

GUIDE DU CONSEILLER

L'expertise
en assurance
santé et
voyage



Coordonnées utiles

Ententes et commissions

Téléphone : 514 286-2626 / 1 800 361-2538 (option 2 puis option 2)

Courriel : ententes.commissions@qc.croixbleue.ca

Info-Partenaires

Administration des contrats

Sélection des risques

Téléphone : 514 286-2626 / 1 800 361-2538 (option 2 puis option 1)

Courriel : info.partenaires.sante@qc.croixbleue.ca

Règlements

Règlements, assurances vie et invalidité

Téléphone : 1 800 300-5002

Télécopieur : 1 877 590-7504

Courriel au Québec : reglementsvie.invalidite@qc.croixbleue.ca

Courriel en Ontario : reglementsvie.invalidite@ont.croixbleue.ca

Adresse postale

Québec

Croix Bleue du Québec

1981, avenue McGill College, bureau 105

Montréal (Québec) H3A 0H6

Ontario

Ontario Blue Cross

C.P. 4433, succursale A

Toronto (Ontario) M5W 3Y7

Table des matières

APERÇU DES PRODUITS CROIX BLEUE **1**

1.	Assurance santé personnelle AMI	1
	Tableau 1.1 AMI	1
2.	Blue Choice, Blue Choice Balance et Basic Blue Choice	1
	Tableau 2.1 Blue Choice	1
	Tableau 2.2 Blue Choice Balance	1
	Tableau 2.3 Basic Blue Choice	1
3.	Blue Vision	2
	Tableau 3.1 Plan Global	2
	Tableau 3.2 Plan Express	2
4.	Flex Bleue	3
	Tableau 4.1 Plan Flex	3
	Tableau 4.2 Plan Express	3
5.	Plan hypothécaire	4
	Tableau 5.1 Garanties hypothécaires	4
6.	Tangible	4
	Tableau 6.1 Garanties Tangible	4

ENTENTES ET COMMISSIONS **5**

1.	Le Service ententes et commissions : son rôle	5
2.	Soumettre une demande d'entente	5
	2.1 Documents requis	5
	2.2 Certificats exigés	5
	2.3 L'assurance responsabilité	6
3.	Exigences pour vendre les produits d'assurance Croix Bleue	6
4.	Commissions des partenaires	6
	4.1 Rapports des commissions	6
	4.2 Taux de commissions des partenaires	6
	4.3 Paiement des commissions	6
	4.4 Fréquence de versement des commissions	7
5.	Modifier un dossier	7
	5.1 Changement de coordonnées	7
	5.2 Changement de compte bancaire	7
6.	Types d'assurances vendues par nos partenaires	7
	6.1 Assurance individuelle (produits santé)	7
	6.2 Assurance voyage (produits voyages)	8
7.	T4-A et relevé 1	8

8.	Transfert de portefeuille	8
9.	Parrainage de nouveaux conseillers	8
9.1	Parrainage en Ontario	9
9.2	Parrainage dans les provinces de l'Atlantique	10

ADMINISTRATION DES CONTRATS **11**

1.	Le Service d'administration des contrats : son rôle	11
2.	Soumettre une nouvelle proposition	11
2.1	Souscrire des garanties du Plan Express et du Plan Flex	11
2.2	Souscrire une assurance hypothécaire	11
3.	Documents acceptés par voie électronique	12
4.	Renseignements acceptés par voie électronique	12
5.	Modes et fréquences de paiement des primes	12
5.1	Débit préautorisé (DPA)	12
5.2	Carte de crédit	13
5.3	Chèque	13
6.	Note de couverture	13
7.	Rapport de suivi des propositions soumises	13
8.	Modification d'une police	14
8.1	Prise d'effet des modifications d'une police en vigueur	14
8.2	Modifications possibles	14
9.	Renouvellement	16
10.	Remise en vigueur	16
	Tableau 10.1 Normes	16
11.	Redater et antidater un contrat	17
11.1	Redater un contrat	17
11.2	Antidater un contrat	17
12.	Resouscrire	17
13.	Annulation d'un contrat	17
13.1	Annulation par l'assuré	17
13.2	Annulation par l'assureur faute de paiement de la prime	18
13.3	Annulation par l'assureur faute de suite	18
13.4	Annulation au décès de l'assuré	18
14.	Reçu d'impôts	18
15.	Documents envoyés par l'assureur	18
	Tableau 15.1 Documents envoyés par Croix Bleue	19

SÉLECTION DES RISQUES **20**

1.	Le tarificateur : son rôle	20
2.	Conditions d'admissibilité	20
2.1	Assurance invalidité	20
2.1.1	Profession régulière	20
	• Le client doit occuper son emploi courant depuis au moins deux (2) ans.	20
	• Le contrat doit être approuvé au taux régulier ou avec exclusion(s). Une surprime engendre automatiquement un refus de cette garantie.	20
2.1.2	Maternité	20
2.2	Statut non-fumeur	20
2.3	Conditions spécifiques aux immigrants reçus	21
2.4	Indice de masse corporelle	21
	Tableau 2.4.1 Guide de référence du risque selon l'IMC	21
	Tableau 2.4.2 Guide d'IMC pour les adultes (18 et plus) basé sur Santé Canada	22
3.	Exigences de tarification	22
3.1	Normes de sélection et rapports d'enquête	22
	Tableau 3.1.1 Exigences requises pour souscrire les garanties	23
	> Invalidité en cas de maladie (Flex Bleue, Blue Vision)	23
	> Frais généraux (Flex Bleue, Blue Vision)	23
	> Invalidité hypothécaire (Plan hypothécaire)	23
	Tableau 3.1.2 Exigences requises pour souscrire les garanties	23
	> Vie Temporaire 65 ans (Flex Bleue, Blue Vision)	23
	> Vie hypothécaire (Plan Hypothécaire)	23
	Tableau 3.1.3 Exigences requises pour souscrire les garanties	24
	> Maladies graves (Tangible)	24
	> Protection multiple (Tangible)	24
	> Maladies graves-Protection hybride (Tangible)	24
	> Perte d'autonomie-Protection hybride (Tangible)	24
	Tableau 3.1.4 Exigences requises pour souscrire la garantie	25
	> Vie-Protection hybride (Tangible)	25
	Tableau 3.1.5 Exigences requises pour souscrire la garantie	26
	> Invalidité – Protection hybride (Tangible)	26
	Tableau 3.1.6 Exigences requises pour souscrire les garanties	27
	> Soins en établissement (Tangible)	27
	> Soins hors établissement (Tangible)	27
	Tableau 3.1.7 Exigences requises pour souscrire la garantie	27
	> Hospitalisation et perte d'autonomie (Tangible)	27
4.	Validité des documents	27
	Tableau 4.1 Durée de validité	28
5.	Tarification financière	28
5.1	Normes sur les faillites	28
5.2	Privilège : Soumettre les preuves financières à la souscription	29
	Tableau 5.2.1 Règles générales	30
	Tableau 5.2.2 Documents exigés	30
5.3	Majoration du revenu	31

5.4	Fractionnement du revenu	32
5.5	Traitement des dividendes	33
6.	Catégories et tarification professionnelles	33
6.1	Catégories professionnelles	33
6.2	Reclassification de catégorie professionnelle	33
	Tableau 6.2.1 Reclassification	34
6.3	Normes sur les travailleurs autonomes et employés salariés travaillant à domicile	35
	Tableau 6.3.1 Normes	35
	> Assurance invalidité – Flex Bleue (Plan Flex), Blue Vision (Plan Global) et Tangible	35
7.	Frais généraux	37
	Tableau 7.1 Spécificité de la garantie	37
	Tableau 7.2 Frais admissibles	37
8.	Associations	38
	Tableau 8.1 Scénarios d'acceptation par la Sélection	39
9.	Plan PME	39
	Tableau 9.1 Scénarios d'acceptation par la Sélection	39
10.	MIB Group Inc. (The Medical Information Bureau Inc.)	40
10.1	Brève description	40
10.2	Un processus simple	40
10.3	Obtenir les renseignements du dossier du MIB	40
10.4	Contester les renseignements rapportés par le MIB	41
11.	Organismes paramédicaux autorisés	41
	Tableau 11.1.1 Organismes et services de sélection	41

RÈGLEMENTS – ASSURANCE INVALIDITÉ **42**

1.	L'analyste : son rôle	42
2.	Demande initiale de règlement	42
2.1	Soumettre une demande	42
2.2	Documents requis	42
2.3	Décision initiale	44
3.	Analyse du dossier	44
4.	Prestations	45
4.1	Paiement des prestations	45
4.2	Indexation des prestations	45
5.	Révision d'une décision	46
6.	Clauses contractuelles	46
6.1	Date d'invalidité	46
6.2	Délai de carence	46
6.3	Clauses d'admissibilité et d'exclusion	47
6.4	Clauses financières	47
6.5	Obtenir une copie du dossier	49

RÈGLEMENTS – ASSURANCE VIE **50**

1.	L'analyste : son rôle	50
2.	Demande d'indemnité	50
2.1	Soumettre une demande	50
2.2	Documents requis	50
	Tableau 2.2.1 Document requis	51
2.3	Liens utiles	51
2.4	Décision de l'assureur	52
3.	Indemnité d'assurance vie	52
4.	Révision de la décision	52
5.	Clauses contractuelles	53
5.1	Clauses d'admissibilité et d'exclusion	53
5.2	Obtenir une copie du dossier	53

RÈGLEMENT - SANTÉ/DENTAIRE **54**

1.	L'analyste : son rôle	54
2.	Déterminer les prestations	54
2.1	Calcul du remboursement	54
2.2	Maximum payable	54
2.3	Franchise	54
2.4	Pourcentage couvert	54
2.5	Coassurance	54
3.	L'Assurance santé/maladie	54
3.1	Couverture	54
3.2	Limitations	55
4.	Assurance soins dentaires	56
4.1	Couverture	56
4.2	Limitations	56

GLOSSAIRE **57**

Aperçu des produits Croix Bleue

1. Assurance santé personnelle AMI

Assurance frais médicaux complémentaire à la RAMQ offerte aux personnes de 16 ans et plus.

Tableau 1.1 AMI

Garanties santé	Garantie optionnelle
<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation • Services diagnostiques <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation • Assurance maladie complémentaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins et assistance à domicile

2. Blue Choice, Blue Choice Balance et Basic Blue Choice

Produits d'assurance santé offert en Ontario.

Tableau 2.1 Blue Choice

Garanties santé	Garanties optionnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Assurance maladie complémentaire • Voyage • Hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments • Soins dentaires

Tableau 2.2 Blue Choice Balance

Garanties santé	Garantie optionnelle
<ul style="list-style-type: none"> • Assurance maladie complémentaire • Décès et perte d'usage accidentels • Soins dentaires • Médicaments • Voyage 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation

Tableau 2.3 Basic Blue Choice

Garanties santé	Garantie optionnelle
<ul style="list-style-type: none"> • Assurance maladie complémentaire • Décès ou mutilation accidentels • Soins dentaires • Médicaments • Voyage 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation

3. Blue Vision

Ce produit permet à l'assuré de bénéficier d'un contrat d'assurance complet grâce à sa gamme de couvertures variées. Blue Vision est la version destinée à l'Ontario du produit Flex Bleue.

Tableau 3.1 Plan Global

Garanties individuelles	Garanties optionnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Invalidité en cas d'accident • Invalidité en cas de maladie 	<ul style="list-style-type: none"> • Profession régulière – Invalidité en cas d'accident • Remboursement des primes (65) – Invalidité en cas d'accident • Profession régulière – Invalidité en cas de maladie • Remboursement des primes (65) – Invalidité en cas de maladie
<ul style="list-style-type: none"> • Rente mensuelle en cas d'accident • Rente mensuelle en cas de maladie 	
<ul style="list-style-type: none"> • Frais généraux 	
<ul style="list-style-type: none"> • Vie temporaire 65 ans 	
Garanties individuelles, monoparentales, couple et familiales	Garanties optionnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Rente hospitalière 	
<ul style="list-style-type: none"> • Assurance maladie complémentaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments • Soins dentaires

Tableau 3.2 Plan Express

Garanties individuelles	Garanties optionnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Vie Express • Décès accidentel • Perte d'usage accidentelle 	
<ul style="list-style-type: none"> • Rente hospitalière Express 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement des primes au décès – Rente hospitalière Express
<ul style="list-style-type: none"> • Assistance maladies graves 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement des primes à l'échéance – Assistance maladies graves
<ul style="list-style-type: none"> • Rente mensuelle en cas d'accident Express • Rente mensuelle en cas de maladie Express 	
Garanties individuelles, monoparentales, couple et familiales	
<ul style="list-style-type: none"> • Fracture accidentelle • Réaménagement à la suite d'un accident • Frais médicaux par accident • Soins à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Express forfait santé • Soins dentaires (Plan Global) • Assurance voyage
Garantie pour tous les enfants assurés	
<ul style="list-style-type: none"> • Vie, décès et perte d'usage accidentels – Enfants 	

4. Flex Bleue

Ce produit permet à l'assuré de bénéficier d'un contrat d'assurance complet grâce à sa gamme de couvertures variées. Flex Bleue est la version destinée au Québec du produit Blue Vision.

Tableau 4.1 Plan Flex

Garanties individuelles	Garanties optionnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Invalidité en cas d'accident • Invalidité en cas de maladie 	<ul style="list-style-type: none"> • Profession régulière – Invalidité en cas d'accident • Remboursement des primes (65) – Invalidité en cas d'accident • Profession régulière – Invalidité en cas de maladie • Remboursement des primes (65) – Invalidité en cas de maladie
<ul style="list-style-type: none"> • Rente mensuelle en cas d'accident • Rente mensuelle en cas de maladie 	
<ul style="list-style-type: none"> • Frais généraux 	
<ul style="list-style-type: none"> • Vie temporaire 65 ans 	
Garanties individuelles, monoparentales, couple et familiales	Garanties optionnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Rente hospitalière 	
<ul style="list-style-type: none"> • Assurance maladie complémentaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments • Soins dentaires

Tableau 4.2 Plan Express

Garanties individuelles	Garanties optionnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Vie Express • Décès accidentel • Perte d'usage accidentelle 	
<ul style="list-style-type: none"> • Rente hospitalière Express 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement des primes au décès – Rente hospitalière Express
<ul style="list-style-type: none"> • Assistance maladies graves 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement des primes à l'échéance – Assistance maladies graves
<ul style="list-style-type: none"> • Rente mensuelle en cas d'accident Express • Rente mensuelle en cas de maladie Express 	
Garanties individuelles, monoparentales, couple et familiales	
<ul style="list-style-type: none"> • Fracture accidentelle • Réaménagement à la suite d'un accident • Frais médicaux par accident 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins à domicile • Assurance voyage (incluant annulation et bagages)
Garantie pour tous les enfants assurés	
<ul style="list-style-type: none"> • Vie, décès et perte d'usage accidentels – Enfants 	

5. Plan hypothécaire

Ce produit offert au Québec et en Ontario protège de façon individuelle le prêt hypothécaire de l'emprunteur et du coemprunteur, et ce, sur un même contrat.

Tableau 5.1 Garanties hypothécaires

Garanties	
<ul style="list-style-type: none"> • Vie hypothécaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Invalidité hypothécaire

6. Tangible

Ce produit offert au Québec et en Ontario procure à l'assuré une couverture évolutive dont les garanties hybrides se transforment graduellement en une assurance Soins de longue durée.

Tableau 6.1 Garanties Tangible

Garanties Maladies graves	Garanties optionnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Maladies graves (de base ou de luxe) 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement des primes (20) ou (65) • Exonération des primes en cas d'invalidité de l'assuré principal
<ul style="list-style-type: none"> • Protection multiple (pour enfant) 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement des primes (20) • Exonération des primes en cas d'invalidité de l'assuré principal ou du preneur
Garanties Soins de longue durée	Garanties optionnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Soins en établissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du coût de la vie • Remboursement des primes au décès
<ul style="list-style-type: none"> • Soins hors établissement (soins en établissement obligatoire) 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du coût de la vie • Remboursement des primes au décès
<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation et Perte d'autonomie 	
Garanties Protections hybrides	Garanties optionnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Vie – Protection hybride • Soins hors établissement – Protection hybride (Vie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exonération des primes en cas d'invalidité de l'assuré principal ou du preneur • Augmentation du coût de la vie (Soins en établissement) • Augmentation du coût de la vie (Soins hors établissement)
<ul style="list-style-type: none"> • Maladies graves – Protection hybride • Soins hors établissement – Protection hybride (Maladies graves) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exonération des primes en cas d'invalidité de l'assuré principal ou du preneur • Augmentation du coût de la vie (Soins en établissement) • Augmentation du coût de la vie (Soins hors établissement)
<ul style="list-style-type: none"> • Perte d'autonomie – Protection hybride • Soins hors établissement – Protection hybride (Perte d'autonomie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exonération des primes en cas d'invalidité de l'assuré principal • Augmentation du coût de la vie (Soins en établissement) • Augmentation du coût de la vie (Soins hors établissement)
<ul style="list-style-type: none"> • Invalidité – Protection hybride 	<ul style="list-style-type: none"> • Profession régulière • Soins hors établissement – Protection hybride (Invalidité) • Augmentation du coût de la vie (Soins en établissement) • Augmentation du coût de la vie (Soins hors établissement)

Ententes et Commissions

1. Le Service ententes et commissions : son rôle

Le Service ententes et commissions est responsable de l'administration des contrats de nos partenaires. Il effectue la création des dossiers des partenaires, les modifications, les fermetures de comptes ainsi que la gestion des commissions et la conciliation de comptes.

Pour devenir un partenaire Croix Bleue ou pour obtenir des informations ou apporter des modifications à votre entente existante avec Croix Bleue, communiquez avec ce service dont vous trouverez les coordonnées à la section [Coordonnées utiles](#) (p. 1).

Afin d'assurer la confidentialité du dossier de nos conseillers, le Service ententes et commissions vous posera quelques questions clés lors de chaque communication pour valider votre identité.

2. Soumettre une demande d'entente

2.1 Documents requis

Les documents suivants doivent être soumis par la poste, par courriel ou par télécopieur lors de la demande d'entente avec Croix Bleue :

- > Copie du certificat valide du conseiller
- > Copie de l'assurance responsabilité du conseiller
- > Spécimen de chèque
- > Entente de représentant dûment remplie et signée
- > Fiche du représentant autonome

2.2 Certificats exigés

Afin de pouvoir vendre des produits Croix Bleue, vous devez détenir le certificat approprié selon votre province et votre type de courtage.

Au Québec

- > Cabinet de courtage :
 - Le certificat 1a-Assurance de personnes valide délivré par l'Autorité des marchés financiers.
- > Conseiller indépendant :
 - Le certificat 1a-Assurance de personnes valide délivré par l'Autorité des marchés financiers.

En Ontario

- > Cabinet de courtage :
 - Le certificat Assurance de personnes valide délivré par la Commission des services financiers de l'Ontario.
- > Conseiller indépendant :
 - Le certificat Assurance de personnes valide délivré par la Commission des services financiers de l'Ontario.

Autres provinces canadiennes

- > Conseiller indépendant :
 - Le certificat Assurance de personnes valide de la province où le partenaire exerce ses activités.

Certificats non acceptés par Croix Bleue

- Les certificats en assurances de dommages ne sont pas acceptés.

2.3 L'assurance responsabilité

Cette assurance couvre les risques liés aux fautes, erreurs, négligences ou omissions pouvant être commises par le conseiller dans le cadre de ses activités professionnelles.

L'assurance responsabilité professionnelle est obligatoire, car elle protège à la fois les professionnels et leurs clients.

3. Exigences pour vendre les produits d'assurance Croix Bleue

- > Détenir et maintenir le certificat valide, et respecter les lois applicables de la province où vous désirez exercer vos activités.
- > Détenir et maintenir une assurance responsabilité valide.
- > Respecter en tout temps l'entente signée avec Croix Bleue.

Pour éviter de retarder le versement de vos rémunérations et la désactivation de votre accès au site [info-partenaires](#), vous devez nous faire parvenir :

- > le renouvellement de votre certificat et de votre assurance responsabilité avant leurs dates d'échéances;
- > la mise à jour de vos informations, s'il y a lieu.

4. Commissions des partenaires

4.1 Rapports des commissions

Les rapports de commissions sont accessibles en ligne sur le site [info-partenaires](#). Un historique d'un an y est conservé.

L'accès à la section *Rapports de commissions* est réservé à la personne qui possède un code administratif.

4.2 Taux de commissions des partenaires

Les taux de commissions sont stipulés dans l'entente en vigueur que vous signez avec Croix Bleue. Ces taux dépendent, entre autres, des garanties vendues et varient avec l'âge du contrat.

4.3 Paiement des commissions

Les commissions payables sont versées directement dans le compte bancaire établi.

Dans le cas de soldes négatifs, vous pouvez acquitter la somme par chèque ou par carte de crédit (les informations doivent être communiquées par téléphone).

4.4 Fréquence de versement des commissions

Hebdomadaire : pour les conseillers vendant des produits santé individuels, incluant ou non les produits voyages.

- > La période couverte par le relevé de commissions hebdomadaire est du dimanche au samedi.
- > Les commissions sont versées le lundi suivant la fin de la période, sauf s'il s'agit d'un jour férié.

Mensuelle : pour les conseillers vendant des produits voyages uniquement.

- > La période couverte par le relevé de commissions mensuel est du premier au dernier jour du mois.
- > Les commissions sont versées le premier jour ouvrable du mois suivant.

5. Modifier un dossier

5.1 Changement de coordonnées

Pour effectuer un changement d'adresse, de numéro de téléphone ou d'adresse courriel, faites parvenir un avis par courriel à [ententes et commissions](#).

5.2 Changement de compte bancaire

Pour effectuer un changement de compte bancaire, envoyez un avis par courriel à [ententes et commissions](#) auquel vous joindrez :

- > Le formulaire de changement de compte bancaire
- > Un spécimen de chèque du nouveau compte
- > Votre numéro de distributeur

6. Types d'assurances vendues par nos partenaires

6.1 Assurance individuelle (produits santé)

- > Flex Bleue (assurance santé, dentaire, invalidité, vie, etc.)
- > Tangible (assurance maladies graves, soins de longue durée, protection hybride)
- > Hypothécaire (assurance vie et invalidité hypothécaire)

Ce type d'assurance est vendu par :

- > Les distributeurs du réseau de courtage (sous représentant général principal)

Le distributeur qui désire vendre les produits d'assurance individuelle doit le faire par l'entremise d'un représentant général principal (RGP).

6.2 Assurance voyage (produits voyages)

- > Assurance voyage à la carte
- > Sécurité
- > Forfait
- > Visiteurs au Canada
- > Assurance annuelle, etc.

Ce type d'assurance est vendu par :

- > Les distributeurs du réseau de courtage (sous représentant général)

7. T4-A et relevé 1

Seuls les conseillers indépendants et les compagnies enregistrées (au Québec) ayant touché des commissions durant l'année concernée recevront un feuillet T4-A et/ou un relevé 1.

Il n'y a pas de seuil minimal au Québec. Toutefois, le seuil minimal est de 500 \$ en Ontario et dans les provinces de l'Atlantique.

Les partenaires suivants ne reçoivent aucun feuillet T4-A ni relevé 1 :

- > Entreprises incorporées
- > Entreprises limitées
- > Sociétés en nom collectif
- > Entreprises enregistrées (sauf au Québec)
- > Conseillers dont les commissions sont versées à une entité morale ayant préalablement signé une entente avec Croix Bleue.

L'émission des relevés de fin d'année est basée sur :

- > Le titulaire du compte bancaire ou
- > Les destinataires des chèques de commissions.

Les reçus de l'exercice financier concerné seront produits, au plus tard le 28 février, comme le prescrit la loi.

8. Transfert de portefeuille

Pour effectuer un transfert de portefeuille, vous devez communiquer avec le Service [ententes et commissions](#) pour obtenir la marche à suivre.

9. Parrainage de nouveaux conseillers

Un nouveau conseiller doit être parrainé pendant deux (2) ans par un assureur afin d'obtenir son certificat d'assurance.

Croix Bleue participe au programme de parrainage de nouveaux conseillers pour l'assurance vie et l'assurance accident/maladie en Ontario et dans les provinces de l'Atlantique.

9.1 Parrainage en Ontario

9.1.1 Exigences

La demande de parrainage doit être soumise par l'assureur parrain (Croix Bleue) à la Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO).

Pour être admissible au parrainage de Croix Bleue, le nouveau conseiller doit avoir préalablement fourni les renseignements suivants à son agent général ou à Croix Bleue :

- > Nom légal complet
- > Date de naissance
- > Adresse postale
- > Déclaration de faillite durant la dernière année, s'il y a lieu
- > Numéro de téléphone et adresse courriel
- > En cas de transfert de parrainage, la date de fin de son parrainage actuel
- > Une lettre de recommandation officielle du représentant général attestant l'admissibilité du candidat au programme de parrainage.

Une fois qu'il aura recueilli tous ces renseignements, le Service ententes et commissions soumettra la demande de parrainage à la CSFO.

Croix Bleue fait confiance aux conseillers qu'elle parraine pour représenter fièrement ses produits.

9.1.2 Types de parrainage

Croix Bleue offre trois types de parrainage en Ontario :

- > Parrainage d'un nouvel agent
- > Transfert de parrainage : un agent déjà parrainé désirant changer d'assureur parrain
- > Parrainage d'un conseiller qui avait quitté l'industrie, mais qui désire reprendre ses activités

9.1.3 Délai de traitement

La CSFO enverra un courriel de confirmation directement au conseiller une fois la demande traitée.

9.1.4 Frais exigibles

Des frais sont exigibles pour toute demande de parrainage. La CSFO informera directement le conseiller de ces frais.

Pour de plus amples informations, veuillez communiquer avec :

Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO)

Division de la délivrance des permis et de la surveillance des pratiques de l'industrie

5160, rue Yonge
4e étage
Toronto (Ontario) M2N 6L9

Téléphone : 416 250-7250
Sans frais : 1 800 668-0128
Télécopieur : 416 590-7070
Courriel : contactcentre@fsco.gov.on.ca

9.2 Parrainage dans les provinces de l'Atlantique

9.2.1 Exigences

Pour faire une demande de parrainage dans les provinces de l'Atlantique, le conseiller doit remplir le formulaire, puis le faire approuver par un signataire autorisé de Croix Bleue du Québec.

Une fois le formulaire dûment rempli et signé par les deux partis, le tout doit être envoyé au ministère concerné de la province où le conseiller exerce ses activités, qui examinera le dossier et approuvera la candidature.

9.2.2 Types de parrainage

Deux types de parrainage sont offerts par Croix Bleue :

- > Parrainage d'un nouvel agent
- > Renouvellement de parrainage

9.2.3 Délai de traitement

La Direction des assurances du Nouveau-Brunswick communiquera directement avec le conseiller.

9.2.4 Frais exigibles

Des frais sont exigibles pour toute demande de parrainage. Veuillez consulter la liste de ces frais directement sur le site de chacun des gouvernements ou, pour de plus amples informations, veuillez communiquer avec :

Terre-Neuve et Labrador

Gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador
Service NL
Division de la réglementation des services financiers
Édifice de la confédération, 2e étage, bloc ouest
C. P. 8700
St-John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 4J6
Site internet : www.gs.gov.nl.ca

Nouvelle-Écosse

Adresse courriel générale : fininst@gov.ns.ca
Formulaires disponibles : www.gov.ns.ca/finance

Les formulaires d'adhésion et de renouvellement et les demandes de contrats d'agence peuvent être postés aux adresses suivantes :

Registre des entreprises de Nouvelle-Écosse
C. P. 1529
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2Y4

Par courrier régulier :
Bureau du Surintendant des assurances
C. P. 2271
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3C8

Par messenger :
Bureau du Surintendant des assurances
1723, rue Hollis, 4^e étage
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 1V9

Nouveau-Brunswick

225, rue King, bureau 200
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 1E1
Site internet :
[http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/services/services_rendrer_5655.Insurance - Life Insurance Agent Licence \(Residents and Non-residents\).html](http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/services/services_rendrer_5655.Insurance_-_Life_Insurance_Agent_Licence_(Residents_and_Non-residents).html)

Île-du-Prince-Édouard

Marché financier / Enregistrements
Section valeurs mobilières de l'Île-du-Prince-Édouard
Enregistrements – Section des assurances de l'Île-du-Prince-Édouard
Enregistrements – Section immobilière de l'Île-du-Prince-Édouard
Ministère de l'Environnement, du Travail et de la Justice
Site internet : www.gov.pe.ca/securities

Administration des contrats

1. Le Service d'administration des contrats : son rôle

Le Service d'administration des contrats est responsable de saisir les propositions reçues, d'émettre les polices d'assurance, d'effectuer les modifications, de gérer les paiements, d'annuler les polices et de répondre aux questions de nos partenaires par l'entremise de notre service [info-partenaires](#).

2. Soumettre une nouvelle proposition

La proposition d'assurance comprend une grille de vérification permettant de s'assurer que toutes les sections pertinentes de la proposition d'assurance sont remplies.

Une illustration datée et signée ou un sommaire des garanties rempli, daté et signé doit obligatoirement être joint à la proposition d'assurance.

L'outil de soumission est une application qui permet de calculer la prime d'assurance relative à un produit donné. Les outils se trouvent tous sur notre site [info-partenaires](#).

2.1 Souscrire des garanties du Plan Express et du Plan Flex

À la question 12.A – a), page 21 de la proposition d'assurance, il est important de préciser si le preneur désire que les garanties du Plan Express soient émises en même temps que celles du Plan Flex. À défaut d'avoir une réponse à cette question, le Plan Express sera émis tandis que le Plan Flex sera envoyé pour analyse au Service de la sélection des risques.

2.2 Souscrire une assurance hypothécaire

Les informations suivantes doivent nécessairement être incluses lors de la soumission d'une demande d'assurance hypothécaire avec terme fixe :

- > Montant de l'hypothèque
- > Versement hypothécaire mensuel
- > Terme du prêt
- > Période d'amortissement
- > Exigences de sélection, âges et montants

Par ailleurs, une demande d'assurance hypothécaire pour une marge de crédit (prêt ouvert) doit indiquer :

- > Le montant total disponible de la marge hypothécaire
- > Le versement mensuel désiré
- > Toutes exigences de sélection, les âges et les montants

3. Documents acceptés par voie électronique

Tous les documents suivants peuvent être transmis par voie électronique (PDF) ou par télécopieur :

- > proposition d'assurance, incluant l'illustration ou le sommaire des garanties;
- > déclaration de santé (par télécopieur);
- > questionnaire médical (par télécopieur);
- > accord de débits préautorisés (DPA);
- > avenant au contrat;
- > demande de modification au contrat existant (changement d'adresse, information bancaire, annulation de contrats, etc.).

L'original de tout document envoyé par voie électronique doit obligatoirement être conservé par le conseiller pour la vie durant du contrat.

Exception : les autorisations de transfert d'informations médicales

Les autorisations nécessaires à l'obtention de renseignements médicaux auprès des médecins, professionnels de la santé, hôpitaux ou cliniques ne peuvent être transmises par voie électronique. Ces derniers exigent la signature originale du demandeur sur des documents datant de moins de quatre-vingt-dix (90) jours. Pour cette raison, l'assureur demande le document portant la signature originale du demandeur.

4. Renseignements acceptés par voie électronique

Pour modifier ou compléter une proposition déjà soumise, il est possible de transmettre les renseignements suivants par téléphone, télécopieur ou courriel :

- > date de naissance (par télécopieur);
- > taille et poids;
- > correction du nom ou du prénom;
- > coordonnées de l'assuré;
- > date de prélèvement bancaire ou modification de celle-ci.

Vous trouverez les coordonnées des services concernés à la section [Coordonnées utiles](#) (p. I) au début de ce guide.

5. Modes et fréquences de paiement des primes

5.1 Débit préautorisé (DPA)

Ce mode de paiement est offert sur une base mensuelle.

Le preneur doit :

- > remplir les sections Mode de paiement et Accord de débits préautorisés (DPA) de la proposition;
- > joindre un spécimen de chèque avec la mention « annulé »;
- > s'assurer que le montant complet de la prime, établi selon la fréquence choisie, **pourra être porté au compte du titulaire à la date de réception de la proposition.**

5.2 Carte de crédit

Ce mode de paiement est offert sur une base mensuelle ou annuelle.

Le preneur doit :

- > remplir la section Mode de paiement de la proposition;
- > s'assurer que le montant de la prime, établi selon la fréquence choisie, pourra être porté au compte du titulaire de la carte à la date de réception de la proposition.

5.3 Chèque

Ce mode de paiement est offert sur une base annuelle uniquement.

Le preneur doit :

- > remplir la section Mode de paiement de la proposition;
- > joindre un chèque du montant de la prime annuelle payable à Croix Bleue Canassurance et **encaissable à la réception de la proposition.**

6. Note de couverture

La note de couverture délivrée par l'assureur permet à l'assuré d'être couvert durant l'étude du dossier. Elle est assujettie à certaines conditions qui diffèrent selon le produit et qui sont détaillées dans la proposition d'assurance.

Vous devez signer et dater la page 13 de la proposition d'assurance et la remettre au preneur de la police.

7. Rapport de suivi des propositions soumises

Un rapport intitulé *Sommaire des contrats santé dans le processus d'émission* est disponible sur le site [info-partenaires](#) pour permettre aux conseillers et à leurs représentants de suivre la progression des propositions d'assurance soumises à Croix Bleue. Les demandes de modifications pour lesquelles des exigences sont requises y apparaissent également.

Grâce à ce rapport, le conseiller voit à quelle étape du processus d'analyse et d'émission sont rendus les différents dossiers. Une fois mis en vigueur, annulés ou refusés, les dossiers disparaissent du rapport.

Les colonnes « En attente d'exigences de sélection » et « Accepté – en attente d'exigences administratives » demandent une attention particulière de votre part puisqu'elles indiquent les exigences que nous attendons de la part du client de sorte que vous puissiez intervenir auprès de celui-ci, au besoin.

La colonne dédiée à la date depuis laquelle nous attendons les exigences change progressivement de couleur, passant du blanc au jaune à l'orange pour témoigner de l'urgence de nous fournir les documents ou informations pour éviter l'annulation de la police.

Ce rapport est mis à jour tous les lundis, mais il est accessible en tout temps.

8. Modification d'une police

Il est possible de soumettre une demande de modification d'une police qu'elle soit en vigueur ou encore à l'étude. Néanmoins, prenez note que des exigences seront requises dans tous les cas. Également, le Service de la sélection des risques devra analyser la plupart des demandes qui visent l'augmentation ou l'amélioration de la couverture.

8.1 Prise d'effet des modifications d'une police en vigueur

L'entrée en vigueur des modifications demandées par le preneur varie selon les garanties :

- > **Garanties à émission rapide** (ex. : Plan Express de Flex Bleue) : le jour suivant la signature de la proposition par le preneur
- > **Garanties avec sélection** : à la date d'acceptation du risque par le Service de sélection des risques

8.2 Modifications possibles

Ajout et modification d'une garantie

Pour ajouter une garantie à la couverture en vigueur ou augmenter une couverture déjà existante, vous devez soumettre une nouvelle proposition. Pour ce faire vous devez :

- > cocher la case Modification à la page 1 et inscrire le numéro de police;
- > faire signer et dater la ou les déclaration(s) appropriée(s) de la proposition par le preneur;
- > joindre une copie de l'illustration datée et signée;
- > joindre une déclaration de santé complète ou une entrevue téléphonique.

Ajout ou retrait d'un enfant ou d'un conjoint

Pour ajouter un assuré à la couverture, vous devez soumettre une nouvelle proposition. Pour ce faire vous devez :

- > cocher la case Modification à la page 1 et inscrire le numéro de police;
- > remplir la section *conjoint/enfant(s) à charge* de la proposition;
- > faire signer et dater la ou les déclaration(s) appropriée(s) de la proposition par le preneur et le conjoint, le cas échéant;
- > joindre une copie de l'illustration datée et signée;
- > joindre une déclaration de santé, le cas échéant.

Pour les produits Flex Bleue, Blue Vision et Blue Choice Balance :

- > dans un régime monoparental ou familial, un enfant né après la date d'entrée en vigueur du contrat est automatiquement couvert en tant qu'enfant à charge. Une demande d'ajout signée du preneur doit alors nous être envoyée pour que la modification soit apportée au contrat.
- > Dans un régime individuel ou couple, un enfant né après la date d'entrée en vigueur du contrat est automatiquement couvert en tant qu'enfant à charge pour autant que la demande d'ajout soit reçue dans les 30 jours suivant sa naissance. Après 30 jours, les preuves d'assurabilité seront requises.

Dans le cas du produit Blue Choice :

- > un enfant né après la date d'entrée en vigueur du contrat est automatiquement couvert en tant qu'enfant à charge pour autant que la demande d'ajout soit reçue dans les 30 jours suivant sa naissance. Après 30 jours, les preuves d'assurabilité seront requises.

Modification de la fréquence de paiement

Pour modifier la fréquence du paiement de la prime, vous devez envoyer à l'assureur une lettre signée et datée par le payeur du contrat.

Modification du prénom ou du nom

Pour changer le nom d'un assuré, vous devez envoyer à l'assureur une lettre datée et signée par le preneur du contrat et fournir un certificat de changement de nom émis par une institution gouvernementale.

Modification de statut fumeur à non-fumeur

Si la police d'assurance a été émise au taux fumeur et que l'assuré a cessé l'usage de produits du tabac sous toutes ses formes depuis plus de 12 mois, celui-ci peut demander que le taux soit modifié à non-fumeur.

Pour modifier le statut de fumeur à non-fumeur, vous devez soumettre :

- > une Déclaration de santé abrégée avec la case « taux non-fumeur » cochée et accompagnée de l'autorisation médicale;
- > un questionnaire sur l'usage du tabac;
- > un test d'urine VIH si le montant assuré est supérieur à 3 000 \$ (assurance invalidité) et à 250 000 \$ (assurance vie).

Veillez consulter les conditions d'admissibilité à la section [Statut non-fumeur](#) (p. 21).

Nivellement de la prime

Lorsqu'une police a été émise initialement avec des primes non nivelées, ou « selon l'âge atteint », le preneur de la police peut demander une modification qui consiste à niveler les primes de son contrat à l'âge actuel. Cette modification ne nécessite **aucune sélection**.

Retrait d'une garantie

Pour retirer une garantie de la couverture en vigueur, vous devez soumettre une lettre signée et datée par le preneur du contrat et précisant la garantie devant être retirée.

Veillez noter que la date de retrait de la garantie ne peut être antérieure à la date de réception de la demande par l'assureur.

Changement d'emploi

La catégorie professionnelle de la personne assurée étant protégée, il n'est pas nécessaire d'informer l'assureur d'un changement d'emploi après l'entrée en vigueur du contrat, sauf si le nouvel emploi donne lieu à une amélioration de la catégorie professionnelle. Dans ce cas, l'assuré peut faire une demande de changement de catégorie professionnelle auprès de l'assureur.

Pour modifier la catégorie professionnelle à son contrat, le preneur doit soumettre une nouvelle proposition. Pour ce faire il doit :

- > cocher la case Modification à la page 1 et inscrire le numéro de police;
- > faire dater et signer la déclaration appropriée de la proposition par l'assuré;
- > remplir la Déclaration de santé abrégée*;
- > remplir un questionnaire Occupation.

* Si la police comprend un montant excédentaire, une déclaration de santé complète sera plutôt requise.

Consulter la section [Reclassification de catégorie professionnelle](#) (p. 34) ou le document [Catégories professionnelles](#) pour plus d'information.

Révision d'une exclusion ou d'une surprime

Si une police d'assurance a été émise avec une surprime et/ou une exclusion, celles-ci peuvent faire l'objet d'une révision par la sélection des risques si l'une des circonstances suivantes est présente :

- > lors de la décision initiale, la sélection des risques a indiqué la possibilité de faire une révision;
- > l'assuré considère que les conditions médicales ou non médicales relatives à cette décision ont sensiblement changé depuis l'émission de la police et que la décision initiale de la sélection des risques pourrait être révisée en conséquence.

Pour obtenir la révision d'une exclusion ou d'une surprime, l'assuré doit soumettre les exigences suivantes :

- > la demande de modification signée par l'assuré et/ou le propriétaire
- > une Déclaration de santé complète de la personne assurée
- > tout questionnaire relatif à la condition spécifique de l'assuré, le cas échéant

L'assureur se réserve le droit de demander tout autre test ou examen jugé nécessaire à l'analyse.

9. Renouvellement

Si le montant de la prime est modifié, un avis de renouvellement est envoyé au preneur **trente-cinq (35) jours avant la date de renouvellement**. Cet avis inclut un sommaire de contrat, et une facture ou un plan de paiement.

Si le montant de la prime n'est pas modifié, aucun document n'est envoyé.

Particularité : Plan hypothécaire

Un avis de renouvellement est envoyé à l'emprunteur quatre-vingt-dix (90) jours avant la fin du terme du prêt.

Rapport mensuel des contrats devant être renouvelés

Un rapport indiquant les contrats toujours en vigueur et devant être renouvelés le mois suivant est disponible sur le site [info-partenaires](#).

10. Remise en vigueur

Sous réserve des normes ci-dessous, l'assureur peut, à sa discrétion, remettre en vigueur un contrat échu pour faute de paiement de la prime.

Tableau 10.1 Normes

Temps écoulé depuis la date d'échéance de la prime	Normes de remise en vigueur
30 jours et moins (délai de grâce)	<ul style="list-style-type: none"> • Paiement de toute somme due
31 à 45 jours*	<ul style="list-style-type: none"> • Paiement de toute somme due
46 à 90 jours**	<ul style="list-style-type: none"> • Déclaration de santé abrégée (incluant le numéro de police) • Paiement de toute somme due
Plus de 90 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Déclaration de santé complète (incluant le numéro de police) • Paiement de toute somme due

*Le **31^e jour** suivant le non-paiement de la prime, l'assureur est en droit de refuser toute demande de règlement soumise.

Le **46^e jour suivant le non-paiement de la prime, la demande de remise en vigueur sera étudiée par le Service de la sélection des risques.

En vertu des clauses contractuelles, l'assureur se réserve le droit d'exiger des preuves à l'égard de la condition médicale de l'assuré.

Consultez la section [Annulation par l'assureur faute de paiement de la prime](#) (p.18) pour connaître les normes de l'assureur.

11. Redater et antidater un contrat

11.1 Redater un contrat

Toute demande de redatage d'un contrat doit être adressée au Service de la sélection des risques et accompagnée de la Déclaration de bonne santé. Une police peut être redatée au maximum 7 jours dans le futur.

Si la Déclaration de bonne santé signée est soumise avec la demande, la nouvelle date de prise d'effet du contrat sera la date de signature de la déclaration. Toute autre date spécifiée doit être antérieure à la date de signature de la Déclaration de bonne santé.

Par ailleurs, si la Déclaration de bonne santé n'est pas soumise lors de la demande de redatage, la date de prise d'effet demeurera la date d'acceptation de la sélection des risques.

11.2 Antidater un contrat

Un contrat peut être antidaté pour conserver l'âge à la souscription, mais :

- > jamais dans le but de rendre un client admissible à une garantie;
- > la rétroaction ne peut excéder trois (3) mois pour la majorité des garanties;
- > la rétroaction ne peut excéder deux (2) mois pour la garantie Soins de longue durée;
- > la rétroaction ne peut excéder trois (3) mois pour la garantie Maladies graves et n'est possible que dans des conditions très exceptionnelles. Aussi, dans un tel cas, un avenant est obligatoirement joint au contrat pour spécifier que la date de prise d'effet de la clause moratoire pour le cancer est celle de l'émission.

12. Resouscrire

Dans l'éventualité où un contrat aurait été annulé, l'assuré a la possibilité de soumettre une nouvelle demande d'assurance sujette à une nouvelle étude par la sélection des risques.

Toutefois, dans le cas des contrats Blue Choice, l'assuré doit attendre un minimum de 24 mois après la résiliation de son contrat avant de soumettre une nouvelle demande d'adhésion.

13. Annulation d'un contrat

13.1 Annulation par l'assuré

Pour annuler un contrat, une demande signée du preneur est requise. Celle-ci peut être transmise par courrier ordinaire, télécopieur ou par courriel.

Dans l'éventualité où nous recevons une telle demande, nous vous envoyons un courriel, avec la demande du client en pièce jointe, pour vous en aviser. Nous vous accorderons alors dix (10) jours pour clarifier la situation avec le client.

13.2 Annulation par l'assureur faute de paiement de la prime

Si la prime est impayée à la date d'échéance, l'assureur accorde un délai de grâce de trente (30) jours à compter de cette date, à l'exception de la première (1^{re}) prime qui doit être payée avant la mise en vigueur de l'assurance.

Si elle demeure impayée après ce délai, l'assureur envoie par la poste un avis au preneur, à la dernière adresse inscrite à son dossier, lui indiquant qu'en cas de non-paiement dans un délai de quinze (15) jours, son contrat sera résilié rétroactivement à la date d'échéance. Le cas échéant, le preneur devra procéder à la [remise en vigueur](#) (p. 16) de son contrat.

Vous recevrez bien entendu des copies des communications envoyées afin que vous puissiez assurer un suivi auprès de votre client et éviter la déchéance de la police.

13.3 Annulation par l'assureur faute de suite

À la suite d'une communication envoyée par l'assureur, un délai de quarante-cinq (45) jours est accordé à l'assuré afin que les documents demandés nous soient transmis. Au terme de ce délai, si les exigences n'ont pas été dûment reçues, le contrat est annulé par l'assureur, faute de suite. Le même délai s'applique à une proposition d'assurance incomplète.

13.4 Annulation au décès de l'assuré

Pour mettre fin au contrat d'un assuré décédé, une attestation ou un certificat de décès doit être transmis à l'assureur.

Pour plus d'information sur la demande d'indemnité d'une assurance vie, référez-vous à la section [Règlements – Assurance vie](#) (p. 51).

14. Reçu d'impôts

Au plus tard le 28 février de chaque année, l'assureur envoie automatiquement au détenteur d'une police d'assurance accident et maladie, un reçu d'impôts pour la portion de prime admissible à la déduction fiscale relative aux frais médicaux.

15. Documents envoyés par l'assureur

Le contrat et les exigences de mise en vigueur du contrat ou de la garantie sont transmis au représentant général principal afin que le conseiller puisse effectuer la livraison du contrat comprenant les documents suivants :

- > contrat d'assurance;
- > sommaire du contrat;
- > certificat d'assurance (selon les garanties);
- > transcription de l'entrevue téléphonique;
- > avenant au contrat (le cas échéant);
- > clause d'exclusion (le cas échéant).

Tableau 15.1 Documents envoyés par Croix Bleue

		Destinataire	Copie conforme
Nouveaux contrats	Garanties à émission rapide (Ex. : Plan Express du produit Flex Bleue)	Assuré • Sommaire • Contrat	Conseiller • Sommaire
	Garanties avec sélection	Représentant général principal Ou Conseiller (si aucun RGP)	Représentant général principal Ou Conseiller (si aucun RGP)
Exigences	Garanties à émission rapide (Ex. : Plan Express du produit Flex Bleue)	Représentant général principal	s. o.
	Garanties avec sélection	Représentant général principal	s. o.
Annulation	Garanties à émission rapide (Ex. : Plan Express du produit Flex Bleue)	Assuré	s. o.
	Garanties avec sélection	Représentant général principal* Ou Conseiller (si aucun RGP)	s. o.
Modification	Garanties à émission rapide (Ex. : Plan Express du produit Flex Bleue)	Assuré • Sommaire • Contrat	Conseiller • Sommaire
	Garanties avec sélection	Représentant général principal Ou Conseiller (si aucun RGP)	s. o.
Renouvellement	Garanties à émission rapide (Ex. : Plan Express du produit Flex Bleue) Et Garanties avec sélection	Preneur Si la prime change • Lettre de renouvellement • Sommaire Payeur • Facture ou plan de paiement	Preneur Si preneur différent • Facture ou plan de paiement

* Sauf si annulation à la demande de l'assuré, dans quel cas les documents seront envoyés à ce dernier.

Sélection des risques

1. Le tarificateur : son rôle

Le tarificateur analyse les informations qui lui sont fournies par la personne à assurer pour établir une prime basée sur l'âge, l'emploi, l'état de santé présent et passé et le mode de vie. Ainsi, il peut déterminer l'étendue de la protection que peut offrir l'assureur, les clauses restrictives et toute autre condition relative au contrat.

Il a la responsabilité de limiter l'exposition de l'assureur à des risques excessifs. Pour ce faire, il évaluera de manière précise les risques que représente la condition de l'assuré en considérant plusieurs facteurs, dont ceux énumérés ci-après.

2. Conditions d'admissibilité

2.1 Assurance invalidité

Pour être admissible à l'assurance invalidité, le preneur doit répondre aux conditions minimales suivantes :

- > être résident permanent et posséder un numéro d'assurance sociale (NAS) valide;
- > être bénéficiaire au sens de la loi du régime d'assurance maladie et du régime d'assurance hospitalisation de sa province de résidence;
- > ne pas être hospitalisé ou invalide à la date d'entrée en vigueur du contrat;
- > travailler un minimum de vingt (20) heures par semaine et huit (8) mois par année;
- > souscrire une prestation mensuelle minimale de 500 \$.

2.1.1 Profession régulière

- Le client doit occuper son emploi courant depuis au moins deux (2) ans.
- Le contrat doit être approuvé au taux régulier ou avec exclusion(s). Une surprime engendre automatiquement un refus de cette garantie.
- Antécédents d'emploi stable dans son domaine (ex. : un électricien qui a eu plusieurs employeurs mais qui exerce toujours la même fonction d'électricien).

2.1.2 Maternité

Si la personne est présentement en congé de maternité, elle devra attendre à la date de son retour au travail à temps plein avant de pouvoir souscrire une assurance invalidité.

2.2 Statut non-fumeur

Statut non-fumeur

L'assuré ne doit pas avoir fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit (cigarettes, cigarettes électroniques, cigarillos, cigares, pipe, tabac à chiquer ou à priser, chicha, noix de bétel ou tout autre produit dérivé du tabac ou contenant de la nicotine) au cours des douze (12) mois précédant la demande d'assurance ou de révision de statut.

Statut fumeur occasionnel de cigares

Certains fumeurs de cigares peuvent être considérés comme non-fumeurs selon les conditions suivantes :

- > ne pas fumer plus de douze (12) cigares par année;
- > déclarer fumer le cigare dès la souscription sur la proposition ou sur le questionnaire concernant l'usage du tabac;
- > présenter un test de cotinine (nicotine) négatif.

Il est à noter que l'assuré n'a pas droit à un second test d'urine pour cette demande.

2.3 Conditions spécifiques aux immigrants reçus

Les risques associés aux nouveaux arrivants au Canada requièrent une analyse particulière et peuvent nécessiter à l'occasion des exigences additionnelles. Par conséquent, les nouveaux arrivants doivent remplir les conditions d'admissibilité suivantes :

- > détenir un statut de résident canadien permanent (immigrant reçu);
- > posséder un NAS valide;
- > maîtriser le français ou l'anglais;
- > être bénéficiaire au sens de la loi du régime d'assurance maladie et du régime d'assurance hospitalisation de la province de résidence;
- > travailler un minimum de vingt (20) heures par semaine et huit (8) mois par année;
- > posséder des sources de revenu d'origine canadienne.

Il est à noter que les **réfugiés** et les **détenteurs d'un visa de travail** ou **d'étudiant** ne sont pas admissibles à un contrat d'assurance.

Immigrant reçu au pays depuis moins d'un an

Si l'immigrant réside au pays depuis moins d'un an, l'assureur exigera des documents additionnels :

- > questionnaire paramédical ou examen médical;
- > profil sanguin avec hépatites B et C;
- > questionnaire Voyage à l'étranger.

2.4 Indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle (IMC) est le rapport entre la taille et le poids d'une personne. Les professionnels de la santé utilisent cette unité de mesure pour déterminer si le poids d'une personne est sain ou à risque. En général, plus l'IMC est élevé, plus grands sont les risques de développer des problèmes de santé.

Les informations suivantes sont tirées de Santé Canada (www.sc-hc.gc.ca) et incluses dans le guide à titre de référence seulement.

L'IMC est calculé selon la formule $IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille (m)}^2$.

N.B. Pour convertir un poids de livres à kilogrammes → multiplier le poids en livres par 0,453592.
(1 lb = 0,453592 kg)

Pour convertir une taille de pouces à mètres → multiplier la taille en pouces par 0,0254.
(1 po = 0,0254 m)

Tableau 2.4.1 Guide de référence du risque selon l'IMC

Catégorie de l'IMC	Classification	Risque
< 18,5	Poids insuffisant	Accru
18,5 – 24,9	Poids normal	Moindre
25,0 – 29,9	Excès de poids	Accru
30,0 et plus	Obésité	Élevé

Tableau 2.4.2 Guide d'IMC pour les adultes (18 et plus) basé sur Santé Canada

IMC	Taille (m)																
	1,48	1,50	1,52	1,54	1,56	1,58	1,60	1,62	1,64	1,66	1,68	1,70	1,72	1,74	1,76	1,78	1,80
18	40	41	42	43	44	46	47	48	49	50	52	53	54	55	57	58	59
19	42	43	44	45	47	48	49	50	51	52	54	55	57	58	59	61	62
20	44	45	47	48	49	50	52	53	54	55	57	58	60	61	62	64	65
21	46	47	49	50	51	53	54	55	57	58	60	61	62	64	65	67	68
22	48	50	51	53	54	55	57	58	60	61	62	64	65	67	68	70	72
23	50	52	54	55	56	58	59	61	62	64	65	67	68	70	72	73	75
24	53	54	56	57	59	60	62	63	65	66	68	70	71	73	75	76	78
25	55	57	58	60	61	63	64	66	68	69	71	73	74	76	78	80	81
26	57	59	60	62	64	65	67	69	70	72	74	75	77	79	81	83	85
27	59	61	63	64	66	68	69	71	73	75	77	78	80	82	84	86	88
28	61	63	65	67	69	70	72	74	76	78	79	81	83	85	87	89	91
29	64	66	67	69	71	73	75	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94
30	66	68	70	72	73	75	77	79	81	83	85	87	89	91	93	95	98
31	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	99	101
32	70	72	74	76	78	80	82	84	86	89	91	93	95	97	99	102	104
33	72	74	77	79	81	83	85	87	89	91	93	96	98	100	103	105	107
34	75	77	79	81	83	85	87	90	92	94	96	99	101	103	106	108	110
35	77	79	81	83	86	88	90	92	95	97	99	102	104	106	109	111	114

3. Exigences de tarification

3.1 Normes de sélection et rapports d'enquête

- > L'âge utilisé est l'âge atteint à la date de souscription de la personne à assurer.
- > Les sommes indiquées correspondent au montant total d'assurance en vigueur, dans les 12 derniers mois, incluant le montant d'assurance demandé dans la proposition d'assurance.
- > La sélection des risques peut exiger des enquêtes ou examens supplémentaires dans certains cas.
- > Pour les personnes à assurer de 0 à 15 ans, l'entrevue téléphonique doit être complétée avec le preneur.
- > Le questionnaire paramédical peut être remplacé par une entrevue téléphonique avec signes vitaux.
- > Lorsque les frais généraux sont demandés avec l'assurance invalidité, il est nécessaire d'ajouter 50 % du montant de frais généraux à la protection d'assurance invalidité en cas de maladie pour déterminer les exigences requises.
- > Pour les frais généraux, il est nécessaire de soumettre le questionnaire sur les dépenses de l'entreprise.
- > Si le représentant ou le conseiller n'a pas opté pour l'entrevue téléphonique, il doit commander toutes les exigences médicales ainsi que les rapports d'enquête auprès d'une compagnie autorisée.

Tableau 3.1.1 Exigences requises pour souscrire les garanties
 > Invalidité en cas de maladie (Flex Bleue, Blue Vision)
 > Frais généraux (Flex Bleue, Blue Vision)
 > Invalidité hypothécaire (Plan hypothécaire)

Âge	Somme assurée			
	0 \$ à 3 000 \$	3 001 \$ à 4 000 \$	4 001 \$ à 7 000 \$	7 001 \$ à 10 000 \$
16 à 50 ans	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Profil sanguin 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Profil sanguin Enquête régulière
51 ans et plus	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Profil sanguin 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Profil sanguin Rapport du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Profil sanguin Enquête régulière Rapport du médecin traitant

Tableau 3.1.2 Exigences requises pour souscrire les garanties
 > Vie Temporaire 65 ans (Flex Bleue, Blue Vision)
 > Vie hypothécaire (Plan Hypothécaire)

Âge	Somme assurée					
	Moins de 99 999 \$	100 000 \$ à 200 000 \$	200 001 \$ à 300 000 \$	300 001 \$ à 500 000 \$	500 001 \$ à 1 000 000 \$	1 000 001 \$ et plus
16 à 40 ans	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Profil sanguin 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Profil sanguin
41 à 50 ans	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Profil sanguin 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Profil sanguin ECG
51 à 60 ans	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Profil sanguin 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Profil sanguin 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Profil sanguin ECG 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Profil sanguin ECG
61 ans et plus	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Profil sanguin 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Profil sanguin ECG 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Profil sanguin Profil sanguin ECG 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Profil sanguin Rapport du médecin traitant ECG

Tableau 3.1.3 Exigences requises pour souscrire les garanties

- > Maladies graves (Tangible)
- > Protection multiple (Tangible)
- > Maladies graves-Protection hybride (Tangible)
- > Perte d'autonomie-Protection hybride (Tangible)

Âge	Somme assurée				
	Moins de 99 999 \$	100 000 \$ à 250 000 \$	250 001 \$ à 500 000 \$	500 001 \$ à 1 000 000 \$	1 000 001 \$ et plus
30 jours à 15 ans	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Urine VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Profil sanguin Rapport du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Profil sanguin Rapport du médecin traitant Questionnaire financier 	<ul style="list-style-type: none"> s. o.
16 à 40 ans	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Urine VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Profil sanguin Rapport du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Profil sanguin Rapport du médecin traitant Questionnaire financier 	<ul style="list-style-type: none"> Examen médical Profil sanguin Rapport du médecin traitant Questionnaire financier ECG Enquête régulière
41 à 50 ans	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Profil sanguin Rapport du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Profil sanguin Rapport du médecin traitant Questionnaire financier ECG 	<ul style="list-style-type: none"> Examen médical Profil sanguin Rapport du médecin traitant Questionnaire financier ECG Enquête régulière
51 à 65 ans	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Profil sanguin (avec PSA pour les hommes) 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Profil sanguin (avec PSA pour les hommes) Questionnaire Mode de vie (pour la Protection hybride) 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Profil sanguin (avec PSA pour les hommes) Rapport du médecin traitant ECG Questionnaire Mode de vie (pour la Protection hybride) 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Profil sanguin (avec PSA pour les hommes) Rapport du médecin traitant Questionnaire financier Signes vitaux ECG Questionnaire Mode de vie (pour la Protection hybride) 	<ul style="list-style-type: none"> Examen médical Profil sanguin (avec PSA pour les hommes) Rapport du médecin traitant ECG à l'effort Radiographie pulmonaire Signes vitaux Questionnaire Mode de vie (pour la protection hybride)

**Tableau 3.1.4 Exigences requises pour souscrire la garantie
> Vie-Protection hybride (Tangible)**

Âge	Somme assurée					
	Moins de 50 000 \$	50 001 \$ à 100 000 \$	100 001 \$ à 250 000 \$	250 001 \$ à 300 000 \$	300 001 \$ à 500 000 \$	500 001 \$ à 1 000 000 \$
14 jours à 17 ans	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Enquête régulière
18 à 40 ans	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Urine VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Profil sanguin Enquête régulière 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Profil sanguin Enquête régulière 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Profil sanguin Enquête amplifiée
41 à 50 ans	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Urine VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Profil sanguin Enquête régulière 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Profil sanguin Enquête régulière 	<ul style="list-style-type: none"> Examen médical Profil sanguin ECG Enquête régulière
51 à 65 ans	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Urine VIH Enquête régulière Questionnaire Mode de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Examen médical Profil sanguin ECG Enquête amplifiée Questionnaire Mode de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Examen médical Profil sanguin ECG Enquête amplifiée Questionnaire Mode de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Examen médical Profil sanguin ECG Enquête amplifiée Questionnaire Mode de vie

**Tableau 3.1.5 Exigences requises pour souscrire la garantie
> Invalidité – Protection hybride (Tangible)**

Âge	Somme assurée				
	Moins de 1 000 \$	1 001 \$ à 2 000 \$	2 001 \$ à 2 500 \$	2 501 \$ à 3 000 \$	3 001 \$ et plus
16 à 35 ans	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Profil sanguin 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Profil sanguin Enquête régulière
36 à 45 ans	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Urine VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Profil sanguin 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Profil sanguin Enquête régulière
46 à 50 ans	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Urine VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Urine VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Profil sanguin 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Profil sanguin Rapport du médecin traitant Enquête régulière
51 à 55 ans	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Urine VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Urine VIH Questionnaire Mode de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Urine VIH Questionnaire Mode de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Profil sanguin Questionnaire Mode de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevue téléphonique Signes vitaux Profil sanguin Rapport du médecin traitant ECG Enquête régulière Questionnaire Mode de vie

Enquête amplifiée : pour les indemnités mensuelles de 4 500 \$ et plus.

Tableau 3.1.6 Exigences requises pour souscrire les garanties

- > Soins en établissement (Tangible)
- > Soins hors établissement (Tangible)

Âge	Somme assurée	
	0 \$ à 4 999 \$	5 000 \$ à 10 000 \$
16 à 50 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue téléphonique • Questionnaire Mode de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue téléphonique • Questionnaire Mode de vie • Rapport du médecin traitant
51 à 65 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue téléphonique • Questionnaire Mode de vie • Rapport du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue téléphonique • Questionnaire Mode de vie • Rapport du médecin traitant
66 à 70 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue téléphonique • Questionnaire Mode de vie • Rapport du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue téléphonique • Questionnaire Mode de vie • Rapport du médecin traitant
71 ans et plus	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue téléphonique • Entretien personnel • Rapport du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue téléphonique • Entretien personnel • Rapport du médecin traitant

Tableau 3.1.7 Exigences requises pour souscrire la garantie

- > Hospitalisation et perte d'autonomie (Tangible)

Âge	Somme assurée
	25 000 \$ et plus
55 à 65 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue téléphonique • Questionnaire Mode de vie • Rapport du médecin traitant
66 à 70 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue téléphonique • Questionnaire Mode de vie • Rapport du médecin traitant
71 à 80 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue téléphonique • Entretien personnel • Rapport du médecin traitant

4. Validité des documents

Le tableau suivant précise la durée de validité des documents requis pour l'analyse des dossiers par le Service de la sélection des risques. Au-delà de ces périodes, ces documents ne peuvent être considérés par l'assureur et doivent être remplis à nouveau par l'assuré.

Tableau 4.1 Durée de validité

Documents	Durée de validité
Déclaration de santé	90 jours*
Questionnaire paramédical : <ul style="list-style-type: none"> • Déclaration de santé (page 3 du questionnaire) • Signes vitaux (page 4 du questionnaire) 	90 jours* 1 an
Examen médical : <ul style="list-style-type: none"> • Déclaration de santé (page 3 du questionnaire) • Signes vitaux (page 4 du questionnaire) 	90 jours* 1 an
Entretien téléphonique	90 jours*
Signes vitaux seuls	1 an
Profil sanguin et urine	1 an
ECG	1 an
Proposition	6 mois
Autorisation (incluse dans la proposition)	90 jours

* Après 90 jours, une déclaration de bonne santé est requise.

5. Tarification financière

5.1 Normes sur les faillites

Règles générales

La personne à assurer qui a déclaré faillite et qui n'est pas libérée ou pour qui une proposition de consommateur est présentement en cours n'est pas admissible à l'assurance invalidité ni à la rente mensuelle. La proposition sera différée jusqu'à ce que la situation du demandeur soit rétablie.

La rente mensuelle du Plan Express peut être offerte si l'assuré répond aux conditions d'admissibilité inscrites dans la proposition.

Des montants maximums de 100 000 \$ en assurance vie et de 50 000 \$ en assurance maladies graves (toute couverture d'assurance individuelle excluant l'assurance collective) peuvent être considérés à condition que la faillite ait été déclarée depuis plus de six (6) mois.

Règle générale pour la libération de faillite

> 1^{re} faillite

- Neuf (9) mois depuis la date de la déclaration de la faillite, sauf si un avis d'opposition à sa libération a été donné.

> 2^e faillite ou plus

- Vingt-quatre (24) mois depuis la date de la déclaration de la dernière faillite, sauf si un avis d'opposition à sa libération a été donné.

Conditions spécifiques aux catégories professionnelles 3A et 4A

Un montant maximum de 3 000 \$ en assurance invalidité peut être considéré selon les conditions suivantes :

- > revenu minimum de 60 000 \$ avant impôt;
- > aucun antécédent de fraude;
- > aucun trouble nerveux présent ou dans les antécédents;
- > aucune critique sur son mode de vie;
- > une (1) seule faillite et celle-ci doit avoir été déclarée depuis plus de six (6) mois.

La durée des prestations est d'un maximum de cinq (5) ans et le délai de carence minimum est de quatre-vingt-dix (90) jours.

5.2 Privilège : Soumettre les preuves financières à la souscription

Règle générale

Pour tous les produits d'invalidité, sauf la rente mensuelle et la rente mensuelle express, l'assuré peut se prévaloir du privilège que lui propose l'assureur de soumettre ses preuves financières à la souscription au lieu de devoir le faire lorsqu'il déposera une demande de prestations.

Conditions d'admissibilité au privilège

Au moment de la soumission initiale, la personne à assurer doit :

- > demander à présenter ses preuves financières dès la soumission de la proposition d'assurance et joindre les preuves financières applicables, telles qu'indiquées dans le tableau [Documents exigés](#) (p.31);
- > avoir deux (2) ans d'expérience dans le même domaine d'affaires si elle est travailleur autonome ou propriétaire d'entreprise.

En cas de rejet de la demande de privilège au moment de la souscription en raison d'une non-admissibilité, la personne à assurer peut demander la révision de son dossier dans les 2 ans suivant la date de prise d'effet du contrat.

Néanmoins, la demande du privilège, accompagnée des preuves financières applicables, doit avoir été faite lors de la soumission initiale afin de pouvoir en demander la révision.

Le montant minimal de prestations mensuelles pouvant être soumis au privilège est de 1 000 \$ et la durée des prestations doit être de 5 ans ou jusqu'à 65 ans.

La personne à assurer peut également se prévaloir du privilège si elle souscrit un [Programme Association](#) (p. 39) ou un [Plan PME](#) (p. 40).

Tableau 5.2.1 Règles générales

Prestation mensuelle	3 499 \$ et moins	3 500 \$ et plus
Salarié	Aucune preuve, sauf si l'assuré choisit de fournir les preuves de revenu avec la proposition.	Preuves financières exigées
Travailleur autonome ou entreprise enregistrée	Aucune preuve, sauf si l'assuré choisit de fournir les preuves de revenu avec la proposition OU est admissible à la majoration de revenu.	Preuves financières exigées
Propriétaire d'entreprise incorporée	Aucune preuve, sauf si l'assuré choisit de fournir les preuves de revenu avec la proposition OU est admissible à la majoration de revenu.	Preuves financières exigées

Tableau 5.2.2 Documents exigés

	Catégories : A, 2A, 3A et 4A	Catégorie : B
Salarié	<ul style="list-style-type: none"> T4 de la dernière année complétée OU T1 générale (Déclaration de revenus et de prestations) – copie des pages 1 à 4 de la dernière année complétée 	<ul style="list-style-type: none"> Seuls les premiers 2 500 \$ d'assurance invalidité demandés au moment de la souscription sont admissibles à la sélection financière Les preuves financières sont requises pour les deux (2) dernières années
Travailleur autonome ou propriétaire d'entreprise	<ul style="list-style-type: none"> T1 générale (Déclaration de revenus et de prestations) – copie des pages 1 à 4 des deux dernières années complétées ET Formulaire T2125 – (états des résultats des activités d'une entreprise ou d'une profession libérale) des deux (2) dernières années complétées. Le revenu admissible indiqué à la ligne 9946 sera ajusté en fonction des revenus non admissibles en vertu du contrat OU Copie complète des états financiers des deux (2) dernières années complétées, incluant les notes complémentaires. Le revenu admissible sera ajusté en fonction des revenus non admissibles en vertu du contrat 	
Propriétaire d'entreprise incorporée	<ul style="list-style-type: none"> Copie complète des états financiers des deux (2) dernières années complétées, incluant les notes complémentaires. Le revenu admissible sera ajusté en fonction des revenus non admissibles en vertu du contrat ET T1 générale (Déclaration de revenus et de prestations) – copie des pages 1 à 4 de la dernière année complétée 	

Revenus non admissibles

Les revenus non admissibles suivants sont également détaillés dans le contrat d'assurance :

- > intérêts et placements;
- > loyers;
- > droits d'auteur;
- > redevances;
- > tout revenu provenant de régimes de retraite, de contrats de rentes, de régimes de participation aux bénéfices, de régimes de rémunération différée;
- > tout autre revenu qui n'est pas reçu directement en retour d'un service rendu.

Liste des documents admissibles

- > T1 générale ou T-1 Générale condensée : déclarations de revenus et de prestations
- > T2 générale : déclaration de revenus des sociétés
- > T2125 : état des résultats d'activités d'une entreprise ou d'une profession libérale
- > T2042 : état des résultats des activités d'une entreprise agricole
- > États financiers de l'entreprise
- > T4 : état de la rémunération payée
- > T5 : état des revenus de placements et/ou l'annexe 4 (y compris l'information sur la source des dividendes)
- > Avis de cotisation provincial (Québec) (pour les montants de 3 000 \$ et moins par mois) ou Sommaire comparatif de l'Agence de revenu du Canada (pour les montants de 3 000 \$ et moins par mois).

Assurance invalidité collective

Si le client détient une assurance invalidité collective, celui-ci doit nous fournir les informations suivantes :

- > le pourcentage du revenu en cas d'invalidité ou le montant exact de la prestation;
- > si la prestation est imposable ou non imposable.

5.3 Majoration du revenu

Règles de calcul

La majoration du revenu est applicable aux travailleurs autonomes et aux propriétaires d'entreprises inclus dans les catégories professionnelles B, A, 2A, 3A et 4A.

Au moment de déterminer le montant disponible de prestations mensuelles, une majoration de 20 % du revenu net gagné est permise jusqu'à concurrence de 40 000 \$. En aucun temps le revenu après majoration ne doit excéder le revenu brut. Cette majoration sera calculée sur le revenu net admissible après les dépenses et avant les impôts, et ce, sur le plus bas revenu des deux (2) dernières années, pour les catégories B, A et 2A.

Par ailleurs, pour les catégories 3A et 4A, nous considérerons la moyenne des deux dernières années.

De plus, la majoration du revenu sera prise en considération dans l'établissement :

- > du revenu gagné par les travailleurs autonomes et les propriétaires d'entreprises pouvant donner droit à une reclassification de la catégorie professionnelle; et
- > du montant d'assurance admissible au privilège.

Conditions d'admissibilité à la majoration du revenu

Pour être admissible à la majoration du revenu, la personne à assurer doit :

- > être travailleur autonome ou propriétaire d'entreprise dans le même domaine d'affaires depuis au moins deux (2) ans;
- > fournir les déclarations d'impôts personnelles et les états financiers complets de l'entreprise des deux (2) dernières années complétées, comme l'indique le tableau [Documents exigés](#) (p. 31);
- > remplir les conditions minimales suivantes, selon le statut qui s'applique :

- Entreprise enregistrée

L'entreprise enregistrée de la personne à assurer ne doit pas avoir réalisé de pertes au cours des deux (2) dernières années complétées.

- Entreprise incorporée (constituée en société)

L'entreprise incorporée ne doit pas avoir réalisé de pertes au cours des deux (2) dernières années complétées et elle doit être détenue par quatre (4) actionnaires ou moins, dont la personne à assurer qui doit détenir au moins 20 % des parts. Si l'entreprise est constituée en société, l'assureur considère le bénéfice net avant impôt selon le pourcentage des parts détenues dans l'entreprise déclarées aux fins de l'impôt sur le revenu, ainsi que le revenu d'emploi à la ligne 101 (fédéral).

La majoration est appliquée sur le bénéfice net avant impôt de l'entreprise apparaissant dans les états financiers des deux (2) dernières années complétées.

- Travailleur autonome et propriétaire unique d'entreprise enregistrée

Pour un travailleur autonome ou un propriétaire unique d'entreprise non constituée en société, le revenu gagné est le revenu brut duquel l'assureur soustrait les dépenses d'entreprise inscrites dans la déclaration fiscale, et ce, avant impôt personnel.

5.4 Fractionnement du revenu

Il est possible pour des raisons fiscales que le revenu soit fractionné entre la personne à assurer et son conjoint. Dans ce cas, la portion du revenu du conjoint peut être considérée dans le calcul du revenu admissible, mais ce dernier ne peut se prévaloir d'une couverture d'assurance sur les revenus fractionnés.

Renseignements à envoyer à l'assureur

Le demandeur qui désire un fractionnement du revenu doit en faire la demande à l'assureur par écrit en précisant les renseignements suivants :

- > montant total du revenu;
- > montant après le fractionnement du revenu entre les deux conjoints;
- > rôle de chaque conjoint au sein de l'entreprise;
- > description détaillée des fonctions du conjoint;
- > copie des états financiers de l'entreprise du demandeur ainsi que les T4 du conjoint.

5.5 Traitement des dividendes

Les dividendes ne sont habituellement pas considérés aux fins de l'assurance invalidité. En effet, ces montants représentent le résultat d'un travail passé et ne sont pas constants en ce qui concerne le montant et le versement (p. ex. dividendes reçus à la suite d'un investissement dans des actions).

Pour que les dividendes puissent être considérés comme un revenu, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

- > être travailleur autonome;
- > être en affaires depuis au moins un (1) an;
- > participer à 100 % dans son entreprise;
- > avoir une entreprise rentable.

Il est à noter que les dividendes considérés dans l'établissement du revenu admissible annuel de l'année en cours ne peuvent excéder le revenu net avant impôt de l'entreprise.

6. Catégories et tarification professionnelles

6.1 Catégories professionnelles

Dans l'onglet Professions de l'outil de soumission, le document [Professions et catégories](#) détaille toutes les professions admissibles.

6.2 Reclassification de catégorie professionnelle

Conditions d'admissibilité

Pour être admissible à toute reclassification de catégorie professionnelle, l'assuré doit :

- > travailler à l'extérieur du domicile plus de la moitié du temps;
- > cumuler au moins trois (3) ans d'expérience dans la même profession ou cinq (5) ans d'expérience connexe;
- > dépasser les exigences suivantes en ce qui concerne son revenu pour les deux dernières années :
 - 35 000 \$ pour la reclassification de B à A ou de A à 2A ou de 2A à 3A;
 - 60 000 \$ pour la reclassification de 3A à 4A;
 - 115 000 \$ pour la reclassification de A à 3A ou de 2A à 4A.

Dans le cas des travailleurs autonomes et des propriétaires d'entreprises, la majoration du revenu sera prise en considération pour établir le revenu gagné pouvant donner droit à une reclassification de la catégorie professionnelle.

Tableau 6.2.1 Reclassification

Catégories*	Extérieur du domicile > 50 %	3 ans même profession	OU	5 ans expérience connexe**	Revenu >35 000 \$ Pendant 2 ans	Revenu >60 000 \$ Pendant 2 ans	Revenu >115 000 \$ Pendant 2 ans
B ➔ A	✓	✓		✓	✓		
A ➔ 2A	✓	✓		✓	✓		
A ➔ 3A	✓	✓		✓			✓
2A ➔ 3A	✓	✓		✓	✓		
2A ➔ 4A	✓	✓		✓			✓
3A ➔ 4A	✓	✓		✓		✓	

* Certaines occupations font l'objet d'une restriction et sont inadmissibles à la reclassification. Veuillez vous référer à la colonne « Non sujet au reclassement » dans le document [Catégories professionnelles](#).

** Expérience connexe désigne toute expérience reliée au domaine d'expertise ou de compétence de l'assuré et comprenant un historique de stabilité d'emploi.

Une demande de reclassification de catégorie professionnelle peut être soumise jusqu'à cinq (5) ans suivant la date d'émission d'un contrat, sous réserve de certaines conditions.

Si la demande survient moins de six (6) mois après l'émission du contrat, l'assuré doit transmettre à l'assureur :

- > la Déclaration de santé abrégée;
- > des preuves de revenu;
- > le Questionnaire occupation.

Si la demande survient plus de six (6) mois après l'émission du contrat, l'assuré doit transmettre à l'assureur :

- > la Déclaration de santé ou faire une entrevue téléphonique;
- > des preuves de revenu;
- > le Questionnaire occupation.

6.3 Normes sur les travailleurs autonomes et employés salariés travaillant à domicile

Dans toutes les circonstances, les preuves de revenu sont requises pour :

- 1) un montant d'assurance de 3 500 \$ et plus
- 2) se prévaloir du privilège de fournir les preuves de revenu à la soumission, sauf si autrement stipulé ci-dessous

Tableau 6.3.1 Normes

> Assurance invalidité – Flex Bleue (Plan Flex), Blue Vision (Plan Global) et Tangible

Catégorie professionnelle : 4A	Délai de carence	Durée des prestations
Employé salarié et travailleur autonome de 0 à 100 % à domicile		
- Aucune preuve de revenu	Au choix	Au choix
Catégorie professionnelle : 3A	Délai de carence	Durée des prestations
Employé salarié de 0 à 100 % à domicile		
- Aucune preuve de revenu	Au choix	Au choix
Travailleur autonome de 20 % à 100 % à domicile ayant un revenu <u>supérieur</u> à 50 000 \$ avant impôts		
(Accès distinct - enseigne apparente - achalandage visible)*		
1) Même emploi ou même domaine pour les 2 dernières années : - Aucune preuve de revenu 2) Domaine différent de l'emploi précédent (moins de 2 ans) : - Doit travailler depuis au moins un an à domicile - Preuves de revenu des deux dernières années - Non disponible : privilège de fournir les preuves de revenu à la soumission 3) Domaine différent de l'emploi précédent (moins de 1 an à domicile) : - Doit travailler depuis au moins 6 mois à domicile - Prestation maximale de 1 300 \$ - Non disponible : privilège de fournir les preuves de revenu à la soumission	Au choix	Au choix
Travailleur autonome de 20 % à 100 % à domicile ayant un revenu <u>inférieur</u> à 50 000 \$ avant impôts		
(Accès distinct - enseigne apparente - achalandage visible)*		
1) Même emploi ou même domaine pour les 2 dernières années : - Ententes ou contrats établis pour la prochaine année - Preuves de revenu de la dernière année 2) Domaine différent de l'emploi précédent (moins de 2 ans) : - Doit travailler depuis au moins un an à domicile - Preuves de revenu des deux dernières années - Non disponible : Privilège de fournir les preuves de revenu à la soumission 3) Domaine différent de l'emploi précédent (moins de 1 an à domicile) : - Doit travailler depuis au moins 6 mois à domicile - Prestation maximale de 1 300 \$ - Non disponible : Privilège de fournir les preuves de revenu à la soumission	Au choix	Au choix
Travailleur autonome 20 % à domicile et moins		
- Aucune preuve de revenu - Aucun revenu minimum	Au choix	Au choix

* Si requis par l'occupation

Catégories professionnelles : 2A, A, B	Délai de carence	Durée des prestations
Travailleur autonome de 20 % à 100 % à domicile ayant un revenu <u>supérieur</u> à 25 000 \$ avant impôts		
(Accès distinct - enseigne apparente - achalandage visible)*		
- Aucune preuve de revenu	90 jours	2 ans 5 ans
- Avec preuves de revenu des 2 dernières années	Au choix	Au choix
Travailleur autonome de 20 % à 100 % à domicile ayant un revenu entre 17 000 \$ et 25 000 \$ avant impôts		
(Accès distinct - enseigne apparente - achalandage visible)*		
- Prestations selon revenu - Preuves de revenu des 2 dernières années	90 jours	2 ans 5 ans
Travailleur autonome 20 % à domicile et moins		
- Aucune preuve de revenu - Aucun revenu minimum	Au choix	Au choix

* Si requis par l'occupation

CAS SPÉCIAL	Délai de carence	Durée des prestations
Éducateurs 100 % à domicile avec certification**		
- Prestations selon revenu - Preuves de revenu des 2 dernières années - Enseigne apparente - Achalandage visible	90 jours	2 ans 5 ans
Éducateurs 100 % à domicile sans certification**		
- Prestations selon revenu - Preuves de revenu des 2 dernières années - Catégorie professionnelle : A - Revenu minimum de 12 000 \$	120 jours	2 ans

**Certification : Études complétées en éducation à la petite enfance ou accréditation reconnue par un bureau coordonnateur de la garde en milieu familial.

7. Frais généraux

La garantie Frais généraux couvre les frais d'entreprise durant l'invalidité.

Tableau 7.1 Spécificité de la garantie

Catégories	Prestation mensuelle maximale
B, A, 2A, 3A, 4A	6 000 \$
AO	Non admissibles
Agriculteurs	Non admissibles
Délais de carence	
30 jours (accident et maladie)	30M (30 jours, sauf en cas d'accident ou d'hospitalisation de plus de 18 heures où la prestation est payable le premier jour)
Durée des prestations	
2 ans	

Tableau 7.2 Frais admissibles

Dépenses ou frais associés à l'emplacement d'affaires dans la proportion utilisée pour l'exploitation de l'entreprise	
<ul style="list-style-type: none"> Loyer ou versements hypothécaires Impôt foncier Taxe d'eau Électricité Chauffage incluant le gaz naturel, le mazout, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Téléphone fixe Services de comptabilité Contrat d'entretien ou de maintenance Assurance des biens, incendie et vol
Excluant	
<ul style="list-style-type: none"> Impôts sur le revenu (personnels et d'entreprise) 	

Dépenses ou frais pour la machinerie, l'équipement et tout véhicule moteur (automobile ou camion) dans la proportion utilisée pour l'exploitation de l'entreprise	
<ul style="list-style-type: none"> Primes d'assurance (montant mensualisé) Plaques d'immatriculation (montant mensualisé) Frais de stationnement engagés contractuellement (montant mensualisé) 	<ul style="list-style-type: none"> Dans le cas d'une location : montant mensuel du contrat de location Dans le cas d'un achat : montant mensuel équivalant à l'intérêt sur le prêt et à l'amortissement
Excluant	
<ul style="list-style-type: none"> Frais d'entretien et de réparation Permis de conduire Carburant (essence, propane, huile) 	

Frais reliés à l'exploitation de l'entreprise

- Salaire des employés pour les entreprises de cinq (5) employés et moins
- Taxe d'affaires et permis
- Affranchissement et autres frais postaux
- Services de communication (téléphone mobile, internet)
- Blanchissage (nettoyage)
- Publicité contractuelle
- Cotisation professionnelle et/ou frais d'inscription à une association professionnelle (montant mensualisé)
- Assurance responsabilité civile ou professionnelle (montant mensualisé)
- Autres frais fixes, réguliers et nécessaires au fonctionnement de l'entreprise

Excluant

- Toute portion d'un prêt ou location couverte par un autre assureur
- Frais dont l'assuré principal n'était pas responsable avant son invalidité
- Factures en souffrance (frais engagés avant l'invalidité de l'assuré principal)
- Frais juridiques
- Frais de déménagement
- Frais de déplacement ou de voyage
- Frais de représentation
- Coût des marchandises, produits ou services vendus
- Livres professionnels
- Matériel, accessoires ou fournitures
- Salaire de l'assuré principal ou de toute personne qui le remplace

8. Associations

Un Programme Association est le résultat d'une entente particulière entre l'assureur, un partenaire et une association. Celle-ci vise à offrir une somme déterminée de couverture sans déclaration de santé complète aux membres d'un même regroupement officiel, autre qu'une entreprise. L'entente convenue fixe le nombre minimal d'assurés et la date d'échéance pour atteindre ce nombre.

Normes de souscription

Les normes générales d'adhésion pour chaque membre sont les suivantes :

- > Une personne à assurer ne peut souscrire qu'une seule fois, en utilisant le formulaire Association, pour profiter des privilèges qui y sont rattachés.
- > Le pourcentage du temps consacré à l'occupation n'est pas une condition d'admissibilité.

Par exemple, si la personne à assurer fait partie de l'Association des massothérapeutes, mais pratique la massothérapie 20 % de son temps, tandis qu'elle consacre 80 % de son temps à un emploi d'esthéticienne, elle peut tout de même soumettre une demande d'assurance.

Montant excédentaire

Le montant excédentaire est la somme demandée en surplus du montant accordé selon l'offre Association. Tandis que le montant de l'offre Association est émis à la réception de la demande, la portion excédentaire doit être étudiée par la sélection des risques.

Toutefois, l'étude de la sélection des risques prend en considération la totalité de la somme assurée (offre Association + excédent) et les [exigences](#) (p. 22) sont demandées en conséquence.

La demande de montant excédentaire peut être acceptée standard ou avec surprime et/ou exclusion, ou bien celle-ci peut être refusée.

Tableau 8.1 Scénarios d'acceptation par la Sélection

Accepté standard	Accepté avec exclusion	Accepté avec surprime
<p>Avis de confirmation :</p> <p>La clause d'exclusion des conditions préexistantes (12/12) <u>ne s'applique pas</u>.</p>	<p>Avenant au contrat :</p> <p>La clause d'exclusion des conditions préexistantes (12/12) ne s'applique pas.</p> <p>Une exclusion s'applique au montant excédentaire pour la durée du contrat, à moins qu'il y ait une date de révision possible.</p> <p>ET</p> <p>Cette exclusion s'applique également au montant sans preuve pour les 12 premiers mois.*</p>	<p>Avenant au contrat :</p> <p>Une surprime s'applique sur le montant excédentaire.</p> <p>La clause d'exclusion des conditions préexistantes <u>s'applique</u> (non spécifié dans l'avenant).</p>

***Exemple**

Demande d'assurance :

- Montant sans preuve de 1 500 \$
- Montant excédentaire de 500 \$

Après analyse par la Sélection des risques, la demande complète est acceptée avec une exclusion pour le genou droit.

L'avenant envoyé avec le contrat stipulera que :

- la clause d'exclusion des conditions préexistantes (12/12) ne s'applique pas;
- l'exclusion s'appliquera sur 2 000 \$ (somme assurée complète) pour un (1) an;
- À partir de la 2^e année de couverture, l'exclusion s'appliquera sur le 500 \$ (montant excédentaire).

Lors d'une réclamation, une vérification des conditions préexistantes sera effectuée pour le montant de l'offre Association, et une vérification de l'incontestabilité sera effectuée pour le montant excédentaire.

Privilège : Soumettre les preuves financières à la souscription

La personne à assurer peut se prévaloir du privilège de soumettre des preuves financières au moment de la souscription en joignant les preuves financières applicables, telles qu'indiquées dans le tableau [Documents exigés](#) (p.31).

9. Plan PME

Destiné aux petites ou moyennes entreprises, le Plan PME vise à offrir aux employés d'une même entreprise une somme déterminée de couverture sans déclaration de santé complète, soit seulement avec la déclaration du formulaire PME. Le Plan PME doit au préalable être approuvé par Croix Bleue.

Un nouvel employé d'une PME a 120 jours depuis la date de son embauche pour adhérer à la police d'assurance existante.

Montant excédentaire

Le montant excédentaire est la somme demandée en surplus du montant accordé selon les normes du Plan PME. Tandis que le montant accordé du Plan PME est émis à la réception de la demande, la portion excédentaire doit être étudiée par la sélection des risques.

Toutefois, l'étude de la sélection des risques prend en considération la totalité de la somme assurée (Normes ou Plan ou montant accordé aux PME + excédent) et les [exigences](#) (p. 22) sont demandées en conséquence.

La demande de montant excédentaire peut être acceptée standard ou avec surprime et/ou exclusion, ou bien celle-ci peut être refusée.

Tableau 9.1 Scénarios d'acceptation par la Sélection

Accepté standard	Accepté avec exclusion	Accepté avec surprime
<p>Avis de confirmation :</p> <p>La clause d'exclusion des conditions préexistantes (12/12) <u>ne s'applique pas</u>.</p>	<p>Avenant au contrat :</p> <p>La clause d'exclusion des conditions préexistantes (12/12) ne s'applique pas.</p> <p>Une exclusion s'applique au montant excédentaire pour la durée du contrat, à moins qu'il y ait une date de révision possible.</p> <p>ET</p> <p>Cette exclusion s'applique également au montant sans preuve pour les 12 premiers mois.*</p>	<p>Avenant au contrat :</p> <p>Une surprime s'applique sur le montant excédentaire.</p> <p>La clause d'exclusion des conditions préexistantes <u>s'applique</u> (non spécifié dans l'avenant).</p>

*Exemple

Demande d'assurance :

- Montant sans preuve de 1 500 \$
- Montant excédentaire de 500 \$

Après analyse par la Sélection des risques, la demande complète est acceptée avec une exclusion pour le genou droit.

L'avenant envoyé avec le contrat stipulera que :

- la clause d'exclusion des conditions préexistantes (12/12) ne s'applique pas;
- l'exclusion s'appliquera sur 2 000 \$ (somme assurée complète) pour un (1) an;
- À partir de la 2e année de couverture, l'exclusion s'appliquera sur le 500 \$ (montant excédentaire).

Lors d'une réclamation, une vérification des conditions préexistantes sera effectuée pour le montant du Plan PME, et une vérification de l'incontestabilité sera effectuée pour le montant excédentaire.

Privilège : Soumettre les preuves financières à la souscription

La personne à assurer peut se prévaloir du privilège de soumettre des preuves financières au moment de la souscription en joignant les preuves financières applicables, telles qu'indiquées dans le tableau Documents exigés (p.31).

10. MIB Group Inc. (The Medical Information Bureau Inc.)

10.1 Brève description

- > Le MIB Group, Inc. (MIB) est une société de type constitutif à but non lucratif dont sont membres les compagnies d'assurances vie et invalidité des États-Unis et du Canada.
- > Le MIB est la plus importante et la plus efficace entreprise ayant pour but de détecter et de diminuer les fraudes envers les compagnies d'assurance en Amérique du Nord.
- > Sa mission est de maintenir les primes d'assurance abordables pour tous les consommateurs en aidant l'industrie à réduire les fraudes et l'antisélection.

10.2 Un processus simple

Le MIB a établi un processus uniformisé de transmission des données qui consiste à :

- > collecter auprès de ses membres les informations médicales et non médicales de l'assuré dans un format codé;
- > garantir la sécurité du traitement des informations codées;
- > obtenir l'autorisation des personnes à assurer avant de transmettre les codes à ses membres et garantir la sécurité et la confidentialité des informations personnelles transmises.

10.3 Obtenir les renseignements du dossier du MIB

MIB a mis en place un processus simple qui permet au consommateur d'obtenir les informations consignées dans son dossier. Le MIB peut être joint au 1 866 692-6901 ou par l'entremise de son site Web : www.mib.com

10.4 Contester les renseignements rapportés par le MIB

L'assuré peut contester l'exactitude d'un renseignement ou signaler que son dossier est incomplet en faisant une demande par écrit au :

Directeur du MIB, Bureau de divulgation
330, avenue University, bureau 501
Toronto (Ontario) M5G 1R7

11. Organismes paramédicaux autorisés

L'assureur a conclu des ententes avec les principaux organismes paramédicaux au Canada, ce qui permet une grande flexibilité selon l'endroit où se trouve l'assuré.

Tableau 11.1.1 Organismes et services de sélection

	Entrevue téléphonique	Rapports de médecin	Rapports d'enquête	Paramédicaux	Profil sanguin	Urine VIH	Analyses de laboratoire	ECG au repos et à l'effort
Dynacare	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
ExamOne				✓	✓	✓	✓	✓

Règlements – Assurance Invalidité

1. L'analyste : son rôle

L'analyste reçoit les demandes de prestations d'assurance invalidité des assurés, effectue les suivis et vérifications nécessaires et procède au règlement de ces demandes.

De plus, il traite les demandes de règlements admissibles en vertu des garanties Fracture accidentelle, Soins de longue durée, Maladies graves et Décès et mutilation accidentels.

2. Demande initiale de règlement

2.1 Soumettre une demande

Avis et formulaire

Lorsqu'un événement survient, il importe d'aviser l'assureur le plus rapidement possible afin d'amorcer le processus de règlement, soit par téléphone ou courriel, selon les informations dans la section [Coordonnées utiles](#) (p. I).

À la réception de cet avis, l'assureur fera parvenir à l'assuré le [Guide de l'assuré – Assurance invalidité](#) qui rassemble les formulaires nécessaires à l'analyse de la demande de règlement. Le guide peut également être téléchargé.

À la réception des formulaires dûment remplis et signés, un dossier de règlement sera ouvert et il demeurera ouvert durant toute la période d'invalidité.

Délai de présentation de la demande de règlement

Une preuve d'invalidité doit être soumise à l'assureur dans les 90 jours suivant le début de l'invalidité. L'assuré pourrait être pénalisé ou voir sa demande rejetée si elle est présentée au-delà de cette période.

Si le médecin de l'assuré tarde à remplir la déclaration du médecin traitant, il est tout de même préférable d'envoyer les formulaires dûment remplis par l'assuré et les documents requis et d'y joindre une note indiquant que la déclaration du médecin suivra.

2.2 Documents requis

Les formulaires suivants doivent être transmis à l'assureur dans les 90 jours suivant le début de l'invalidité :

- > déclaration de l'assuré;
- > autorisation (en 6 exemplaires);
- > déclaration du médecin traitant;
- > déclaration de l'employeur ou du travailleur autonome;
- > preuves de revenu, si requises;
- > demande de paiement par dépôt direct (facultatif).

Déclaration de l'assuré

Ce formulaire de quatre (4) pages comporte trois (3) sections :

> Condition médicale et personnelle de l'assuré

S'il s'agit d'un accident, il importe de fournir les informations sur les circonstances de l'accident.

> Formation et expérience professionnelle

Les réponses permettent de réorienter l'assuré sur le marché professionnel lorsqu'il ne peut reprendre ses anciennes fonctions.

> Activités quotidiennes

Les réponses permettent de mieux comprendre les conséquences de l'invalidité sur la capacité d'autonomie de l'assuré.

Autorisation

Les six (6) formulaires d'autorisation doivent être signés et datés par l'assuré. En les signant, l'assuré donne l'autorisation à l'assureur de recueillir et de divulguer ses renseignements personnels et médicaux pour qu'il amorce l'étude de sa demande. Si les autorisations ne sont pas jointes à la demande initiale, celle-ci sera jugée incomplète.

Déclaration du médecin traitant

Il s'agit du formulaire standard qui doit être rempli et signé par le médecin traitant et qui doit être accompagné d'une copie du dossier médical du patient.

Il est à noter que les frais exigés par le médecin pour remplir le formulaire sont payables par l'assuré.

Déclaration de l'employeur

Ce formulaire recto verso doit être rempli par l'employeur si l'assuré est un salarié. S'il existe une description de tâches, l'employeur doit en annexer une copie au formulaire.

Les assurés ayant plus d'un employeur doivent faire remplir une déclaration par chaque employeur.

Déclaration du travailleur autonome

Ce formulaire doit être rempli par l'assuré lui-même s'il est travailleur autonome ou actionnaire unique de sa compagnie.

Preuves de revenu

Une garantie d'assurance invalidité ou de rente mensuelle vise à remplacer la perte du revenu de l'assuré à la suite d'une invalidité. Les déclarations de revenu sont donc requises pour établir ce revenu avant l'invalidité.

Des preuves de revenu n'ont pas à être soumises lors de la demande de règlement initiale si :

- > elles ont été soumises et acceptées à l'émission de la police (l'assuré devra, s'il y a lieu, justifier les augmentations du montant assuré subséquent à l'émission du contrat);
- > le montant assuré est de 1 200 \$ par mois ou moins pour les trente-six (36) premiers mois;
- > l'assuré est membre d'une association et il a été convenu que la prestation payable est établie en fonction du nombre de bénéficiaires sous sa garde. L'assuré doit alors produire l'attestation gouvernementale à cet effet;
- > la demande de règlement est reliée à une hypothèque. Une copie des derniers relevés de paiements indiquant le solde du prêt ou de la marge hypothécaire doit être annexée à la demande;
- > il s'agit uniquement d'une demande d'exonération des primes;
- > il s'agit uniquement d'une demande en vertu de la garantie Frais généraux.

Dans les autres cas, l'assureur se réserve le droit de demander des preuves de revenu selon le statut de l'assuré.

Salarié

- > Pages 1 à 4 de la déclaration de revenus fédérale (et provinciale pour les résidents du Québec) de la dernière année civile précédant l'invalidité
- > Avis de cotisation reçus des gouvernements

Travailleur autonome

- > Pages 1 à 4 de la déclaration de revenus fédérale (et provinciale pour les résidents du Québec) de la dernière année civile précédant l'invalidité
- > Avis de cotisation reçus des gouvernements
- > Copie du formulaire T2125 (état des résultats des activités d'une entreprise ou d'une profession libérale) qui a été annexé à la déclaration fédérale

Actionnaire

- > Pages 1 à 4 de la déclaration de revenus fédérale (et provinciale pour les résidents du Québec) de l'année civile précédant l'invalidité
- > Avis de cotisation reçus des gouvernements
- > États financiers de la compagnie
- > Annexe 50 de la déclaration de revenus fédérale pour le dernier exercice fiscal de la compagnie

2.3 Décision initiale

À la réception de la demande de règlement, l'assureur postera un accusé de réception à l'assuré.

Lorsque la demande aura été analysée par le Service des règlements, l'assuré sera informé par écrit de la décision initiale (acceptation, refus ou investigation supplémentaire). Si d'autres documents sont nécessaires pour étudier la demande de règlement, l'assuré sera alors avisé.

L'assureur transmettra au conseiller une copie de toutes les correspondances.

3. Analyse du dossier

Entretien téléphonique

Au cours du processus, l'analyste communiquera avec l'assuré, notamment pour lui fournir des explications sur le statut du dossier et, si nécessaire, recueillir les informations manquantes.

Des entretiens téléphoniques auront lieu régulièrement entre l'analyste et l'assuré. Il est à noter que les conversations peuvent être enregistrées à des fins de formation et de contrôle de qualité.

Demande du dossier médical

Dans certaines situations, l'analyste demandera une copie complète du dossier médical de l'assuré. Ces informations sont nécessaires afin que l'assureur évalue convenablement le bien-fondé d'une demande de règlement.

Entrevue en personne

Il arrive qu'une rencontre soit nécessaire afin de clarifier le contexte d'une demande. C'est une approche plus humaine qui permet de dénouer une impasse. L'assureur utilisera les services d'agents dûment formés ou de professionnels de la réadaptation.

Expertise médicale indépendante

L'assureur peut demander, à ses frais, l'évaluation de l'assuré par un médecin spécialiste de son choix. Cette évaluation est faite par un médecin indépendant qui n'est pas employé par l'assureur. Le refus de se soumettre à une expertise médicale peut entraîner la cessation des prestations.

Comme il est difficile d'obtenir une consultation en spécialité, l'assureur utilise cet outil pour procurer au médecin traitant l'opinion d'un spécialiste et des options de traitement. Une copie du rapport du médecin expert est envoyée au médecin traitant. Ce dernier, s'il le désire, pourra commenter le rapport de l'expert.

L'assuré qui désire obtenir une copie du rapport d'expertise doit en faire la demande à son médecin traitant qui pourra lui en expliquer le contenu.

Services de réadaptation

Des services qui ne sont pas couverts par les garanties d'assurance invalidité de l'assureur peuvent parfois être offerts aux frais de l'assureur dans le but de faciliter le retour à la santé et à une vie active.

4. Prestations

4.1 Paiement des prestations

Les prestations mensuelles sont payables à la fin de chaque mois suivant l'expiration du délai de carence, pourvu que l'invalidité soit acceptée par l'assureur. Se référer à la section [Délai de carence](#) (p. 47).

Les paiements (sauf le premier et le dernier) couvrent normalement un mois civil. Ils sont émis généralement le deuxième vendredi de chaque mois afin d'être mis à la poste au cours de la semaine suivante. Quel que soit le mode de versement des prestations, un relevé de paiement sera automatiquement posté à l'assuré.

Il est à noter que le versement des prestations peut être retardé si l'assureur n'a pas reçu les renseignements supplémentaires qu'il a demandés.

4.2 Indexation des prestations

Si l'assuré a choisi cette option lors de la soumission, l'assureur indexera les prestations payées le premier (1^{er}) janvier de l'année qui suit la fin des douze (12) premiers mois d'invalidité.

L'indexation est généralement basée sur l'indice des prix à la consommation (IPC) publié par Statistiques Canada. Certains anciens contrats de l'assureur utilisent le taux publié par la Régie des rentes du Québec (RRQ) ou le Régime de pensions du Canada (RPC). Le taux applicable est inscrit dans le contrat d'assurance.

Régie des rentes du Québec (RRQ) et Régime de pensions du Canada (RPC)

Ces régimes prévoient le versement d'une rente en cas d'invalidité grave et prolongée qui empêche l'assuré d'exercer tout travail rémunérateur.

Les prestations versées par la RRQ ou le RPC sont déduites des prestations d'invalidité. Il importe cependant de noter que l'assureur ne tient compte que du montant initialement accordé par la RRQ ou le RPC et qu'il n'y a pas d'intégration des prestations destinées aux enfants d'un cotisant invalide.

Dépôt direct

Si l'assuré le désire, les prestations d'assurance invalidité peuvent lui être versées par dépôt direct dans son compte bancaire. L'assureur recommande ce mode de paiement qui permet à l'assuré de disposer de ses fonds dès qu'ils sont transférés, évitant ainsi tout retard ou perte de courrier. Il suffit d'en faire la demande en remplissant le formulaire inclus dans le [Guide de l'assuré – Assurance invalidité](#).

Il est à noter que le dépôt direct n'est pas disponible pour les demandes de règlement relatives à l'exonération des primes ou au remboursement d'un prêt à un créancier. Dans ce dernier cas, les paiements sont faits directement au créancier.

5. Révision d'une décision

Si l'assuré est en désaccord avec la décision de l'assureur et qu'il a transmis tous les documents pertinents pour appuyer sa demande, il peut présenter une demande de révision à l'adresse suivante :

Croix Bleue / Canassurance

Direction du service des règlements vie et invalidité
1981, avenue McGill College, bureau 105
Bureau B-9 Montréal (Québec) H3A 0H6

6. Clauses contractuelles

Afin que l'assuré comprenne bien l'étendue de sa couverture, il importe de lui expliquer la portée de certaines clauses contractuelles, les clauses détaillées ci-dessous étant particulièrement importantes.

6.1 Date d'invalidité

La date d'invalidité correspond à la première journée complète d'invalidité totale. Elle est obligatoirement postérieure à la dernière journée travaillée. La date de la première consultation médicale après l'arrêt de travail constitue généralement la date de début d'invalidité aux fins du contrat d'assurance. Le délai de carence prévu au contrat est calculé à partir de cette date.

6.2 Délai de carence

Le délai de carence désigne la période d'invalidité totale durant laquelle aucune prestation n'est payable. Ce délai est indiqué au sommaire des garanties pour les garanties d'assurance invalidité ou est spécifié dans la police pour l'exonération des primes.

Il s'agit d'une période ininterrompue d'invalidité totale, mais certains contrats permettent de cumuler plus d'une période d'invalidité totale afin de combler le délai de carence. Ces précisions seront indiquées dans la police.

6.3 Clauses d'admissibilité et d'exclusion

Preuve d'invalidité

L'existence d'une condition médicale ou d'un diagnostic ne constitue pas en soi une preuve de l'incapacité à travailler de l'assuré.

L'invalidité se détermine en fonction de deux facteurs :

- > l'incapacité temporaire ou permanente de l'assuré, qui découle de sa maladie ou de son accident;
- > les exigences de son emploi durant la période occupationnelle, ou de tout emploi rémunérateur conforme à sa formation, son éducation et son expérience par la suite.

Afin de mieux comprendre les conséquences de la condition médicale sur l'assuré, l'assureur peut demander régulièrement des compléments d'informations médicales ou des renseignements sur les tâches de l'assuré.

Conduite en état d'ébriété

Les contrats prévoient une exclusion dans le cas de la conduite d'un véhicule motorisé en état d'ébriété. Lorsqu'une demande de prestations à la suite d'un accident de la route est soumise, l'assureur doit obtenir les dossiers médicaux complets afin de vérifier cette exclusion.

Conditions préexistantes

Les contrats d'assurance qui sont émis sans examen médical préalable sont assortis d'exclusions relatives aux conditions préexistantes. La condition préexistante est une condition médicale, diagnostiquée ou non, dont l'assuré était atteint avant que le contrat n'entre en vigueur, donc préexistante au contrat.

L'assuré n'aura pas droit à des prestations si, dans les douze (12) mois précédant l'entrée en vigueur de sa police, il a consulté un professionnel de la santé, subi des examens ou reçu une ordonnance pour des médicaments ou des traitements pour cette condition spécifique.

L'exclusion relative à une condition préexistante ne s'applique plus si la police a été en vigueur durant au moins douze (12) mois selon le type de contrat.

Si l'assuré présente une demande de règlement qui débute au cours de cette période d'exclusion, ses antécédents médicaux seront vérifiés. Cette démarche pourrait prolonger le délai de décision, puisque l'assureur prendra le temps de communiquer avec les médecins que l'assuré a consultés dans le passé. Il est à noter que l'assuré sera informé si un tel délai survient.

Incontestabilité

La plupart des contrats d'assurance sont émis en fonction des renseignements médicaux fournis par l'assuré lors de la souscription.

Si une invalidité survient moins de deux (2) ans après l'entrée en vigueur du contrat, les antécédents médicaux de l'assuré seront vérifiés pour valider l'exactitude des renseignements fournis. Cette démarche pourrait prolonger le délai de décision, puisque l'assureur prendra le temps de communiquer avec les médecins que l'assuré a consultés dans le passé. Il est à noter que l'assuré sera informé si un tel délai survient.

6.4 Clauses financières

Annulation des augmentations automatiques

L'assuré qui avait choisi cette option n'aura plus droit aux augmentations automatiques durant son invalidité. Les augmentations automatiques cessent lorsque la demande initiale de prestations est en cours d'analyse. Durant l'invalidité, les primes perçues en trop en raison des augmentations automatiques seront remboursées à l'assuré.

Dividendes

Les dividendes ne constituent pas un revenu de travail assurable. Si le propriétaire d'une entreprise se rémunère par des dividendes plutôt que par un salaire, l'assureur tiendra compte du bénéfice net de sa compagnie dans la dernière année d'exercice, au prorata des actions détenues par l'assuré pour établir son revenu de travail. Les années antérieures ne seront pas prises en considération.

Revenus de location

Les revenus tirés de la location d'un immeuble ne constituent pas un revenu de travail assurable. Par conséquent, l'assureur ne tiendra pas compte de ces revenus dans l'application des clauses de réduction et de coordination des prestations.

Exonération des primes

Lors d'une demande de prestations d'assurance invalidité, l'assureur traite automatiquement l'exonération des primes si les garanties comportent cette option. Par contre, s'il n'y a pas de garantie d'assurance invalidité, une demande spécifique pour l'exonération des primes devra être soumise. Les formulaires inclus dans le [Guide de l'assuré – Assurance invalidité](#) peuvent être utilisés à cette fin.

Imposition des prestations

Lorsque la prestation est imposable selon ce qui a été indiqué dans la proposition, l'assureur déduira à même la prestation mensuelle les impôts fédéral et provincial et émettra des relevés à la fin de l'année.

Intégration et coordination des prestations

La prestation initiale payable par l'assureur ne peut excéder 100 % du revenu net personnel de l'assuré (90 % de son revenu personnel net avant impôt si les prestations sont imposables).

Par ailleurs, si l'assuré dispose de plusieurs sources de prestations d'invalidité, l'assureur pourrait procéder à une intégration et à une coordination des prestations de la manière suivante :

- > les prestations versées par les régimes publics d'assurance seront soustraites directement de la prestation de l'assureur;
- > la prestation sera aussi réduite si la totalité des prestations d'invalidité que reçoit l'assuré, toutes sources confondues, excède 100 % de son revenu net avant son invalidité. Si la prestation de l'assuré est imposable, cette limite sera de 90 % du revenu brut avant invalidité.

Si l'assuré a soumis des preuves de revenu lors de l'émission de la police, ce revenu servira aux fins du calcul. Toutefois, l'assuré pourrait fournir les preuves de ses revenus avant invalidité si cela lui est plus avantageux. Cependant, le montant de la prestation ne peut excéder le montant assuré.

Veuillez noter que des prestations d'invalidité qui sont versées aux créanciers de l'assuré, telles qu'une assurance liée à un prêt hypothécaire ou automobile, n'entrent pas dans le calcul pour l'intégration ou la coordination des prestations. Les assurés doivent continuer de faire les versements aux créanciers et convenir d'un arrangement avec ceux-ci pour obtenir le remboursement des prestations que l'assureur leur a versées.

Exonération des primes

L'assuré doit continuer à verser les primes même s'il présente une demande de prestations ou d'exonération auprès de l'assureur. Lorsque l'exonération des primes sera acceptée, les primes perçues en trop seront remboursées.

Certaines garanties d'assurance ne comportent pas de clause d'exonération des primes et continueront d'être facturées durant l'invalidité.

Il importe de noter que l'assureur ne déduit pas les primes des prestations payables à l'assuré.

6.5 Obtenir une copie du dossier

Pour obtenir une copie de son dossier, l'assuré en fait la demande écrite à l'assureur. Des frais administratifs et certaines restrictions peuvent s'appliquer.

L'assureur transmet au médecin traitant de l'assuré une copie des rapports d'expertises médicales qu'il a exigés aux fins d'analyse. L'assuré peut en obtenir une copie auprès de son médecin qui pourra, s'il le juge approprié, lui en expliquer le contenu.

Il est à noter que l'assureur ne peut transmettre à un conseiller financier le dossier d'un assuré même si ce dernier lui en donne l'autorisation expresse, conformément à la Loi sur la distribution de produits et services financiers :

« 37. Même avec l'autorisation d'un assuré, un assureur ne peut communiquer à un cabinet qui offre du crédit et de l'assurance les renseignements de nature médicale ou concernant les habitudes de vie qu'il a reçus de cet assuré. »

Règlements – Assurance Vie

1. L'analyste : son rôle

L'analyste reçoit les demandes de prestations d'assurance vie, effectue les suivis et les vérifications nécessaires et procède au règlement de ces demandes en tenant compte des exclusions prévues au contrat.

2. Demande d'indemnité

2.1 Soumettre une demande

Avis et formulaires

En cas de décès de l'assuré, il importe d'aviser l'assureur le plus rapidement possible afin d'amorcer le processus de règlement, soit par téléphone ou courriel selon les informations dans la section [Coordonnées utiles](#) (p. I).

À la réception de cet avis, l'assureur fera parvenir le formulaire requis au bénéficiaire ou au liquidateur testamentaire.

Délai de présentation de la demande d'indemnité

La demande complète doit être soumise à l'assureur le plus tôt possible. Si le bénéficiaire ou le liquidateur testamentaire ne peut fournir tous les documents au moment de la demande, celui-ci devrait tout de même communiquer avec l'assureur.

Une demande d'indemnité présentée dans les trois (3) ans suivant le décès d'un assuré sera considérée à l'intérieur du délai de présentation et sera étudiée.

2.2 Documents requis

La demande d'indemnité d'assurance vie doit être transmise à l'assureur et inclure les documents suivants :

- > déclaration du demandeur;
- > autorisation;
- > déclaration du médecin ayant constaté le décès;
- > certificat de décès.

Si aucun bénéficiaire n'a été désigné sur la police d'assurance, le demandeur doit joindre également :

Au Québec

- > une copie du dernier testament et les certificats de recherche testamentaire à la Chambre des notaires et au Barreau du Québec;
- > en l'absence de testament, une copie du contrat de mariage.

En Ontario

- > une copie du dernier testament et du certificat de nomination à titre de fiduciaire de la succession testamentaire; ou
- > le certificat de nomination à titre de fiduciaire de la succession non testamentaire.

Déclaration du demandeur

Ce formulaire doit être rempli et signé par chacun des bénéficiaires désignés sur la police.

S'il n'y a pas de bénéficiaire, le produit de la police fait partie de la succession de l'assuré et le formulaire doit être rempli et signé :

Au Québec :

- > Par le liquidateur testamentaire

En Ontario :

- > Par le fiduciaire de la succession

Autorisation

Les autorisations doivent être signées et datées par le bénéficiaire ou le liquidateur testamentaire ou le fiduciaire de la succession afin d'amorcer l'étude de la demande. Toute demande d'indemnité qui n'est pas accompagnée des formulaires d'autorisation sera jugée incomplète, ce qui retardera le processus de règlement.

Déclaration du médecin

Ce formulaire doit être rempli et signé par le médecin ayant constaté le décès.

Il est à noter que les frais exigés par le médecin pour remplir le formulaire sont payables par le bénéficiaire.

Certificat de décès

Des documents originaux sont requis, mais ils pourraient être retournés si l'assureur reçoit une demande à cet effet et si le montant de l'indemnité le permet.

Tableau 2.2.1 Document requis

Moins de 50 000 \$	Plus de 50 000 \$
<ul style="list-style-type: none">• Attestation originale émise par une maison funéraire OU• Certificat de décès original délivré par le Directeur de l'état civil OU• Acte de décès original délivré par le Directeur de l'état civil	<ul style="list-style-type: none">• Certificat de décès ou acte de décès délivré par le Directeur de l'état civil du Québec ou par le Bureau du registraire général de l'Ontario.

2.3 Liens utiles

Le règlement d'une succession est complexe. Voici quelques liens utiles pour aider le bénéficiaire dans cette démarche :

Agence du revenu du Canada

- > [Quoi faire suivant un décès](#)

Gouvernement du Québec

- > [Que faire lors d'un décès](#)

Gouvernement de l'Ontario

- > [Que faire lorsque quelqu'un décède](#)

Justice Québec

- > [Successions](#)

Retraite Québec

- > [Le décès](#)

Service Canada

- > [Après un décès](#)

2.4 Décision de l'assureur

À la réception de la demande d'indemnité d'assurance vie, l'assureur postera un accusé de réception au demandeur.

Lorsque la demande aura été analysée par le Service des règlements, le demandeur sera informé par écrit de la décision initiale (acceptation, refus ou investigation supplémentaire).

Si d'autres documents sont nécessaires pour étudier la demande de règlement, le demandeur en sera alors avisé.

L'assureur transmettra au conseiller une copie de toutes les correspondances.

3. Indemnité d'assurance vie

Bénéficiaires multiples

À moins que l'assuré n'ait indiqué une répartition spécifique du montant de la prestation entre les différents bénéficiaires, l'indemnité sera divisée également entre tous les bénéficiaires.

Intérêts

Des intérêts sont versés sur toute indemnité payée plus de trente (30) jours après la date du décès. Des relevés aux fins d'impôts sont émis lorsque le montant des intérêts est de 50 \$ et plus.

Imposition

Les indemnités d'assurance vie ne sont pas imposables.

Dépôt direct

Il est à noter qu'il n'est pas possible de verser une indemnité d'assurance vie par dépôt direct. Un chèque sera émis au nom du ou des bénéficiaires.

4. Révision de la décision

Si le bénéficiaire est en désaccord avec la décision de l'assureur et a transmis tous les documents pertinents pour appuyer sa demande, il peut présenter une demande de révision à l'une des adresses suivantes :

Québec

Croix Bleue / Canassurance
Direction du service des règlements vie et invalidité
1981, avenue McGill College, bureau 105
Montréal (Québec) H3A 0H6
reglementsvie.invalidite@qc.croixbleue.ca

Ontario

Croix Bleue de l'Ontario
C.P. 4433, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 3Y7
reglementsvie.invalidite@ont.croixbleue.ca

5. Clauses contractuelles

5.1 Clauses d'admissibilité et d'exclusion

Afin que l'assuré comprenne bien les limitations et les exclusions de couverture, il importe de lui expliquer la portée de certaines clauses contractuelles, les clauses détaillées ci-dessous étant particulièrement importantes.

Conditions préexistantes

Les contrats d'assurance émis sans examen médical préalable sont assortis d'exclusions relatives aux conditions préexistantes. La condition préexistante est une condition médicale (diagnostiquée ou non) dont l'assuré était atteint avant que le contrat n'entre en vigueur, donc préexistante au contrat.

L'indemnité d'assurance vie ne pourra être versée si, dans les douze (12) mois précédant l'entrée en vigueur de la police, l'assuré décédé a consulté un professionnel de la santé, subi des tests ou examens médicaux, ou reçu une ordonnance pour des médicaments ou des traitements pour cette condition spécifique.

Cette exclusion ne s'applique généralement plus si la police a été en vigueur durant au moins douze (12) mois.

Si la demande de règlement est présentée au cours de cette période d'exclusion, les antécédents médicaux de l'assuré seront vérifiés. Cette démarche pourrait prolonger le délai de décision, puisque l'assureur prendra le temps de communiquer avec les médecins que l'assuré a consultés dans le passé. Il est à noter que le demandeur sera informé si un tel délai survient.

Incontestabilité

La plupart des contrats d'assurance sont émis en fonction des renseignements médicaux fournis par l'assuré lors de la souscription.

Si un décès ou une invalidité survient moins de deux (2) ans après l'entrée en vigueur du contrat, les antécédents médicaux de l'assuré seront vérifiés pour valider l'exactitude des renseignements fournis. Cette démarche pourrait prolonger le délai de décision, puisque l'assureur prendra le temps de communiquer avec les médecins que l'assuré a consultés dans le passé. Il est à noter que le demandeur sera informé si un tel délai survient.

Conduite en état d'ébriété

Les contrats prévoient une exclusion pour les cas de conduite d'un véhicule motorisé en état d'ébriété. Lorsqu'une demande d'indemnité à la suite d'un accident de la route est soumise, l'assureur doit obtenir les dossiers médicaux complets afin de vérifier cette exclusion.

Clause en cas de suicide

Aucune prestation n'est payable si le décès résulte d'un suicide survenant au cours des vingt-quatre (24) ou douze (12) premiers mois de la prise d'effet de l'assurance vie, selon le produit, que l'assuré soit sain d'esprit ou non.

5.2 Obtenir une copie du dossier

Le bénéficiaire peut obtenir une copie du dossier en faisant une demande écrite à l'assureur. Des frais administratifs et certaines restrictions peuvent s'appliquer.

Il est à noter que l'assureur ne peut transmettre à un conseiller financier le dossier d'un assuré même si ce dernier lui en donne l'autorisation expresse, conformément à la Loi sur la distribution de produits et services financiers :

« 37. Même avec l'autorisation d'un assuré, un assureur ne peut communiquer à un cabinet qui offre du crédit et de l'assurance les renseignements de nature médicale ou concernant les habitudes de vie qu'il a reçus de cet assuré. »

Règlement - Santé/Dentaire

1. L'analyste : son rôle

L'analyste reçoit les demandes de prestations d'assurance santé et dentaire, effectue les suivis et les vérifications nécessaires et procède au règlement de ces demandes en tenant compte des exclusions, des franchises, des maximums et de la coassurance.

2. Déterminer les prestations

2.1 Calcul du remboursement

montant payable maximum – franchise – coassurance = remboursement

2.2 Maximum payable

Le montant maximum payable est défini par le contrat pour une période donnée et varie d'une couverture à l'autre.

2.3 Franchise

La franchise est le montant de base que l'assuré doit déboursier et qui n'est pas remboursable par l'assureur.

2.4 Pourcentage couvert

Certaines garanties ne couvrent pas la totalité des frais engagés, dans quels cas, l'assureur ne remboursera qu'un certain pourcentage défini par le contrat, le solde étant à acquitter par l'assuré.

2.5 Coassurance

La coassurance est la couverture d'un même risque par plus d'un assureur. Le montant couvert par le second assureur est soustrait du montant remboursable puisque le but de l'assurance n'est pas de procurer un gain à l'assuré, mais bien de rembourser les frais engagés.

3. L'Assurance santé/maladie

L'assurance santé/maladie est dite complémentaire, car celle-ci sert à rembourser des frais qui ne sont pas couverts ou qui ne sont pas complètement couverts par les régimes d'assurance provinciaux.

3.1 Couverture

Frais généralement couverts par l'assurance santé/maladie :

- > Frais d'hospitalisation
- > Services de professionnels de la santé
- > Services ambulanciers
- > Examens médicaux
- > Soins infirmiers à domicile
- > Coût d'achat de prothèses et d'appareils médicaux
- > Fauteuils roulants
- > Lunettes et lentilles cornéennes
- > Médicaments (couverture optionnelle)

3.2 Limitations

Exclusions

Lorsqu'un contrat a été établi avec une exclusion, les frais se rapportant à cette exclusion ne sont pas admissibles. Toute condition préexistante peut être exclue de la couverture selon les termes du contrat. Il est néanmoins primordial que toutes conditions soupçonnées ou diagnostiquées soient entièrement dévoilées lors de la soumission, sans quoi, le contrat pourrait être annulé depuis sa date d'entrée en vigueur lors d'une réclamation qui aurait peut-être été valide.

Frais médicalement nécessaires

Pour avoir droit à un remboursement les soins médicaux admissibles doivent être considérés comme nécessaires d'un point de vue médical.

Frais de massothérapie

L'ordonnance d'un médecin est toujours requise lors d'une demande de remboursement de frais de massothérapie. *(Une ordonnance est valide 12 mois à partir de la date de signature du médecin).*

Frais de podiatrie

Au Québec, seuls les frais engagés auprès d'un podiatre membre de l'Ordre des podiatres du Québec peuvent être remboursés selon les termes de consultation en podiatrie du contrat, contrairement à ceux engagés auprès d'un podologue, qui ne sont pas admissibles.

En Ontario, les frais engagés auprès d'un podiatre ou d'un podologue membre de son association sont couverts.

Frais de psychologie

Seuls les frais engagés auprès d'un psychologue membre de l'Ordre des psychologues du Québec ou de l'Ordre des psychologues de l'Ontario peuvent être remboursés selon les termes de consultation en psychologie du contrat.

Examen oculaire

Pour tout assuré de moins de 65 ans, l'examen des yeux est couvert pour un montant total de 50 \$ par période de 24 mois, et ce, indépendamment de toute condition pouvant justifier une plus grande fréquence.

Délai de réclamation

La demande de règlement doit être soumise dans les 12 mois suivant la date du service rendu.

Informations requises sur les reçus soumis

Pour des frais autres que des médicaments d'ordonnance, les reçus doivent comporter l'entête de la personne ou de la société qui a fourni le service et indiquer clairement les renseignements suivants :

- > Nom du patient
- > Date(s) de prestation du service
- > Description du service
- > Coût de chaque service rendu
- > Nom du professionnel de la santé
- > Type de professionnel de la santé
- > Numéro de permis et/ou d'inscription du professionnel de la santé

4. Assurance soins dentaires

Avant tout traitement dentaire important, il est judicieux de nous faire parvenir un plan de traitement pour que nous vous indiquions ce qui est couvert.

4.1 Couverture

Seuls les frais usuels et raisonnables engagés pour les services dispensés par un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un denturologiste diplômé sont admissibles.

4.2 Limitations

- > Les frais d'orthodontie ne sont pas couverts.
- > Les frais liés à un traitement de canal sont remboursables jusqu'au maximum prévu au contrat.
- > Les frais liés à l'installation d'une couronne ne sont remboursables qu'avec les produits Blue Choice, Basic Blue Choice et Blue Vision.
- > L'achat et le remplacement de prothèses ne sont couverts que par les produits Blue Choice, Basic Blue Choice et Blue Vision.
- > Selon le contrat, certains frais liés aux prothèses sont admissibles, notamment ceux engagés pour des ajustements mineurs, le rebasage et le regarnissage, le nettoyage et le polissage d'une prothèse.

Glossaire

Accord de débits préautorisés

Formulaire par lequel le payeur autorise le prélèvement automatique et régulier de la prime sur le compte bancaire désigné.

Antidater un contrat

Modification de la date de prise d'effet de la police à une date antérieure pour conserver l'âge de la personne à assurer, pas plus de trois (3) mois, et jamais pour rendre un assuré admissible à une couverture.

Assurabilité

Ensemble des conditions évaluées pour déterminer la possibilité d'être couvert par un contrat d'assurance.

Assurance individuelle (de personnes)

Type d'assurance dont le contrat protège un assuré ou une famille contre un risque donné.

Assurance décès accidentel

Forme d'assurance vie selon laquelle une indemnisation sera versée au bénéficiaire dans l'éventualité où la personne assurée décède à la suite d'un accident.

Assurance vie temporaire

Assurance selon laquelle une indemnisation sera versée au bénéficiaire de la police si la personne assurée décède avant la date d'expiration de la garantie. Le capital investi sera perdu si la personne assurée est toujours vivante à cette date.

Assuré

La personne dont la vie, la santé, l'intégrité physique ou l'invalidité sont l'objet du risque couvert par la police d'assurance.

Attestation d'assurance

Document émis par l'assureur à titre de preuve de l'existence d'un contrat couvrant un ou plusieurs risques donnés.

Augmentation automatique des bénéfices

Option offerte pour certaines garanties qui permet que la somme assurée augmente automatiquement chaque année à la date de renouvellement du contrat.

Avenant

Document signé par le preneur, qui confirme les modifications apportées au contrat et dont il fait partie intégrante.

Ayant droit

La personne qui a légalement droit au règlement de l'assurance en raison d'un lien de parenté ou autre.

B2B (Business to Business)

Site internet dédié à nos partenaires pour la vente en ligne d'assurance santé ou voyage : <https://www.info-partenaires.ca/b2b/sa/>.

B2C (Business to Client)

Site internet dédié aux clients pour la souscription ou l'achat en ligne d'assurance santé et voyage.

Bénéficiaire

Personne désignée par le preneur, ou dans certains cas par le contrat lui-même, pour recevoir l'indemnisation dans l'éventualité où le risque couvert se réalise. Seules les assurances vie, décès et maladies graves requièrent un bénéficiaire.

Catégorie professionnelle

Regroupement des professions selon le secteur d'activité économique qui sert à déterminer le niveau de risque relié au travail.

Condition préexistante

Une condition pour laquelle un diagnostic a été posé ou dont des symptômes ont été observés avant la mise en vigueur de la police d'assurance. Les conditions préexistantes ne sont pas couvertes par une police d'assurance.

Contrat d'assurance

Contrat liant l'assureur et la personne assurée, en vertu duquel l'assureur indemniserait l'assuré en cas de réalisation d'un risque déterminé, moyennant le paiement d'une prime.

Conversion

Transformation graduelle d'une couverture en une autre pour suivre l'évolution des besoins de l'assuré (Tangible).

Coordination des prestations

Agencement des prestations versées par différents assureurs couvrant le même risque pour le même assuré visant à l'indemniser le plus complètement possible, sans pour autant l'enrichir.

Date d'échéance de la prime

Date à laquelle la prime doit être acquittée selon le contrat.

Date de prise d'effet ou date de mise en vigueur ou date de souscription

Date, incluant l'heure, où le contrat d'assurance entre en vigueur.

Déchéance

Résiliation de la couverture d'assurance en raison du non-paiement de la prime dans les délais convenus.

Délai de carence

Période lors de la réalisation d'un risque durant laquelle aucune prestation n'est payable.

Délai de grâce

Période additionnelle de 45 jours suivant la date d'échéance de la prime accordée au payeur pour acquitter la prime due.

Droit de transformation

Possibilité lors de l'expiration de certaines garanties de souscrire une autre garantie en remplacement sans qu'il soit nécessaire de se resoumettre à l'analyse de la sélection des risques.

Durée des prestations

Période maximale durant laquelle les prestations sont versées en cas de réalisation du risque couvert.

Exclusion

Conditions et/ou traitements non couverts par une police d'assurance, car ils sont déjà présents avant la mise en vigueur de la couverture, ou le risque que la condition se développe ou ces traitements soient requis dépassent les normes d'assurabilité de l'assureur.

Exclusion pour conditions préexistantes

Clause selon laquelle, à l'égard de tout montant accordé sans déclaration de santé (montant de l'offre Association ou PME), aucune prestation ne sera payable pour une demande de règlement reliée à un événement survenu au cours des douze (12) premiers mois suivant l'entrée en vigueur de l'assurance, dans la mesure où la demande

est à la suite d'une maladie ou d'un accident pour lequel la personne assurée a reçu des traitements médicaux dans la période de douze (12) mois précédant la date de prise d'effet de son assurance.

Exonération des primes

Garantie en vertu de laquelle, dans certaines conditions, aucune prime n'est exigée tandis que la couverture stipulée au contrat est maintenue.

Fausse déclaration

Déclaration inexacte, intentionnelle ou non, qui aurait pu avoir une incidence sur l'assurabilité de la personne à assurer et donner lieu à une exclusion ou un refus.

Franchise

Montant de base non couvert, systématiquement déduit du remboursement de certains frais couverts par le contrat d'assurance.

Garantie (couverture)

Engagement de l'assureur à couvrir un risque donné, selon les conditions stipulées au contrat, et à indemniser l'assuré en cas de réalisation de ce risque.

Incontestabilité

Clause du contrat en vertu de laquelle l'assureur renonce à investiguer toute fausse déclaration découverte après une période de deux (2) ans suivant la mise en vigueur du contrat.

Majoration du revenu

Pourcentage applicable au revenu net de la personne à assurer pour déterminer la somme assurable, sans dépasser le revenu brut.

MIB (Bureau des renseignements médicaux)

Organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie et invalidité effectuant des échanges de renseignements au nom des assureurs membres.

Parrainage

Avant d'obtenir son certificat, tout nouveau courtier doit se soumettre à ce processus obligatoire de deux (2) ans dans le cadre duquel l'assureur parrain se porte garant de ses activités.

Police d'assurance

Document signé par l'assureur et le preneur qui définit la couverture et les conditions du contrat et en confirme la validité.

Preneur

La personne qui soumet la proposition d'assurance et qui est le seul à avoir le droit de modifier ou d'annuler la police d'assurance.

Prestation

Paiement versé par l'assureur dans le but d'indemniser la personne assurée ou le bénéficiaire à la suite de la réalisation d'un risque.

Prestation indexée

Après une invalidité de plus de douze (12) mois, les prestations alors versées pour une invalidité totale en cours sont augmentées au 1er janvier de chaque année selon l'Indice des prix à la consommation publié chaque année par Statistique Canada.

Prime (annuelle, mensuelle, trimestrielle)

Somme déboursée à une fréquence prédéterminée en échange de la couverture du contrat d'assurance.

Prime nivelée

Prime établie selon la catégorie d'âge de l'assuré au moment d'émettre la garantie qui n'augmentera pas d'année en année au renouvellement. Toutefois, en vue de prévisions économiques, les taux de base pourraient augmenter et les primes en feraient de même.

Prime nivelée garantie

Prime établie selon la catégorie d'âge de l'assuré lors de l'émission de la garantie et qui ne changera jamais. Ce type de prime n'est disponible que pour certaines garanties (Tangible).

Prime selon l'âge atteint

Prime établie selon la catégorie d'âge de l'assuré à la date de prise d'effet de la garantie, et réajustée selon son âge à chaque renouvellement.

Proposition d'assurance

Document signé par le preneur de la police détaillant la demande d'assurance.

Redater un contrat

Modification de la date de prise d'effet de la police pour que la couverture débute à une date ultérieure. (Voir *antidater*)

Réclamation

Demande d'indemnisation soumise à l'assureur à la suite de la réalisation d'un risque couvert.

Remise en vigueur

Possibilité de relancer un contrat annulé pour déchéance ou par le client. Des conditions décrites au contrat s'appliquent.

Rente

Indemnisation versée périodiquement à la personne assurée.

Renouvellement

Reconduction de certains contrats selon le produit, à la date anniversaire du contrat ou à la date de fin du terme du prêt.

Risque

Préjudice ou probabilité de préjudice contre lequel la personne assurée veut se protéger.

Surprime

Somme additionnelle (souvent un pourcentage) ajoutée à la prime en raison d'un risque accru.

Tarification financière

Somme assurable en vue de la situation financière de la personne à assurer.