuponcteurs titulaires d'un doctorat, actuaires (A.S.A, F.S.A), architectes, chiropristes, chiropraticiens, dentistes (y compris les étudiants en 3e et 4e année d'études, les résidents), avocats (y compris les étudiants en dernière année et en stage), médecins (y compris les étudiants, les internes et les résidents), notaires (Québec), optométristes (y compris les étudiants en dernière année d'études), ostéopathes, pharmaciens, podiatres, psychologues titulaires d'un doctorat, ingénieurs professionnels (y compris les étudiants en dernière année d'études).

DEMANDE DE RETIRER LA MODIFICATION COORDONNATRICE – ACCIDENTS DU TRAVAIL :

La modification coordonnatrice – Accidents du travail ne sera pas retirée suivant l'établissement de la police même si la personne assurée n'est plus admissible à l'assurance CSPAAT; la personne assurée n'est pas préjudiciée en ne retirant pas la modification de la police si aucune prestation CSPAAT n'est reçue.

COMMENT LE RAJUSTEMENT EST APPLIQUÉ :

Au moment de la demande de règlement, si la personne assurée a droit aux prestations de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, la modification fait en sorte qu'un calcul est effectué pour déterminer si un rajustement est nécessaire. Dans l'affirmative, le montant du rajustement est basé sur le niveau de revenu « net » de la personne assurée (qui est défini comme le revenu brut moins les frais d'entreprise mais avant l'impôt sur le revenu des particuliers) et sur le montant des prestations de la CSPAAT auxquelles la personne assurée a droit au moment de la demande de règlement. Si le montant global de l'indemnisation provenant à la fois de notre police et de la CSPAAT ne dépasse pas les limites indiquées ci-dessous, aucun rajustement n'est appliqué.

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

Exemple 1 (La modification coordonnatrice – Accidents du travail est comprise dans la police.)

Au moment de la demande de règlement, la personne assurée touche un revenu de 28 700 \$. L'indemnité de la CSPAAT à laquelle elle a droit se chiffre à 2 150 \$ par mois. Sa police prévoit une indemnité mensuelle de 1 500 \$. D'après son revenu, l'indemnisation totale ne peut pas dépasser 70 % du revenu, soit 1 675 \$ par mois. Puisque l'indemnité de la CSPAAT excède 1 675 \$, aucune indemnité ne serait exigible pour cette demande de règlement. Si la personne assurée était blessée dans un accident non relié au travail, lequel lui donne aucun droit à l'indemnisation de la CSPAAT, l'indemnité intégrale de 1 500 \$ par mois prévue par la police souscrite lui serait exigible.

Exemple 2 (La modification coordonnatrice – Accidents du travail est comprise dans la police.)

Au moment de la demande de règlement, la personne assurée touche un revenu de 43 000 \$. L'indemnité de la CSPAAT à laquelle elle a droit se chiffre à 500 \$ par mois. Sa police prévoit une indemnité mensuelle de 1 900 \$. D'après son revenu, l'indemnisation totale ne peut pas dépasser 60 % du revenu, soit 2 150 \$ par mois. Puisque l'indemnité de la CSPAAT se chiffre à 500 \$ par mois, la police verserait une indemnité de 1 650 \$ par mois pour un total de 2 150 \$ par mois. Advenant une demande de règlement pour laquelle la personne assurée n'a pas droit à l'indemnisation de la CSPAAT, elle toucherait une indemnité de 1 900 \$ par mois au titre de sa police.

AUTRES DIRECTIVES DE TARIFICATION (04/03)

INDEX

COMPTE RENDU D'ENQUÊTE	F-2
ENTRETIENS SUR LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS (EAP)	F-2
EXIGENCES RELATIVES AUX ENQUÊTES	F-2
FORMULAIRES DE REMPLACEMENT	F-3
RAPPORT SUR LE DOSSIER DU CONDUCTEUR	F-2

EXIGENCES RELATIVES AUX ENQUÊTES (04/01)

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 (95/06)

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) (04/01)

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 (04/01)

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.

Les demandes de rapport sont présentées directement par notre bureau.

FORMULAIRES DE REMPLACEMENT (05/03)

Province de Québec

Dans la province de Québec, les représentants d'assurance doivent dûment remplir les formulaires de remplacement lorsque la souscription à un contrat d'assurance entraînerait probablement la résiliation, l'annulation ou la réduction des prestations d'un autre contrat d'assurance vie individuelle, d'assurance individuelle en cas d'invalidité ou d'assurance en cas de maladie grave.

Cette disposition du Règlement sur l'exercice des activités des représentants du Québec s'applique à tous les représentants autorisés au Québec et s'applique lorsqu'un représentant complète une proposition dans la province de Québec, peu importe la province de résidence du proposant, du titulaire de police ou du producteur.

Les formulaires de remplacement doivent être soumis dans tous les cas, même si l'assurance remplacée a été établie auprès de notre compagnie. La soumission des formulaires de remplacement sera une exigence de tarification.

Province de Colombie-Britannique

Les formulaires de divulgation ont été conçus en vue d'être utilisés en Colombie-Britannique pour respecter la Loi visant des institutions financières de la Colombie-Britannique. La responsabilité revient au producteur de dûment remplir ce formulaire avec le client. Une copie de ce formulaire n'est pas considérée une exigence de tarification.

Province de Terre-Neuve

La province de Terre-Neuve exige que les formulaires de remplacement soient dûment remplis pour toutes les propositions d'assurance vie et d'assurance invalidité lorsque une assurance vie ou invalidité en vigueur a été ou sera probablement remplacée dans une période de six mois.

Cette exigence entre en pratique lorsqu'une assurance en vigueur est déchue, rachetée, en tout ou en partie, retirée ou autrement résiliée, ainsi que changée ou modifiée d'une façon quelconque. De telles modifications comprennent le type d'assurance, sa valeur, les garanties ou la période durant laquelle le contrat existant continuera d'être en vigueur.

Cette exigence comprend également le remplacement des polices établies par le même assureur. Le remplacement ne comprend pas les conversions contractuelles. La province de Terre-Neuve n'exige pas de formulaires de remplacement pour l'assurance en cas de maladie grave.

CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES TOUCHANT LA TARIFICATION (04/03)

INDEX

ACTUELLEMENT INVALIDE OU REÇOIT DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ	G-5
AVIATION	G-4
DÉFINITION DE L'EMPLOI À TEMPS PLEIN ET À TEMPS PARTIEL	G-6
DÉFINITION DE NON-FUMEUR POUR ASSURANCE INVALIDITÉ	G-16
DIRECTIVES POUR LES PERSONNES NOUVELLEMENT À LEUR COMPTE	G-10
DIRECTIVES POUR LES PERSONNES TRAVAILLANT À DOMICILE	G-12
EMPLOI SAISONNIER	G-17
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	G-9
IMMIGRANTS	G-14
MARKETING AUPRÈS DES ASSOCIATIONS	G-2
MILITAIRES	G-15
PROGRAMME D'AIDE AU TRAVAIL INDÉPENDANT (ATI)	G-18
RÉSIDENCE ET VOYAGE À L'ÉTRANGER	G-7
SPORTS ET ACTIVITÉS EXTRAPROFESSIONNELLES	G-19

MARKETING AUPRÈS DES ASSOCIATIONS (04/03)

Le marché des associations regorge d'occasions d'affaires pour nos producteurs 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 producteur 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 producteur et de l'association.
- › Des plans très exhaustifs doivent être élaborés pour les associations provinciales et nationales. Il faut envisager l'affectation de certains producteurs 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 producteur 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 producteurs 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 (04/04)

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.

Pilotes de lignes commerciales

Les pilotes de lignes commerciales déposant une proposition d'assurance seront assujettis à la période d'indemnisation maximale suivante :

- › Jusqu'à l'âge de 50 ans – période d'indemnisation de 5 ans
- › Au-delà de 50 ans – période d'indemnisation de 2 ans

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 (04/03)

- › 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 (04/04)

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. Le travail à temps plein s'entend du fait d'être en service actif pendant au moins 30 heures par semaine toute l'année.

Les personnes travaillant 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.

RÉSIDENCE ET VOYAGE À L'ÉTRANGER (04/03)

Si le proposant voyage à l'extérieur du Canada ou des États-Unis d'une fréquence inhabituelle ou si les séjours à l'étranger représentent plus de 25 % de ses tâches professionnelles, ou s'il réside temporairement et/ou voyage à des endroits à risque élevé ou à des pays en voie de développement, nous pouvons considérer une assurance comportant une exclusion pour résidence et voyage à l'étranger.

Chaque cas doit être étudié individuellement en raison des changements constants au sein de ces pays.

Tout autre cas où il s'agit d'un citoyen canadien ayant l'intention de déménager aux États-Unis ou à tout autre pays, à titre temporaire ou permanent, n'est généralement pas assurable au Canada.

Exclusion la moins restrictive :

Certains proposants peuvent être considérés pour une assurance comportant une exclusion pour résidence et voyage à l'étranger, laquelle exclut toute cause lorsqu'ils résident ou voyagent à l'extérieur du Canada ou des États-Unis. Cette exclusion est conçue en vue de permettre la considération de la demande de règlement une fois que la personne retourne au Canada ou aux États-Unis. Cette exclusion s'appliquera, si le proposant :

- › Est un citoyen canadien ou un immigrant en règle; et
- › Maintient une résidence permanente au Canada; et
- › Voyage ou réside temporairement à l'extérieur du Canada et a l'intention de retourner au Canada en permanence; et
- › Voyage à des pays industrialisés politiquement et économiquement stables; et
- › Travaille dans un environnement non dangereux.

Nous n'aurions pas recours à l'exclusion la moins restrictive lorsqu'il s'agit de séjours à des pays politiquement instables, où il existe un risque significatif de maladie ou à des régions où les établissements médicaux et les traitements ne sont pas suffisants ou disponibles.

Exclusion la plus restrictive :

Certains proposants peuvent être considérés pour une assurance comportant une exclusion pour résidence et voyage à l'étranger, laquelle exclut toute invalidité subie lorsqu'ils résident ou voyagent à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ou toute invalidité, peu importe la cause ou le lieu d'origine, lorsqu'ils résident ou voyagent à l'extérieur du Canada ou des États-Unis. Cette exclusion est conçue en vue d'exclure la considération de la demande de règlement même si la personne retourne au Canada ou aux États-Unis. Cette exclusion s'applique, si le proposant :

- › N'est pas un citoyen canadien ou un immigrant en règle; ou
- › Ne maintient pas une résidence permanente au Canada; ou
- › Voyage à des pays politiquement ou économiquement instables ou à des pays en voie de développement; ou
- › Travaille dans un environnement de travail dangereux.

Les séjours à l'étranger dans des pays à risque élevé, tels que les pays qui sont isolés ou dangereux, où il existe des troubles civils ou bien dans lesquels une menace de guerre est imminente, peuvent être considérés avec l'exclusion la plus restrictive ou peuvent être refusés.

Résidence temporaire aux États-Unis (médecins et dentistes)

Les médecins ou les dentistes qui déménagent aux États-Unis afin de poursuivre leurs études pendant une période de temps **limitée** (habituellement une année ou deux) **tout en ayant l'intention de retourner au Canada après avoir terminé leurs études**, peuvent être considérés pour l'assurance, compte tenu des directives suivantes :

- › Les médecins seront assujettis aux taux et aux limites de la catégorie 3A et les dentistes seront assujettis aux taux et aux limites de la catégorie 2A;
- › Le seul produit pouvant être offert dans ces cas est l'assurance pour perte de salaire (l'assurance Protection-retraite n'est pas offerte);
- › Les garanties complémentaires possibles sont celles qui conviennent à la catégorie professionnelle et celles qui sont offertes aux États-Unis (Garantie d'invalidité quant à l'exercice de votre profession et l'Avenant des professionnels de la santé ne sont pas offerts);

- › Le crédit pour l'indemnisation ou la devise américaine se chiffre à 30 %;
- › Nous nous réservons le droit de limiter l'indemnisation offerte aux proposant qui déménagent aux États-Unis;
- › Dès le retour au Canada et, pourvu qu'elle soit admissible, la personne assurée peut demander l'ajout de l'Avenant des professionnels de la santé en soumettant une demande de modification de police, à cet effet. Elle peut également demander une amélioration de catégorie moyennant une modification de police au cours des deux années suivant la date d'établissement originale de la police et peut obtenir la Garantie d'invalidité quant à l'exercice de sa profession moyennant une refonte de police.

En présence de facteurs inhabituels ou lorsqu'il y a le moindre doute quant à l'assurabilité du proposant en raison de résidence ou de séjours à l'étranger, les particularités devraient être discutées avec le tarificateur avant d'accepter ou de soumettre une proposition.

Propositions et exigences médicales :

Les propositions doivent être remplies et signées au Canada. Toutes les exigences médicales doivent être satisfaites au Canada.

Situations outre-frontières :

Les citoyens canadiens ou les immigrants en règle qui sont des résidents permanents du Canada et qui voyagent au-delà des frontières pour travailler aux États-Unis sont assurables au Canada.

Les citoyens ou résidents américains qui sont des résidents permanents aux États-Unis et qui voyagent au-delà des frontières pour travailler au Canada, sont tenus de souscrire à une assurance auprès d'un assureur américain.

Demandes de règlement et indemnisation :

Toutes les demandes de règlement seront administrées au Canada et l'indemnisation sera versée en dollars canadiens.

ÉTABLISSEMENT STANDARD GARANTI (99/10)

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 (04/02)

La tarification et l'évaluation de la stabilité d'emploi et du revenu sont particulièrement difficiles, dans le cas des postulants 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
- › Démontre 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 touche 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.

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 (05/02)

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 » admissible, les directives suivantes ne s'appliquent pas.

PROFESSIONNELS SÉLECTIONNÉS DE LA CATÉGORIE 4A

Professionnels sélectionnés 4A admissibles : comptables (C.A., C.M.A., C.G.A seulement), actuaires, acuponcteurs titulaires d'un doctorat, architectes, chiropristes, ingénieurs professionnels, avocats, notaires (Québec), optométristes, orthodontistes, ostéopathes, pharmaciens, médecins et chirurgiens, podiatres et psychologues (titulaires d'un doctorat seulement).
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 :
<ul style="list-style-type: none">› Tout régime› Période d'indemnisation jusqu'à l'âge de 65 ans;› Tout délai de carence;› Toute garantie complémentaire, y compris la garantie Invalidité quant à l'exercice de votre profession

AUTRES CATÉGORIES PROFESSIONNELLES ASSURABLES

Travaillant jusqu'à 50 % du temps à domicile, pourvu qu'il n'y ait aucune autre question relative au risque, le proposant sera considéré pour ce qui suit :
<ul style="list-style-type: none">› Tout régime› Toute période d'indemnisation demandée, y compris celle jusqu'à l'âge de 65 ans;› Tout délai de carence;› Toute garantie complémentaire

Travaillant jusqu'à 75 % du temps à domicile, pourvu qu'il n'y ait aucune autre question relative au risque	
Sous réserve de tous les critères suivants : <ul style="list-style-type: none">› Revenu professionnel net d'au moins 25 000 \$, pour chacune des deux dernières années, sans tenir compte des avantages accessoires (« perks »);› Minimum de deux ans dans l'entreprise actuelle;› Présentation d'une preuve de revenu des 2 dernières années. Des déclarations de revenus provisoires ne sont pas des preuves de revenus acceptables.› Présentation aux fins d'étude de précisions et copies complètes des contrats courants, de la liste des clients et de tout autre renseignement sur l'entreprise› Entretien sur les antécédents personnels obligatoire (EAP)	Le proposant sera considéré pour ce qui suit : <ul style="list-style-type: none">› Tout régime› Toute période d'indemnisation demandée, y compris celle jusqu'à l'âge de 65 ans› Délai de carence minimal de 90 jours› Aucune garantie complémentaire
Les personnes qui ne répondent pas à tous les critères susmentionnés seront considérées pour ce qui suit : <ul style="list-style-type: none">› Une période d'indemnisation maximale de 2 ou de 5 ans (selon les particularités du cas) en vertu des séries Professions ou Fondations OU une période d'indemnisation jusqu'à l'âge de 65 ans en vertu d'une police Avant-garde ou Quantum.› Un délai de carence minimal de 90 jours› Aucune garantie complémentaire	

Travaillant plus de 75 % du temps à domicile, pourvu qu'il n'y ait aucune autre question relative au risque	
<p>Sous réserve de tous les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> › Revenu professionnel net d'au moins 25 000 \$, pour chacune des deux dernières années, sans tenir compte des avantages accessoires (« perks »); › Minimum de deux ans dans l'entreprise actuelle; › Présentation d'une preuve de revenu des 2 dernières années. Des déclarations de revenus provisoires ne sont pas des preuves de revenus acceptables. 	<p>Le proposant sera considéré pour ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> › Une période d'indemnisation maximale de 2 ou de 5* ans (selon les particularités du cas) en vertu des séries Professions ou Fondations OU une période d'indemnisation jusqu'à l'âge de 65 ans en vertu d'une police Avant-garde ou Quantum › Délai de carence minimal de 90 jours › Aucune garantie complémentaire
<p>*Une considération individuelle pour une période d'indemnisation jusqu'à l'âge de 65 ans (DC minimal de 90 jours et aucune garantie complémentaire) sera accordée aux personnes suivantes qui, en plus d'avoir répondu aux critères susmentionnés :</p> <ul style="list-style-type: none"> › N'exploitent pas leur commerce sur leur lieu de résidence; › Ont des numéros de téléphone différents pour le domicile et le travail; › Ont une entrée séparée désignée pour l'entreprise sur laquelle une enseigne est affichée; › Mènent une entreprise qui exige le va-et-vient de clients; <p>Exemples : psychologue, massothérapeute, coiffeur/barbier, mécanicien</p>	
<p>Les personnes qui ne répondent pas à tous les critères susmentionnés seront considérées pour ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> › Une assurance en vertu du contrat Avant-garde seulement, comportant une période d'indemnisation jusqu'à l'âge de 65 ans; › Un 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 pour obtenir des renseignements supplémentaires.

IMMIGRANTS (04/04)

Il est possible de considérer les propositions des immigrants en règle démontrant une stabilité d'emploi à temps plein et ayant l'intention de s'établir en permanence au Canada après qu'ils auront déclaré au fiscal leur revenu d'au moins une année complète.

De plus, il est possible de considérer immédiatement les propositions des immigrants ayant l'intention de s'établir en permanence au Canada qui exercent un emploi à temps plein vérifiable et qui ont investi dans une entreprise canadienne, pour laquelle ils travaillent à temps plein toute l'année ou qui ont un dossier d'emploi stable à long terme dans une entreprise canadienne. **Des attestations de revenu, d'investissement et d'emploi seront exigées.**

Si le proposant n'est pas considéré un immigrant en règle, toute assurance approuvée devra inclure une exclusion de résidence à l'étranger (l'exclusion de voyage la plus restrictive) qui exclut toute invalidité subie au cours d'une résidence ou d'un voyage à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ou toute invalidité, sans égard à sa cause ou à l'endroit où elle est survenue, au cours d'une résidence ou d'un voyage à l'extérieur du Canada ou des États-Unis.

Nous nous réservons le droit d'exiger une justification médicale pertinente, sans égard au montant d'assurance, si, d'après le tarificateur, nous sommes incapables d'établir adéquatement les antécédents médicaux. Un délai de carence minimal de 90 jours sera habituellement requis. Il peut y avoir certaines restrictions quant au montant de l'assurance, à la période d'indemnisation et aux garanties complémentaires, notamment si le proposant réside au Canada depuis très peu de temps, s'il y a des doutes quant à la stabilité de son emploi et de son revenu ou s'il y a d'autres éléments défavorables dans la proposition.

Même si le proposant est un immigrant en règle, une exclusion de résidence à l'étranger peut s'avérer nécessaire s'il existe des préoccupations particulières quant aux voyages.

Si la documentation financière ne peut pas nous être fournie, il est possible de considérer l'assurance en vertu d'un contrat Avant-garde ou Quantum.

MILITAIRE (99/10)

Habituellement, 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 (« major/dentiste ») au moment de la demande de règlement.

Nous sommes disposés à étudier les propositions des médecins et médecins résidents de l'armée, à condition qu'une Modification coordonnatrice de groupe ou d'association soit annexée à l'assurance établie. (Cette modification est requise dans le cas des polices des séries Professions et Fondations, mais ne l'est pas dans le cas des polices Avant-garde ou Quantum en raison des dispositions contractuelles relatives à la coordination des prestations.) Cette mesure est nécessaire parce que les médecins et médecins résidents bénéficient d'une assurance collective durant leur service militaire. Cette modification réduit les risques de surassurance pendant que la personne assurée fait partie de l'armée et d'une assurance collective.

Les membres des réserves sont habituellement assurables, à moins que leurs activités représentent des dangers exceptionnels ou qu'ils soient vraisemblablement appelés au service actif dans un avenir prévisible. S'il y a quelque doute au sujet de l'assurabilité d'un proposant, des précisions complètes doivent être fournies au Service de la tarification avec la proposition ou avant que la proposition soit remplie.

Nous procéderons à l'étude de la proposition dans les 90 jours suivant la démobilisation du proposant si celui-ci peut compter sur un emploi assurable précis après sa démobilisation.

DÉFINITION DE NON-FUMEUR POUR ASSURANCE INVALIDITÉ (04/02)

Pour avoir droit aux taux de non-fumeur, 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 tout produit du tabac et tout produit de désaccoutumance au tabac, y compris la gomme à mâcher à la nicotine ou les timbres ou autres produits semblables, ainsi que la marijuana.
- › 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.

Les taux de non-fumeur sont aussi offerts lorsque tous les critères suivants ont été satisfaits :

- › Un maximum de 12 cigares par année;
- › Une analyse d'urine qui est négatif pour la cotinine;
- › Aucun problème de santé n'existe qui serait touchée par le tabagisme ou y serait reliée;
- › L'usage du cigare est déclaré sur la proposition.

La présente considération quant aux cigares ne s'applique pas aux propositions d'ESG.

Il est essentiel que le producteur et le proposant établissent clairement le droit de ce dernier aux taux de non-fumeur 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 des taux de fumeur à non-fumeur 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 taux de non-fumeur.
- › 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 de non-fumeur.

EMPLOI SAISONNIER (04/04)

PROPOSANTS EXERÇANT UN EMPLOI SAISONNIER

Les proposants 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 proposants 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 Fondations, série Avant-garde	90 jours
8	30	4	série Fondations, série Avant-garde	120 jours

Le tableau ci-dessus sert de ligne directrice pour les proposants 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.

Nota :

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) (04/02)

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 (04/04)

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.

***Nota :** 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 (04/03)

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	H-8
AVENANT DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	H-17
AVENANT RELATIF À LA DÉFINITION ÉLARGIE DE L'INVALIDITÉ – SÉRIE FONDATIONS (H884)	H-8
DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS (DMA) (H702)	H-2
INDEMNISATION MENSUELLE COMPLÉMENTAIRE (IMC)	H-4
INDEMNITÉ COMPLÉMENTAIRE POUR FRAIS GÉNÉRAUX (H721)	H-4
INDEMNITÉ D'HOSPITALISATION - SÉRIE AVANT-GARDE	H-9
INDEMNITÉS DÈS LE PREMIER JOUR D'HOSPITALISATION (H880)	H-9
INDEMNITÉS POUR INVALIDITÉ PARTIELLE	H-18
INDEMNITÉS POUR INVALIDITÉ QUANT À L'EXERCICE DE VOTRE PROFESSION (H897)	H-7
INDEMNITÉS POUR INVALIDITÉ RÉSIDUELLE (Frais Généraux) (H856)	H-19
OPTION D'ASSURANCE ADDITIONNELLE FRAIS GÉNÉRAUX (OAAFG) (H862)	H-16
OPTION D'ASSURANCE ADDITIONNELLE REVENU FUTUR (OAARF) (H899)	H-10
OPTION D'ASSURANCE ADDITIONNELLE REVENU FUTUR POUR LES JEUNES PROFESSIONNELS (OAARF) (H1145)	H-12
OPTION D'ASSURANCE SUPPLÉMENTAIRE - ASSURANCE RACHAT	H-5
OPTION D'ASSURANCE SUPPLÉMENTAIRE - SÉRIE AVANT-GARDE	H-14
PROTECTION-RETRAITE (H945)	H-20
RAJUSTEMENT DES PRESTATIONS DE VIE CHÈRE	H-6

DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS (H702) (04/03)

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) (04/03)

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 celui ou 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) (04/03)

Une assurance supplémentaire exigible au 180^e 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 (99/10)

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.

<u>Âge</u>	<u>Montant maximal pour le rachat</u>
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 (04/03)

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.

Toute question portant sur cette option devrait être acheminée au Centre de services aux assurés ou au Service à la clientèle.

INDEMNITÉS POUR INVALIDITÉ QUANT À L'EXERCICE DE VOTRE PROFESSION (H897) (05/02)

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 (CA, CMA, CGA seulement), actuaires, acuponcteurs titulaires d'un doctorat en médecine, architectes, chiropristes, ingénieurs professionnels, avocats, notaires (Québec), optométristes, orthodontistes, ostéopathes, pharmaciens, médecins et chirurgiens, podiatres et psychologues (titulaires d'un doctorat seulement).

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 (99/10)

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).

INDEMNITÉS DÈS LE PREMIER JOUR D'HOSPITALISATION (H880) (04/03)

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 réponde 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 (04/03)

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) – (04/03)

L'Option d'assurance additionnelle Revenu futur (OAARF) 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, pourvu que son revenu au moment de l'exercice de l'option justifie cette augmentation.

Âges d'admissibilité : 18 to 50

Régimes offerts : série Professions, série Fondations et Quantum

Montant maximal de l'option

<u>Catégorie</u>	<u>Montant de l'option</u>
4A	1 500 \$
3A	1 000 \$
2A	500 \$
A et B	200 \$

Montant maximal des sommes optionnelles

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

1. 2,5 fois l'indemnisation mensuelle de base et les IMC de longue durée (1 an ou plus);
2. 55 moins l'âge à la souscription (âge au plus proche anniversaire) X le montant OAARF choisi; ou
3. le maximum applicable par catégorie (4A = 15 000 \$, 3A = 10 000 \$, 2A = 7 000 \$, A = 5 000 \$, B = 3 500 \$) 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 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.

L'OAARF sera souscrite en fonction du revenu professionnel de la personne assurée du dernier exercice complet.

Si la police comporte un avenant en cas d'invalidité partielle, le montant des prestations en vertu de cet avenant équivalra à la moitié du montant de toute augmentation de la prestation mensuelle maximale.

Date de demande : le formulaire de demande doit nous être retourné dûment rempli dans les 31 jours avant ou suivant la date d'option exercée.

OAARF EN COURS D'INVALIDITÉ

En cours d'invalidité, la personne assurée admissible financièrement peut exercer une Option d'assurance supplémentaire 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 supplémentaire seront exigibles au 91^e jour d'invalidité continue après 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 titulaire d'une assurance collective en cas d'invalidité de longue durée en vigueur dont la personne assurée fait partie au moment de la cessation d'emploi; or
- › les prestations en vertu d'une assurance 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 se chiffrera au moindre du :

- › montant de l'assurance ILD ayant pris fin; ou
- › montant de l'Option d'assurance supplémentaire 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 la date d'option.

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

Exigences : une preuve indiquant la cessation des prestations d'invalidité de longue durée en vertu de l'assurance collective est exigée et peut nous être acheminée en forme de lettre de cessation des prestations soit par la personne assurée ou l'employeur, ou en forme de lettre de démission envoyée à l'employeur d'où provenaient les prestations.

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).

Coordination des prestations : si la police n'est pas coordonnée ou ne s'intègre pas avec des prestations d'assurance collective ILD, nous avons le droit d'annexer une modification coordonnatrice de groupe ou d'association à la police, 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 de l'OAARF. L'option spéciale ILD est assujettie aux autres modalités de cet avenant, y compris la tarification financière.

Nota : l'option spéciale peut également être exercée lorsqu'un étudiant en médecine, tel qu'il est défini dans la section des Limites particulières aux étudiants, quitte sa résidence en médecine et n'a plus droit à son assurance invalidité d'association des résidents professionnels. Cette option est offerte avec tous les avenants d'OAARF, peu importe si l'avenant l'inclut.

OPTION D'ASSURANCE ADDITIONNELLE REVENU FUTUR POUR LES JEUNES PROFESSIONNELS (H1145) (04/03)

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, précisées dans la section Tarification et exigences financières.

Cet avenant ressemble à notre Option d'assurance additionnelle Revenu futur standard (H899), mais contrairement à ce dernier, qui fixe le maximum des sommes optionnelles à 2,5 fois l'indemnisation mensuelle, l'avenant destiné aux jeunes professionnels fixe le maximum à 5 fois l'indemnisation mensuelle. Ainsi, la personne assurée peut souscrire à une indemnisation mensuelle moins élevée, lorsqu'elle touche un revenu bas, mais également retenir un montant plus élevé d'une OAARF qu'elle sera en mesure d'exercer, lui permettant alors d'augmenter son indemnité mensuelle à mesure que son revenu accroît.

Âges d'admissibilité : 18 - 40

Régime offert : Professional Series

Montant maximal de l'option

<u>Catégorie</u>	<u>Montant de l'option</u>
4A	1 500 \$
3A	1 000 \$

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 futur, correspond **au moins de :**

1. CINQ fois l'indemnisation mensuelle de base et les IMC de longue durée (1 an ou plus);
2. 55 moins l'âge à la souscription (âge au plus proche anniversaire) X le montant d'OAARF choisi; et
3. le maximum applicable par catégorie (4A = 15 000 \$, 3A = 10 000\$) 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 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 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 demande : le formulaire de demande d'assurance doit nous être retourné dûment rempli dans les 31 jours avant ou 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

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 titulaire d'une assurance collective en cas d'invalidité de longue durée en vigueur dont la personne assurée fait partie au moment de la cessation d'emploi; or
- › les prestations en vertu d'une assurance 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 se chiffrera **au moindre du** :

- › montant de l'assurance ILD ayant pris fin; ou
- › 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 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 91 jours suivant la date à laquelle la personne assurée cesse d'être couverte en vertu de la police ILD.

Exigences : une preuve indiquant la cessation des prestations d'invalidité de longue durée en vertu de l'assurance collective est exigée et peut nous être acheminée en forme de lettre de cessation des prestations soit par la personne assurée ou l'employeur, ou en forme de lettre de démission envoyée à l'employeur d'où provenaient les prestations.

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).

Coordination des prestations : si la police n'est pas coordonnée ou ne s'intègre pas avec des prestations d'assurance collective ILD, nous avons le droit d'annexer une modification coordonnatrice de groupe ou d'association à la police, 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 de l'OAARF. L'option spéciale ILD est assujettie aux autres modalités de cet avenant, y compris la tarification financière.

Nota : l'option spéciale peut également être exercée lorsqu'un étudiant en médecine, tel qu'il est défini dans la section des Limites particulières aux étudiants, quitte sa résidence en médecine et n'a plus droit à son assurance invalidité d'association des résidents professionnels. Cette option est offerte avec tous les avenants d'OAARF, peu importe si l'avenant l'inclut.

OPTION D'ASSURANCE SUPPLÉMENTAIRE (OAS) – SÉRIE AVANT-GARDE (04/03)

Cet avenant 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.

Catégorie	Coefficient OAS	Indemnisation maximale du OAS	Maximum total par catégorie
4A	2 X	9 000 \$	15 000 \$
3A	2 X	6 000 \$	10 000 \$
2A	1.5 X	3 000 \$	7 000 \$
A	1 X	1 250 \$	5 000 \$
B	1 X	1 000 \$	3 500 \$

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 prend fin et n'est pas remplacée par l'employeur de la personne assurée; ou
- › L'assurance pour la catégorie d'employés dont la personne assurée fait partie est annulée 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 91 jours suivant la date à laquelle la personne assurée cesse d'être couverte en vertu de la police ILD.

Exigences : une preuve de perte est requise et peut nous être acheminée en forme de lettre de cessation des prestations soit par l'assureur ou l'employeur ou en forme de lettre de démission envoyée à l'employeur d'où provenaient les prestations.

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.

Nota : l'option spéciale peut également être exercée lorsqu'un étudiant en médecine, tel qu'il est défini dans la section des Limites particulières aux étudiants, quitte sa résidence en médecine et n'a plus droit à son assurance invalidité d'association des résidents professionnels. Cette option est offerte avec tous les avenants Option d'assurance additionnelle, peu importe si l'avenant comporte une option spéciale ou non.

OPTION D'ASSURANCE ADDITIONNELLE FRAIS GÉNÉRAUX - OAAFG (H862) (99/10)

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 :

<u>Catégorie</u>	<u>Montant de l'option</u>
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 = 20 000 \$, 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 une tarification financière et à nos limites maximales de souscription et de participation. Le montant total combiné de toutes les assurances en vigueur et options futures d'assurance additionnelle Frais généraux courantes ne peut pas excéder les limites maximales de souscription et de participation. La tarification financière sera basée sur la documentation financière de la personne assurée du dernier exercice complet.

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) (01/02)

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 ou de l'hépatite et qu'en raison de son état :

- › elle est limitée ou empêchée d'accomplir les tâches importantes de sa profession; 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

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 :

Médecins en titre, dentistes, chirurgiens dentaires, chiropristes, podiatres, techniciens de laboratoire professionnels, hygiénistes dentaires, assistants dentaires, denturologistes, acuponcteurs (médecins ou non-médecins), infirmiers (inf. aut., inf. aux. aut., y compris directeurs et moniteurs des soins infirmiers et infirmiers praticiens), inhalothérapeutes, spécialistes des troubles respiratoires, massothérapeutes pratiquant l'acuponcture, physiothérapeutes pratiquant l'acuponcture et ambulanciers paramédicaux.

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 intitulée Tests requis en fonction des limites applicables aux professionnels de la santé, de la section Exigences médicales du présent document pour savoir quelles sont les exigences médicales.

GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ PARTIELLE (04/03)

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 paye 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 65e 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 (04/03)

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 :

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 suivants : médecins en titre, dentistes, chirurgiens dentaires, chiropraticiens, podiatres, techniciens de laboratoire professionnels, hygiénistes dentaires, assistants dentaires, denturologistes, acuponcteurs (médecins ou non-médecins), infirmiers (inf. aut., inf. aux. aut.), inhalothérapeutes, spécialistes des troubles respiratoires, massothérapeutes pratiquant l'acuponcture, physiothérapeutes pratiquant l'acuponcture et ambulanciers paramédicaux

Veillez vous reporter à la section de l'Avenant des professionnels de la santé susmentionnée pour obtenir des renseignements supplémentaires.

DIRECTIVES DE TARIFICATION DES PRODUITS D'ENTREPRISE (04/03)

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)	I-6
PROTECTION PERSONNE CLÉ	I-13
PROTECTION PRÊT COMMERCIAL.....	I-11
RACHAT EN CAS D'INVALIDITÉ	I-2

RACHAT EN CAS D'INVALIDITÉ (04/03)

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 de six à dix 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;
- › 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;
- › Tout risque suscitant notre participation avec un autre assureur.

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 10 % dans l'entreprise et le besoin d'assurance doit ressortir clairement du rachat précis à couvrir. Nous considérerons exceptionnellement une participation de moins de 10 % sous réserve de l'approbation du Service de la tarification. 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 %.

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

Indemnisation maximale pour Rachat si une All comportant un délai de carence maximal de 120 jours n'a pas été souscrite auprès de nous	Indemnisation maximale pour Rachat si une All d'au moins 450 \$, comportant un délai de carence maximal de 120 jours a été souscrite auprès de nous
Délai de carence de 360 jours - 1 000 000 \$ Délai de carence de 540 jours - 1 500 000 \$ Délai de carence de 720 jours - 2 000 000 \$	Tout délai de carence – 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.

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

Veillez vous reporter au Tableau des exigences médicales dans la section Exigences médicales des Directives de tarification.

DOCUMENTATION PERTINENTE AU REVENU

Veillez vous reporter au Tableau des exigences financières dans la section Tarification et exigences financières.

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 (veuillez vous reporter au Profil du produit pour obtenir des renseignements supplémentaires)

Option d'assurance supplémentaire (OAS)

À chacune des dates d'option (tous les deux anniversaires de contrat), le titulaire peut souscrire de l'assurance additionnelle jusqu'à concurrence de 18 % du montant maximal pour le rachat. Lorsqu'une option est exercée, la prime additionnelle est établie en fonction de l'âge actuel de l'associé assuré.

Montant minimal de l'OAS : 5 000 \$

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

Âge	Montant maximal d'assurance
42 ans ou avant	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 de l'indemnisation maximale pour le rachat et du montant de l'option supplémentaire ne peut être supérieur aux Limites de souscription correspondant au délai de carence choisi.

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) (05/02)

CODE DU RÉGIME : 906

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 fixes mensuels d'une entreprise lorsque la personne assurée est partiellement ou totalement invalide.

RISQUES INADMISSIBLES

- › **Revenu :** Les proposant qui ne touchent pas un revenu professionnel annuel d'au moins 12 000 \$ n'ont pas droit à l'assurance Frais généraux d'entreprise.
- › **Adresses de l'entreprise et du domicile sont les mêmes :** l'assurance Frais généraux d'entreprise n'est pas offerte aux personnes dont l'adresse commerciale est la même que celle à domicile, à l'exception des professionnels sélectionnés de la catégorie 4A suivants : comptables (CA, CMA, CGA seulement), actuaires, architectes, chiropodistes, ingénieurs professionnels, avocats, notaires (Québec), optométristes, orthodontistes, ostéopathes, pharmaciens, médecins et chirurgiens, podiatres et psychologues (titulaires d'un doctorat).

En accordant une assurance FGE aux professionnels sélectionnés de la catégorie 4A dont l'adresse de l'entreprise et du domicile sont les mêmes, certaines dépenses seront peut-être limitées ou non comprises (p.ex., les services publics, le loyer ou l'intérêt hypothécaire, l'impôt foncier).

- › **Professions inadmissibles :** agriculteurs; camionneurs et tous les autres risques de la catégorie B
- › 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.

CATÉGORIES PROFESSIONNELLES ADMISSIBLES

4A, 3A, 2A, A

Catégories professionnelles admissibles 4A

- › **Professionnels à leur compte** dont le revenu est fonction de l'attention personnelle et régulière qu'ils consacrent à leurs fonctions professionnelles et qui sont responsables du paiement des frais associés au maintien de leur propre bureau (ceci s'applique aux sociétés individuelles et aux sociétés de personnes).

En accordant une assurance FGE aux professionnels sélectionnés de la catégorie 4A dont l'adresse de l'entreprise et du domicile sont les mêmes, certaines dépenses seront peut-être limitées ou non comprises (p.ex., les services publics, le loyer ou l'intérêt hypothécaire, l'impôt foncier).

- › **Actionnaires d'une société professionnelle**, s'ils acceptent d'indemniser la société des frais généraux d'entreprise engagés au cours d'une invalidité. Dans un tel cas, la société devrait être le titulaire de la police.
- › **Sociétés de personnes et professionnelles ayant un maximum de 5 associés ou actionnaires :** sont habituellement admissibles à l'assurance Frais généraux d'entreprise. L'admissibilité repose essentiellement sur le fait que l'entreprise subirait une perte certaine et importante de revenu si l'un des associés ou actionnaires devenait invalide.
- › **Sociétés de personnes ou professionnelles ayant entre six et dix associés ou actionnaires :** sont habituellement non 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 d'en démontrer le besoin 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 catégories professionnelles admissibles 4A, 3A, 2A et A

- › Les sociétés individuelles ou 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 travaillent dans un domaine où leurs services professionnels particuliers et personnels sont requis.
- › Les sociétés individuelles ou à deux associés ne comptant pas plus de 6 employés : pourraient être considérées pour l'assurance seulement si elles démontrent le besoin d'une assurance Frais généraux d'entreprise. Une lettre détaillée doit accompagner la proposition, exposant clairement que les services du proposant sont essentiels à la continuité des opérations.
- › Propriétaires d'entreprises de la catégorie 4A et 3A comptant un maximum de 10 employés : pourraient être considérés s'ils 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 détaillée doit accompagner la proposition, exposant clairement les services essentiels offerts par le proposant et dont il faudrait se priver en cas d'invalidité, ainsi que les conséquences financières en découlant.

Les proposant des secteurs suivants dont l'entreprise compte jusqu'à dix employés ne sont pas admissibles à cette assurance, et ce, sans exception : industrie de la construction, aménagement immobilier et vente au détail.

- › Les représentants d'assurance seront considérés aux fins de l'assurance Frais généraux d'entreprise :
 - a) si l'adresse de leur entreprise diffère de celle de leur domicile;
 - b) s'ils ne reçoivent pas de soutien financier (intégral ou partiel) de leur compagnie affiliée; et
 - c) s'ils ne comptent pas plus de trois employés à temps plein ou partiel.

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.

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 catégories 4A et 3A seulement, les personnes de 61 à 63 ans peuvent être considérées pour l'assurance avec une période d'indemnisation de 15 mois seulement et un délai de carence d'au moins 30 jours, sous réserve des critères énoncés à la section Limites pour les risques « surâgée » des Directives de tarification.

LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION POUR FGE

Catégorie :	4A*	3A	2A	A
Âge 18 - 60	20 000 \$	15 000 \$	7 000 \$	5 000 \$

* Les montants d'assurance excédant 20 000 \$ jusqu'à concurrence de 30 000 \$ seront considérés individuellement selon le cas, sous réserve d'une preuve financière et de l'approbation du Service de la tarification du dossier complet.

Les limites de souscription et de participation pour l'assurance Frais généraux d'entreprise excèdent celles pour l'assurance de protection du revenu. Toutefois, l'assurance Frais généraux d'entreprise ne sera pas considérée si l'assurance individuelle en cas d'invalidité du proposant excède nos limites de souscription et de participation ou si le proposant est surassuré en vertu de tout autre produit d'assurance à invalidité.

EXIGENCES MÉDICALES

Veillez vous reporter au Tableau des exigences médicales dans la section Exigences médicales des Directives de tarification.

DOCUMENTATION PERTINENTE AU REVENU

Veillez vous reporter au Tableau des exigences financières dans la section Tarification et exigences financières des Directives de tarification.

Une analyse des frais généraux est requise dans la proposition à moins que la documentation pertinente au revenu, y compris une analyse des frais, a été soumise avec la proposition. Si elle n'est pas incluse dans la proposition, une déclaration signée sera nécessaire sur réception du contrat, confirmant le montant des frais généraux mensuels.

Les renseignements financiers suivants devraient être clairement indiqués dans la proposition ou dans une note explicative soumise avec la proposition :

- › la part des frais remboursables actuels du proposant doit être correctement indiquée dans la proposition;
- › les frais non remboursables ne devraient pas être inclus;
- › les frais instables ou exceptionnellement élevés devraient être clarifiés;
- › si les autres professionnels sont des employés, leur salaire doit être omis.

Une attestation du revenu et des frais engagés est nécessaire au moment de soumettre une demande de règlement.

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES (veuillez vous reporter au Profil du produit pour obtenir des renseignements supplémentaires)

Prolongation de la garantie invalidité partielle par suite de blessure ou de maladie (H782)

Lorsque la personne assurée est partiellement invalide à compter de la date à laquelle la blessure ou la maladie est survenue ou après une période d'invalidité totale, elle reçoit 50 % de l'indemnité mensuelle maximale pendant une période maximale de six mois, ce qui remplace la garantie d'invalidité partielle dans la police.

Offerte aux catégories professionnelles 4A, 3A, 2A seulement.

OU

Indemnité pour invalidité résiduelle (H856)

Fournit une indemnité d'invalidité résiduelle de longue durée lorsque la personne assurée reçoit les soins et les traitements appropriés d'un médecin et lorsque les frais fixes remboursables en plus du coût des marchandises et services excèdent le revenu brut mensuel de l'entreprise d'au moins 200 \$.

Offerte aux catégories professionnelles 4A, 3A seulement.

Option d'assurance additionnelle Frais généraux - OAAFG (H862)

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.

Offerte aux catégories professionnelles 4A, 3A, 2A, A, aux personnes de 18 à 50 ans.

Montant maximal de l'option totale est égal au moins de :

- › 2 fois l'indemnité mensuelle de base;
- › 55 moins l'âge à la souscription (âge au plus proche anniversaire) X la tranche d'augmentation choisie; et
- › le maximum applicable par catégorie professionnelle (4A – 20 000 \$, 3A – 15 000 \$, 2A – 7 000 \$, A – 5 000 \$), moins l'indemnisation de base.

Montant maximal de l'option :

Catégorie 4A	1 500 \$
Catégorie 3A	1 000 \$
Catégorie 2A	500 \$
Catégorie A	200 \$

Avenant des professionnels de la santé (H1134)

L'assurance est obligatoire (à moins d'être refusée pour des raisons de tarification) aux professionnels de la santé suivants : médecins en titre, dentistes, chirurgiens dentaires, chiropraticiens, podiatres, techniciens de laboratoire professionnels, hygiénistes dentaires, assistants dentaires, denturologistes, acuponcteurs (médecins ou non-médecins), infirmiers (inf. aut., inf. aux. aut.) inhalothérapeutes, spécialistes des troubles respiratoires, massothérapeutes exerçant l'acuponcture, physiothérapeutes exerçant l'acuponcture et ambulanciers paramédicaux.

Indemnité complémentaire pour frais généraux (H721)

Une assurance additionnelle exigible au 180e jour d'invalidité peut être ajoutée à une police de base d'au moins 100 \$ par mois. Le délai de carence pour cet avenant doit être le même que celui pour l'assurance de base. L'avenant n'augmente pas l'indemnité d'invalidité partielle autrement exigible en vertu de la police.

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, une déclaration signée sera exigée à la délivrance, attestant de l'annexion d'un Avenant de non-cumul à 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. Si l'entreprise est une société de capitaux, c'est elle qui devrait être le titulaire de la police.

DROIT D'ÉCHANGE

Avant d'avoir atteint l'âge de 60 ans, une personne assurée en vertu de notre régime actuel Frais généraux d'entreprise peut demander de transformer sa police en une police individuelle équivalente dans l'ensemble, sous réserve de ce qui suit :

- › la police est en vigueur à ce moment-là; et
- › une nouvelle proposition est remplie (sans la partie 2 section médicale); et
- › la personne assurée n'est pas invalide au moment de la demande.

La personne assurée peut choisir le montant mensuel de l'indemnité en vertu de la nouvelle police, mais ce montant ne peut pas dépasser le **moindre de** ce qui suit :

- › 5 000 \$; ou
- › l'indemnité maximale pour frais mensuels remboursables indiquée aux conditions particulières.

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 vigueur au moment de la demande.

L'assurance sera établie en fonction de l'âge, des taux et de la catégorie à la date d'établissement de la police FGE, toutefois, elle indiquera la date courante.

Toute exclusion et/ou surprime applicable à la police originale s'appliqueront aussi à la nouvelle police.

Période d'indemnisation

2 ans.

Délai de carence

Le délai de carence sera le même, à moins que la police initiale ne comportait un délai de carence de 15 jours; le cas échéant, la police sera établie avec un délai de carence de 30 jours. Un délai de carence plus long peut être demandé.

Indemnisation mensuelle complémentaire

Si la police FGE comporte un avenant Indemnité complémentaire pour frais généraux, cette portion d'assurance sera alors transformée en une indemnisation mensuelle complémentaire (IMC) avec une période d'indemnisation de six mois.

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 %.

PROTECTION PRÊT COMMERCIAL (99/10)

RÉGIMES : 958 - Indemnisation périodique; 958L - Indemnisation forfaitaire

OBJECTIF/CLIENTÈLE

The Business Loan Protector policy has been developed to make the funds available to pay outstanding business loans and loan interest when the business owner becomes totally disabled.

Examples of eligible loans include loans for equipment, property and buildings used for the sole purpose of operating a business. The lump sum plan also covers lines of credit and account overdrafts.

RISQUES INADMISSIBLES

- › Prêts qui ne sont pas exigibles à une institution financière reconnue;
- › Les sociétés ouvertes, les cas de conjoints, de parents-enfants ou autres cas avec lien de dépendance, à l'exception des exploitations agricoles;
- › Les emprunts à des fins de placement, de souscription d'actions 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 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 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.

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 la section Exigences médicales dans les Directives de tarification.

DOCUMENTATION PERTINENTE AU REVENU

Veuillez vous reporter au Tableau des exigences financières dans la section de la Tarification et exigences financières des Directives de tarification.

Au moment de la demande de règlement, une lettre du bailleur de fonds sera exigée attestant l'existence du prêt commercial.

AUTRES EXIGENCES DE TARIFICATION

Lorsque le montant d'assurance demandé excède 50 000 \$, nous exigeons une lettre d'un établissement financier reconnu, confirmant le montant dû par l'entreprise en ce qui concerne les prêts commerciaux et la raison pour laquelle le prêt a été accordé.

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

Avenant des professionnels de la santé (H1134)

L'assurance est obligatoire (à moins d'être refusée pour des raisons de tarification) aux professionnels de la santé suivants : médecins en titre, dentistes, chiropratistes, podiatres, techniciens de laboratoire professionnels, hygiénistes dentaires, assistants dentaires, denturologistes, acuponcteurs (médecins et non-médecins), infirmiers (inf. aut., inf. aux. aut), inhalothérapeutes, spécialistes des troubles respiratoires, massothérapeutes exerçant de l'acuponcture, physiothérapeutes exerçant de l'acuponcture et les ambulanciers paramédicaux.

TITULAIRE DE POLICE

Cette section dans la proposition doit être entièrement remplie.

CESSION

La police peut être cédée au bailleur de fonds.

PROTECTION PERSONNE CLÉ (04/03)

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 sociétés ouvertes, les cas de conjoints, de parents-enfants ou autres cas avec lien de dépendance ne sont pas admissibles à l'assurance Protection Personne clé.
- › 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;
- › Les grandes sociétés comptant un nombre important d'employés et dont les bénéficiaires sont élevés;
- › 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 15 000 \$ par mois.

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 la section Exigences médicales des Directives de tarification.

DOCUMENTATION PERTINENTE AU REVENU

Veillez vous reporter au Tableau des exigences financières dans la section Tarification et exigences financières des 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), aux professionnels de la santé suivants : médecins en titre, dentistes, chiropraticiens, podiatres, techniciens de laboratoires professionnels, hygiénistes

dentaires, assistants dentaires, denturologistes, acuponcteurs (médecins et non-médecins), infirmiers (inf. aut., inf. aux. aut.), inhalothérapeutes, spécialistes des troubles respiratoires, massothérapeutes exerçant l'acuponcture, physiothérapeutes exerçant l'acuponcture et ambulanciers paramédicaux

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 est au service d'une grande société rentable;
- › 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 (04/02)

INDEX

ACTIVITÉS EXTRAPROFESSIONNELLES ET SPORTS	J-12
ADMINISTRATION DE LA POLICE MALADIE GRAVE	J-17
ÂGE À LA SOUSCRIPTION	J-5
AIDE-MÉMOIRE SUR L'ADMISSIBILITÉ	J-2
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX	J-7
ASSURANCE D'ENTREPRISE	J-11
AVENANT - AUGMENTATION SYSTÉMATIQUE DES PRESTATIONS	J-14
AVENANT - INDÉPENDANCE FONCTIONNELLE	J-15
AVENANT - REMBOURSEMENT DES PRIMES À L'ÉCHÉANCE	J-14
AVIATION	J-12
CATÉGORIES PROFESSIONNELLES	J-5
CRÉDIT DE REFONTE	J-18
DIFFÉRENCES ENTRE L'ASSURANCE INVALIDITÉ ET MALADIE GRAVE	J-9
DIFFÉRENCES ENTRE L'ASSURANCE VIE ET MALADIE GRAVE	J-9
DOSSIER DE CONDUITE	J-13
ENFANTS : DIRECTIVES RELATIVES À L'ASSURANCE POUR ENFANTS	J-12
EXIGENCES MÉDICALES	J-6
EXIGENCES MÉDICALES - NOTES	J-6
EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ	J-15
GARANTIES COMPLÉMENTAIRES	J-14
LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION	J-5
MODIFICATION COORDONNATRICE DE GROUPE OU D'ASSOCIATION	J-11
MODIFICATIONS DE POLICE	J-17
NON-FUMEUR : DÉFINITION	J-7
NOTE DE COUVERTURE	J-4
PROPOSITIONS À REMPLIR	J-4
RÉDACTION DE LA PROPOSITION	J-4
RÉDUCTION DE PRIMES	J-5
RÉEXAMEN DE RISQUE TARÉ	J-18
REFONTES ET AUGMENTATIONS	J-18
RÉGIME D'INDEMNITÉS POUR PERTE DE SALAIRE	J-11
REMISES EN VIGUEUR OU RÉEXAMEN DE RISQUE TARÉ	J-18
RÉSIDENCE ET VOYAGE À L'ÉTRANGER	J-13
RISQUE TARÉ	J-8
RISQUES PROFESSIONNELS	J-13
SAUVEGARDE DE L'ÂGE AU MOYEN D'UNE ANTIDATE	J-4
TARIFICATION FINANCIÈRE	J-10
TARIFICATION MÉDICALE	J-6
TAUX DE PRIMES	J-5

CONSULTATION DE L'AIDE-MÉMOIRE SUR L'ADMISSIBILITÉ (04/01)

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 (au cours des deux dernières années)	Lupus érythémateux systémique
Accident ischémique transitoire	Maladie d'Alzheimer
Accident vasculaire cérébral	Maladie de Parkinson
Acrosyndrome	Maladie polykystique des reins
Angine	Maladie rénale chronique
Angioplastie	Paralysie bulbaire progressive
Cancer *	Paralysie permanente
Cécité (peut être exclue)	Paralysie pseudo-bulbaire progressive
Chirurgie pour insuffisance cardiaque valvulaire	Polypes du colon**
Chorée de Huntington	Pontage coronarien
Crise cardiaque	Sclérose en plaques (SP)
Diabète (insulinodépendant)	Sclérose latérale amyotrophique - SLA (communément appelée maladie de Lou Gehrig)
Drépanocytose	Sclérose latérale primitive
Fibrose kystique	SIDA (maladie reliée au SIDA ou état séropositif)
Greffe d'organe important	Surdité (peut être exclue)
Hépatite chronique (autre que le type A)	
Insuffisance rénale	

- * Les proposants atteints de certains cancers de la peau, à l'exception des mélanomes ou de certains cancers au stade initial peuvent être admissibles à une assurance. Consultez le Service de la tarification avant de déposer une proposition.
- * Certaines formes de cancer des testicules peuvent être admissibles à une assurance 5 ans après la fin du traitement réussi. Toute proposition d'assurance d'un client ayant des antécédents de cancer des testicules doit être examinée par le Service de la tarification avant la présentation de la proposition.
- ** Si des polypes du côlon sont présents, l'assurance n'est pas offerte. Une fois qu'ils ont été enlevés et qu'une biopsie a été effectuée, l'assurance pourrait être offerte selon les détails médicaux. 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 n'étant pas des immigrants en règle;

Personnes ayant l'intention d'habiter à l'extérieur du Canada;

Enfants, si tous les frères et sœurs admissibles n'ont pas déposé une proposition d'assurance en cas de maladie grave et dont les parents n'ont pas une telle assurance en vigueur ou à l'étude (veuillez vous reporter aux directives de la Tarification financière dans cette même section pour obtenir des renseignements supplémentaires).

RÉDACTION DE LA PROPOSITION (04/04)

PROPOSITIONS À REMPLIR POUR L'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE (MG) (04/01)

Pour déposer une proposition d'assurance Maladie grave, nous pouvons utiliser l'un des formulaires suivants :

- › Proposition Maladie grave distincte (83551 - formulaire français, 83550 - formulaire anglais); **ou**
- › Proposition standard dûment remplie (83531 - formulaire français, 83530 - formulaire anglais); **ou**
- › La seule proposition acceptable pour les proposants âgés entre 2 et 17 ans, est celle de la Police Rétablissement d'une maladie grave pour enfant (83553 – formulaire français, 83552 – formulaire anglais), puis ceci s'applique seulement jusqu'à concurrence de 3 enfants par proposition.

SAUVEGARDE DE L'ÂGE AU MOYEN D'UNE ANTIDATE (04/01)

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 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.

NOTE DE COUVERTURE (04/04)

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

La Note de couverture pour l'assurance en cas de maladie grave ne protège pas l'assurabilité du proposant, comme c'est le cas pour l'assurance invalidité.

L'assurance n'est pas conditionnelle aux exigences médicales d'office pour satisfaire à la Note de couverture, comme c'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 refonte de police, contrairement à l'assurance invalidité, aucune Note de couverture n'est applicable à moins que le proposant réponde aux critères d'admissibilité stipulés dans la Demande de Note de couverture relative aux propositions d'assurance maladie grave et qu'un acompte de prime a été reçu. L'assurance provisoire est offerte sous réserve des modalités stipulées par 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 figurant aux propositions d'assurance maladie grave, pour connaître le libellé exact.

RÉDUCTIONS DE PRIMES (04/04)

RABAIS DE GROUPE IMPORTANT

Ce type de rabais est destiné aux groupes importants de type employeur/employés. L'approbation préalable de notre bureau est requise et un recensement sur l'employeur doit être soumis au Service de la tarification avec toute demande. Les rabais de groupe important sont obligatoires pour les groupes excédant 25 employés. Veuillez vous reporter à la section Administration de la police pour obtenir plus de renseignements.

RÉDUCTION SÉLECTE

Cette réduction est uniquement offerte aux enfants de 2 à 17 ans, si au moins un parent ou l'un des grands-parents a une Police Rétablissement d'une maladie grave en vigueur ou à l'étude auprès de nous.

ÂGES À LA SOUSCRIPTION (04/01)

Temporaire 10 (irrévocable) transformable jusqu'à 65 ans; maintien garanti jusqu'à 75 ans	18 - 64
Primes nivelées jusqu'à 65 ans (maintien garanti)	2 - 60
Primes nivelées jusqu'à 75 ans (maintien garanti)	2 - 65
Primes nivelées jusqu'à 75 ans (maintien garanti pour ÉSG facultatif)	18 - 65
Primes nivelées jusqu'à 75 ans (irrévocable)	2 - 65
Primes nivelées jusqu'à 100 ans (irrévocable) avec options à 75 ans :	2 - 65

LIMITES DE SOUSCRIPTION ET DE PARTICIPATION (04/01)

- › Le montant minimal d'assurance est de 10 000 \$
- › Le montant maximal d'assurance est de 1 000 000 \$ *
- › La participation maximale auprès d'autres entreprises est de 1 000 000 \$*
- › L'assurance est établie en multiples de 1 000 \$

* Les montants d'assurance dépassant 1 000 000 \$, jusqu'à concurrence de 2 000 000 \$, peuvent être considérés exceptionnellement, sous réserve de l'approbation du Service de la tarification.

CATÉGORIES PROFESSIONNELLES (04/01)

Les catégories professionnelles n'entrent pas en ligne de compte lors de l'établissement des Polices Rétablissement d'une maladie grave.

TAUX DE PRIMES (99/10)

- › 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 (0 - 49 999 \$; 50 000 - 99 999 \$; 100 000 \$ et plus).

TARIFICATION MÉDICALE (04/04)

EXIGENCES MÉDICALES (04/01)

ÂGE	SANG, URINE, PARA	SANG, URINE, PARA ET ÉCG	SANG, URINE, EXAMEN ET ÉCG
18 - 40	Plus de 249 999 \$	S/O	S/O
41 - 50	100 001 \$ - 250 000 \$	Plus de 250 000 \$	S/O
51 - 55	25 001 \$ - 100 000 \$	Plus de 100 000 \$	S/O
56 - 60	0 - 100 000 \$	Plus de 100 000 \$	S/O
61 - 65	S/O	0 - 250 000 \$	Plus de 250 000 \$

NOTES CONCERNANT LES EXIGENCES MÉDICALES POUR L'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE

- › Une analyse d'urine/un test de dépistage du VIH, une analyse sanguine, un test de dépistage d'hépatite, un examen médical effectué par un médecin sont considérés à jour s'ils remontent à moins de six mois.
- › Un électrocardiogramme (ÉCG) est considéré à jour s'il remonte à moins d'un an.
- › MONTANT TOTAL DE L'ASSURANCE
Comprend :
 - › 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 pour obtenir le montant total de l'assurance aux fins de l'établissement des exigences médicales.
- › **Il n'y a pas d'exigences médicales d'office pour les personnes de 17 ans et moins,** toutefois, au cours du processus de la tarification des exigences pourraient être demandées selon les réponses fournies dans la proposition.
- › 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.

Exemple :

Une personne de 45 ans a une assurance en cas de maladie grave en vigueur de 200 000 \$ comportant un avenant Augmentation systématique des prestations, établie aux conditions normales; au moment de la soumission de la proposition, une analyse sanguine, une analyse d'urine, un examen paramédical et un ÉCG ont été soumis. Il a maintenant déposé une proposition d'assurance additionnelle de 100 000 \$ en cas de maladie grave. Exigences médicales actuelles : aucunes.

- › Si le proposant dépose une proposition d'assurance en cas de maladie grave et d'assurance individuelle en cas d'invalidité, veuillez vous reporter au tableau des exigences médicales pour assurance en cas de maladie grave et au tableau des exigences médicales pour assurance individuelle en cas d'invalidité afin de déterminer les exigences médicales globales. Les exigences systématiques du plus haut niveau s'appliquent.

Exemple :

Un chirurgien cardiologue de 42 ans dépose une proposition d'assurance en cas de maladie grave de 200 000 \$ et d'assurance individuelle en cas d'invalidité de 3 000 \$ par mois. Exigences médicales : une analyse sanguine avec dépistage de l'hépatite, une analyse d'urine et un examen paramédical (en fonction à la fois des exigences d'assurance invalidité (AI) à l'intention des professionnels de la santé et du tableau des exigences pour assurance en cas de maladie grave).

- › Le test de dépistage de l'hépatite n'est pas considéré une exigence de routine pour l'assurance en cas de maladie grave, à moins que la proposition d'assurance soit déposée conjointement avec une proposition d'assurance Invalidité qui exige d'office un test de dépistage de l'hépatite.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (04/01)

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 (04/02)

Pour avoir droit aux taux de non-fumeur, 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 tout produit du tabac et tout produit de désaccoutumance au tabac, y compris la gomme à mâcher à la nicotine ou les timbres ou autres produits semblables, ainsi que la marijuana.
- › 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.

Les taux de non-fumeur sont aussi offerts lorsque tous les critères suivants ont été satisfaits :

- › Un maximum de 12 cigares par année;
- › Une analyse d'urine qui est négative pour la cotinine;
- › Aucun problème de santé n'existe qui serait touchée par le tabagisme ou y serait reliée;
- › L'usage du cigare est déclaré sur la proposition.

La présente considération quant aux cigares ne s'applique pas aux propositions d'ÉSG.

Il est essentiel que le producteur et le proposant établissent clairement le droit de ce dernier aux taux de non-fumeur 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 des taux de fumeur à non-fumeur 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 taux de non-fumeur.
- › 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 de non-fumeur.

RISQUE TARÉ (04/01)

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 résultats techniques (morbidité) 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;
- › 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 extraprofessionnelle (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 IMPORTANTES ENTRE L'ASSURANCE INVALIDITÉ ET MALADIE GRAVE AUX FINS DE LA TARIFICATION

Maladie :	Différence :
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 nerveux	Moins grave
Troubles musculo-squelettiques	Moins grave

DIFFÉRENCES IMPORTANTES ENTRE L'ASSURANCE VIE ET MALADIE GRAVE AUX FINS DE LA TARIFICATION

Maladie :	Différence :
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 nerveux	Moins grave

TARIFICATION FINANCIÈRE (04/01)

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 :**
 - › Jusqu'à l'âge de 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 enfants âgés de 2 à 17 ans :** afin d'éviter toute anti-sélection et de protéger le bien-être de l'enfant, tous les enfants d'une même famille doivent souscrire à ou avoir une assurance Maladie grave d'un même montant en vigueur, et ce, d'après leur groupe d'âge. Il est aussi attendu que les parents ont une assurance Maladie grave en vigueur ou à l'étude dont l'indemnisation est égale ou supérieure à celle de tout enfant. Les exceptions à cette règle seront considérées individuellement, dépendant de la raison fournie pour obtenir une telle considération.
5. **Les enfants âgés de 2 à 4 ans :** peuvent souscrire à une assurance allant jusqu'à 100 000 \$.
6. **Les enfants âgés de 5 à 17 ans :** peuvent souscrire à une assurance allant jusqu'à 100 000 \$. Une assurance maximale de 250 000 \$ peut être considérée si le parent qui est le salarié principal a une assurance d'un montant d'au moins 2 fois le montant d'assurance Maladie grave pour enfant et si le conjoint a au moins autant d'assurance que l'enfant. Toute assurance de plus de 100 000 \$ doit faire l'objet d'un entretien sur les antécédents personnels.
7. **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.
8. **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 section Limites particulières aux étudiants dans la section Tarification et exigences financières) peuvent souscrire à une assurance allant jusqu'à 250 000 \$.
9. **Étudiants universitaires :** peuvent souscrire à une assurance allant jusqu'à 250 000 \$.
10. **Les proposant qui reçoivent des prestations d'aide sociale ne sont pas admissibles à l'assurance.**

11. Les proposant sur le chômage ou en invalidité : Ces cas seront considérés individuellement, mais ne seront probablement pas assurables. Veuillez déposer une proposition préliminaire.

Nota : 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, un rapport du bénéficiaire et un état financier de l'entreprise.

MODIFICATION COORDONNATRICE DE GROUPE/D'ASSOCIATION

Ne s'applique pas.

MODIFICATION – RÉGIME D'INDEMNITÉS POUR PERTE DE SALAIRE

Ne s'applique pas.

CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES TOUCHANT LA TARIFICATION (04/04)

AVIATION (04/01)

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 (04/01)

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.

ASSURANCE POUR ENFANTS (04/01)

› **Proposition** : jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 18 ans ou l'âge de la majorité dans la province de résidence, la seule proposition acceptable est celle Maladie grave pour enfants (version française – 12037F, version anglaise – 12036E)

› **Âge assurable minimal** : 2 ans

› **Limites maximales de souscription** :

âgés de 2 à 4 ans	100 000 \$
âgés de 5 à 17 ans	100 000 \$ (Maximum de 250 000 \$, sous réserve de l'approbation du Service de la tarification)

› **Régimes offerts** : Tous les régimes à l'exception du régime Temporaire de 10 ans

› **Garanties complémentaires offertes** : avenant Remboursement des primes à l'échéance
avenant Augmentation systématique des prestations – la somme de l'indemnisation de base et de toute augmentation systématique de prestations ultérieure ne peut pas dépasser les limites maximales de souscription et de participation.

Nota : l'avenant Indépendance fonctionnelle et/ou l'avenant Exonération des primes en cas d'invalidité peuvent être ajoutés dans les 2 années suivant le 18e anniversaire de naissance de la personne assurée (ou l'âge de la majorité dans la province de résidence) en tant que modification de police. La modification de police fera l'objet d'une tarification médicale et sera assujettie aux directives de modification de police alors en vigueur.

› **Titulaire de police et indemnisation** : Seulement un parent ou tuteur légal d'une personne mineure peut être le titulaire de police. L'appropriation peut ensuite être transférée à la personne assurée après avoir atteint l'âge de la majorité (18 ou 19 ans d'après la province de résidence), sous réserve de nos directives habituelles de changement de titulaire. Pendant que la personne assurée est une personne mineure, toutes les indemnités exigibles sont versées au titulaire de police. Le titulaire peut être un ou les deux parents, ou le tuteur légal. Même si les deux parents ou plus d'un tuteur sont les titulaires de police, seulement un parent ou un tuteur doit signer la proposition et les formulaires d'autorisation.

DOSSIER DE CONDUITE (04/01)

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.

RÉSIDENCE ET VOYAGE À L'ÉTRANGER (04/01)

Les taux et les directives de tarification de la Police Rétablissement d'une maladie grave sont basés sur la fréquence des maladies assurées au Canada. Par conséquent, les taux de nos polices ne conviennent pas aux résidents d'autres pays.

Bien qu'ils soient géographiquement à proximité, la fréquence des affections relatives à l'assurance maladie grave au Canada et aux États-Unis peut se différencier considérablement. Ainsi, les Canadiens ayant l'intention de déménager aux États-Unis ou à tout autre pays ne sont pas admissibles à cette assurance.

Les voyages prolongés aux pays considérés politiquement instables, ou encore, où les établissements et les traitements médicaux sont inadéquats ou tout simplement inexistant, représentent un risque plus élevé d'une blessure, d'une maladie ou d'une infection. Ce risque accru peut faire en sorte que l'assurance soit refusée ou offerte avec une surprime.

Nous ne pouvons pas considérer une assurance en cas de maladie grave pour quiconque n'étant pas un résident permanent au Canada. De plus, ceux qui n'habitent pas au Canada depuis au moins 1 année complète ou qui ne sont pas encore des immigrants en règle, ne peuvent pas être considérés pour cette assurance.

RISQUES PROFESSIONNELS (04/01)

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 (04/01)

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

AVENANT – REMBOURSEMENT DES PRIMES À ÉCHÉANCE

Âges d'admissibilité : 2 - 60 (mais 18 à 60 ans pour le régime Temporaire de 10 ans)

Régimes offerts : tous les régimes, sauf le régime jusqu'à 100 ans (voir le Remboursement des primes au décès intégré à la police de base)

Avenant H1154 – régime 957

Avenant H1155 – régimes 959, 947, 979

Avenant H1153 – régime 936

Nous verserons une indemnité de remboursement des primes à l'échéance au titulaire, si la Police Rétablissement d'une maladie grave est en vigueur à la date d'échéance de la police (au 65e ou 75e anniversaire de naissance) et s'il n'y a aucune indemnité de maladie grave ou indemnité au titre de l'avenant Indépendance fonctionnelle exigible ou à l'étude. Aux fins du régime Temporaire de 10 ans, la date d'échéance est le 75e anniversaire de naissance.

L'indemnité de remboursement des primes est égale au moindre :

- › De l'indemnisation totale de la police; et
- › Des primes versées aux termes de cette police (y compris les avenants et les surprimes) alors que le présent avenant était en vigueur.

Toute prime exonérée ou remboursée (si l'avenant Exonération des primes en cas d'invalidité est souscrit) et toute indemnité versée au titre de l'avenant Indépendance fonctionnelle (si souscrit) seront déduites de cette indemnité.

AVENANT – AUGMENTATION SYSTÉMATIQUE DES PRESTATIONS

Âges d'admissibilité : 2 - 45

Régimes offerts : tous les régimes, sauf le régime Temporaire de 10 ans (936), dont le montant d'assurance initial est de moins de 500 000 \$.

Avenant H1152

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 2e 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.

Le montant de l'augmentation offerte aux termes de cet avenant est égal à 100 % de l'indemnisation de base du contrat pour maladie grave.

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 :**

- a) nos directives de tarification financière publiées; ou
- b) nos limites maximales de souscription et de participation.

Toute augmentation automatique des prestations ayant lieu durant la période d'attente pour maladie grave ou le délai de carence pour l'avenant Indépendance fonctionnelle (le cas échéant), ne s'appliquera pas à la demande de règlement en question.

AVENANT – EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ

Âges d'admissibilité : 18 - 55

Régimes offerts : tous les régimes

Avenant H1157 – régime 957

Avenant H1159 – régime 959

Avenant H1158 – régime 947

Avenant H1156 – régime 936

Avenant H1161 – régime 980

Avenant H1160 – régime 979

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.

Invalide signifie que la personne assurée est incapable d'accomplir toute profession qu'elle est raisonnablement apte à exercer compte tenu de son éducation, de sa formation et de son expérience. Toutefois, si la personne assurée détient toute autre police d'assurance individuelle accident ou maladie auprès de nous, nous renoncerons aux primes pour maladie grave lorsque nous renonçons aux primes au titre de la police d'assurance individuelle accident ou maladie.

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 accident et maladie qu'elle a souscrite auprès de notre compagnie).

Cet avenant est assujéti à toute exclusion se rattachant au contrat de base pour maladie grave.

AVENANT INDÉPENDANCE FONCTIONNELLE

Âges d'admissibilité : 18 - 55

Régimes offerts : tous les régimes à l'exception du régime Temporaire de 10 ans (936)

Avenant H1148 – Régime 957

Avenant H1149 – Régime 959

Avenant H1147 – Régimes 947 et 980

Avenant H1151 – Régime 979

Cet avenant prévoit des prestations pour certains frais réguliers qui pourraient découler de problèmes de santé gravement invalidants non-attribuables à l'une des maladies graves assurées.

Après avoir satisfait au délai de carence de 60 jours, nous payerons 1/60e de l'indemnisation totale chaque mois que la personne assurée :

- a) est incapable d'accomplir au moins deux des six activités de la vie quotidienne (AVQ) dans son environnement habituel sans recevoir chaque jour une aide physique importante d'une autre personne. Si des transformations du domicile et/ou des appareils ou du matériel adaptés lui permettent d'accomplir un AVQ sans assistance, elle ne serait pas jugée incapable d'accomplir cet AVQ; ou
- b) souffre de troubles cognitifs, c'est-à-dire qu'elle a subi une détérioration importante de ses fonctions cognitives ou de ses capacités intellectuelles, de sorte qu'elle a besoin de la présence constante, de l'assistance immédiate et de la stimulation verbale d'un autre adulte pour assurer sa propre protection et celle des autres.

Les six activités de la vie quotidienne sont : toilette, évacuation, continence, habillage, déplacement (par exemple : de la chaise au lit), alimentation.

Toute indemnité versée au titre de cet avenant réduira l'indemnité exigible pour maladie grave. Une fois que l'indemnisation totale au titre de cet avenant ou la police est versée, la police et tous les avenants prennent fin.

Pourvu que la personne assurée n'ait pas satisfait au délai de carence ou ne reçoive pas une indemnité en vertu de l'avenant Indépendance fonctionnelle, celui-ci prendra fin au 65e anniversaire de la personne assurée.

ADMINISTRATION DE LA POLICE (04/04)

MODIFICATIONS DE POLICE (04/01)

Les modifications suivantes sont offertes au titre de tous les régimes qui ne sont pas des ÉSG*, à l'exception du régime Temporaire de 10 ans (T10)**, mais seulement si la police initiale avait été établie en fonction d'une version de régime permettant de telles garanties.

Type de modification	Disponibilité	Formulaire requis	Souscrit	Modification ou refonte	Taux – âge au plus près anniversaire
Ajout de l'avenant Remboursement des primes	En tout temps – pour les régimes établis en fonction de la date de version du 2 octobre 2000 ou plus tard	Demande de remise en vigueur et/ou de modification de police - Partie 1 (nom et adresse) et Section D OU Une demande, signée par le titulaire de police, pour ajouter cette garantie	Non	Modification	Oui, la prime est un pourcentage de la prime annualisée courante.
Ajout de l'avenant Indépendance fonctionnelle	Deux ans suivant la date initiale de l'établissement de la police	Demande de remise en vigueur et/ou de modification de police - Partie 1 (nom et adresse) Sections B et D, puis Partie 2	Oui	Modification	Oui – sur la portion de l'avenant Indépendance fonctionnelle seulement
Ajout de l'avenant Exonération des primes	Deux ans suivant la date initiale de l'établissement de la police, Régimes avec la date de version du 2 octobre 2000 ou plus tard	Demande de remise en vigueur et/ou de modification de police - Partie 1 (nom et adresse) Sections B et D, puis Partie 2	Oui	Modification	Oui – sur la portion de l'avenant Exonération des primes seulement
Ajout de l'avenant Augmentation systématique des prestations	Non disponible par une modification de police – exige une refonte	Nouvelle proposition	Oui	Refonte	Oui – sur la nouvelle police entière

* The above are available on GSI issued cases subject to approval from Advanced Underwriting.

** Polices Temporaires de 10 ans (T10)

Les garanties complémentaires ne sont pas offertes après l'établissement de toute police T10. Afin d'obtenir toute garantie complémentaire en vertu d'un régime T10, le régime T10 doit être refondu en une nouvelle police à l'âge et aux taux actuels. Cette refonte est assujettie à une nouvelle proposition faisant l'objet d'une tarification complète, avec une seule exception :

Si la garantie demandée est l'avenant Remboursement des primes et la police provient de l'un de nos produits les plus récents (i.e. date de version courante), nous accorderons la refonte sans tarification. Veuillez vous reporter au tableau suivant.

Régime T10	Formulaire requis	Souscrit	Taux – Âge au plus près anniversaire
Version et régime de portefeuille courants seulement	Demande de remise en vigueur et/ou de modification de police – Partie 1, Section D seulement	Non	Oui – sur la nouvelle police entière
Toute version ou régime de portefeuille précédents	Nouvelle proposition	Oui	Oui – sur la nouvelle police entière

REFONTES ET AUGMENTATIONS (04/01)

Autres que les modifications de police susmentionnées, 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'une refonte 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 refonte 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 refonte. 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.

CRÉDIT DE REFONTE (04/01)

Un crédit de refonte peut être offert si le proposant transforme une assurance individuelle en cas d'invalidité (All) en vigueur en un régime Police Rétablissement d'une maladie grave (par exemple : à la retraite). La disponibilité d'un crédit de refonte dépendra de l'assurance individuelle en cas d'invalidité alors en vigueur. Veuillez vous reporter aux règlements du crédit de refonte dans la section Administration de la police des Directives de tarification.

REMISES EN VIGUEUR OU RÉEXAMEN DE RISQUE TARÉ (04/01)

Étant donné la nature particulière de ce produit, la Demande de remise en vigueur et/ou de modification de police ne fournit pas toutes les précisions nécessaires pour déterminer l'assurabilité du proposant. Par conséquent, nous avons besoin de la proposition Police Rétablissement d'une maladie grave, dûment remplie (formulaire 83551 – français; 83550 – anglais) ou, le cas échéant, MG pour enfants no 83553 – Français; 83552 – anglais) pour considérer la remise en vigueur de toute police en cas de maladie grave tombée en déchéance ou pour réviser toute police tarée.

ADMINISTRATION DE LA POLICE

APPENDICE

INDEX

À propos de RBC Assurances

RBC Assurances, par le biais de ses filiales d'exploitation, notamment la Compagnie d'assurance vie RBC, fournit une gamme étendue de produits d'assurance crédit, vie, maladie, voyage, habitation, auto et réassurance à plus de cinq millions de clients en Amérique du Nord. L'un des dix premiers producteurs d'assurance vie au Canada et le producteur le plus important en termes de prestations versées du vivant de l'assuré, la Compagnie d'assurance vie RBC offre un portefeuille complet de solutions en matière d'assurance vie et maladie destinées aux particuliers et aux groupes. Ces produits sont distribués par le biais de plus de 17 000 courtiers indépendants affiliés à des producteurs, des sociétés de planification financière et des maisons de courtage ainsi que par ventes directes et par l'intermédiaire des représentants du Réseau producteurs de carrière.



Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter le site www.rbcassurances.com.

Assureur : Compagnie d'assurance vie RBC

® Marques déposées de la Banque Royale du Canada. Utilisées sous licence.

83277 (2004/12)