

GUIDE DU CONSEILLER

L'expertise
en assurance
santé et
voyage



Table des matières

1. INTRODUCTION.....	3
2. POUR NOUS JOINDRE	5
3. NOUVELLES AFFAIRES – Traitement de la proposition et émission du contrat	7
3.1. Normes de service	7
3.2. Documents à envoyer par le biais du formulaire de transmission	7
3.3. Signature électronique.....	8
3.4. Soumission d’une nouvelle proposition.....	8
3.4.1. Versions acceptées	8
3.4.2. Plan PME – Particularités	9
3.5. Prime pour une nouvelle affaire	10
3.6. Note de couverture.....	10
3.7. Remplacement interne d’un contrat existant.....	11
3.8. Documents transmis par l’assureur	11
3.9. Exigences de mise en vigueur	11
3.10. Délai de réflexion	12
3.11. Suivi des contrats en sélection.....	12
3.12. Rapport « Sommaire des contrats en renouvellement »	12
3.13. Fermeture de la proposition d’assurance	12
3.14. Redatage d’un contrat.....	13
3.15. Antidatage d’un contrat	13
4. SÉLECTION DES RISQUES	13
4.1. Exigences de tarification.....	13
4.1.1. Précisions générales	13
4.2. Validité des documents.....	14
4.3. Tarification financière	14
4.3.1. Soumission des preuves de revenus avec la proposition.....	14
4.3.2. Tableau règles générales.....	15
4.3.3. Documents exigés.....	15
4.3.4. Dividendes.....	16
4.3.5. Majoration du revenu.....	16
4.3.6. Fractionnement du revenu	17

4.4.	Exigences pour demande de reclassification de catégorie professionnelle	18
4.5.	Frais généraux	19
4.6.	Normes de sélection Plan PME	20
4.7.	Normes de sélection pour le Programme Association	22
4.8.	MIB, Inc.	24
4.9.	Administration des contrats	24
4.9.1.	Normes de service	24
4.10.	Documents à envoyer par le biais du formulaire de transmission	25
4.11.	Demande de modification sans sélection	25
4.11.1.	Modifications diverses	25
4.11.2.	Ajout de la garantie Soins dentaires.....	26
4.11.3.	Ajout des garanties Express.....	27
4.11.4.	Diminution d'un montant d'assurance, retrait d'une garantie ou d'une personne assurée.....	27
4.12.	Demande de modification avec sélection	27
4.12.1.	Exigences pour l'ajout ou la modification d'une garantie, l'augmentation d'un montant d'assurance ou l'ajout d'une personne assurée.....	27
4.12.2.	Ajouts possibles sur un contrat d'assurance en vigueur	29
4.12.3.	Changement de statut à non-fumeur.....	30
4.13.	Annulation d'un contrat	31
4.14.	Demande de remise en vigueur	32
4.15.	Retour de paiement bancaire	32
4.16.	Renouvellement	32
4.17.	Reçu fiscal	33
5.	MISE SOUS CONTRAT ET RÉMUNÉRATION	33
5.1.	Norme de service	33
5.2.	Rôle du service ententes et commissions	33
5.3.	Soumission d'une demande de distribution	33
5.3.1.	Exigences requises	33
5.4.	Certificats exigés	34
5.5.	Assurance responsabilité professionnelle	34
5.6.	Renouvellement du droit de distribution	34
5.7.	Demande de modification au dossier	35
5.8.	Relevés d'impôts	35
5.9.	États de comptes	36
6.	RÈGLEMENTS – ASSURANCE INVALIDITÉ	36

6.1.	Normes de service	36
6.2.	Documents à envoyer par le biais du formulaire de transmission	36
6.3.	Demande de prestations initiale	37
6.3.1.	Soumettre une demande.....	37
6.3.2.	Documents requis	37
6.3.3.	Décision initiale.....	39
6.4.	Analyse du dossier	39
6.5.	Prestations	40
6.5.1.	Paiement des prestations.....	40
6.5.2.	Indexation des prestations	40
6.6.	Révision de nouvelles informations à la suite d'une décision	41
6.7.	Clauses contractuelles	41
6.7.1.	Date d'invalidité.....	41
6.7.2.	Délai de carence	41
6.7.3.	Clause d'admissibilité et d'exclusion	42
6.7.4.	Clauses financières	43
6.7.5.	Obtenir une copie du dossier.....	45
7.	RÈGLEMENTS – ASSURANCE VIE	45
7.1.	Normes de service	45
7.2.	Documents à envoyer par le biais du formulaire de transmission	45
7.3.	Soumettre une demande d'indemnité	45
7.3.1.	Documents requis	46
7.3.2.	Décision de l'assureur	47
7.4.	Paiement de l'indemnité d'assurance vie	48
7.5.	Analyse de nouveaux faits à la suite d'une décision	48
7.6.	Clauses contractuelles : admissibilité et exclusion	48
7.7.	Obtenir une copie du dossier	49
8.	RÈGLEMENTS – SANTÉ/DENTAIRE	50
8.1.	Normes de service	50
8.2.	Documents à envoyer par le biais du formulaire de transmission	50
8.3.	Assurance maladie complémentaire	50
8.4.	Assurance Soins dentaires	51

1. INTRODUCTION

Le présent guide vous présente les principales règles et procédures relatives au cycle administratif d'un contrat d'assurance. Il a pour but de contribuer à l'uniformisation de nos activités, vous garantissant à vous et à vos clients un service de qualité et le respect de saines pratiques d'affaires.

Vous y trouverez entre autres des informations sur :

- La soumission d'une proposition;
- L'administration des contrats;
- La rémunération des conseillers;
- La présentation d'une demande de règlement;
- Nos processus de sélection des risques.

Ce guide est divisé en plusieurs sections. Nous vous invitons à consulter la table des matières pour trouver facilement l'information que vous cherchez.

Les mises à jour depuis la dernière version sont surlignées en jaune.

2. POUR NOUS JOINDRE

Ententes et commissions

Téléphone	514 286-2626 1 800 361-2538 (option 2, puis option 2)
Courriel	ententes.commissions@qc.croixbleue.ca
Transmission de documents	Les documents contenant des renseignements personnels doivent être envoyés par le biais du formulaire de transmission de documents de l'accès sécurisé sur l'Espace conseillers : qc.croixbleue.ca/espace-conseillers .
Heures d'ouverture	Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 (sauf les jours fériés)
Normes de service retour d'appels et de courriels	24 heures, du lundi au vendredi (sauf les jours fériés)

Info-Partenaires santé

Téléphone	514 286-2626 1 800 361-2538 (option 2, puis option 1)
Courriel	info.partenaires.sante@qc.croixbleue.ca
Transmission de documents	Les documents contenant des renseignements personnels doivent être envoyés par le biais du formulaire de transmission de documents de l'accès sécurisé sur l'Espace conseillers : qc.croixbleue.ca/espace-conseillers .
Heures d'ouverture	Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 (sauf les jours fériés)
Normes de service retour d'appels et de courriels	24 heures, du lundi au vendredi (sauf les jours fériés)

Règlements santé et dentaire (pour toute question à ce sujet, invitez l'assuré à contacter le centre expérience client)

Téléphone	514 286-8353 (option 2) 1 844 904-8353
Courriel	info@qc.croixbleue.ca
Transmission de documents	Les documents contenant des renseignements personnels doivent être envoyés par le biais du formulaire de transmission de documents sur notre site Internet.
Heures d'ouverture	Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h (sauf les jours fériés)

Règlements vie et invalidité

Téléphone et télécopieur	1 800 300-5002 1 877 590-7504
Courriel	Québec : reglementsvie.invalidite@qc.croixbleue.ca Ontario : reglementsvie.invalidite@ont.croixbleue.ca
Transmission de documents	Les documents contenant des renseignements personnels doivent être envoyés par le biais du formulaire de transmission de documents sur notre site Internet.
Heures d'ouverture	Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 (sauf les jours fériés)
Normes de service retour d'appels et de courriels	24 heures, du lundi au vendredi (sauf les jours fériés)

Adresse postale pour le service d'administration des contrats et le service de la sélection des risques

Québec 1981, avenue McGill Collège, bureau 105 Montréal (Québec) H3A 0H6	Ontario Ontario Blue Cross C.P. 4433, succursale A Toronto (Ontario) M5W 3Y7
---	--

Adresse postale pour les demandes de règlement santé et dentaire

Québec C.P. 1630, succursale B Montréal (Québec) H3B 3L3	Ontario Ontario Blue Cross C.P. 4433, succursale A Toronto (Ontario) M5W 3Y7
---	--

Adresse postale pour les demandes de règlement invalidité et vie

Québec Service des règlements, assurance invalidité et vie C.P. 1630, succursale B Montréal (Québec) H3B 3L3	Ontario Ontario Blue Cross Service des règlements, assurance invalidité et vie C.P. 4433, succursale A Toronto (Ontario) M5W 3Y7
--	---

3. NOUVELLES AFFAIRES – Traitement de la proposition et émission du contrat

3.1. Normes de service

Saisie de la demande d'assurance	Deux jours ouvrables suivant la date de réception des documents.
Analyse initiale par le service de la sélection des risques et commande des exigences supplémentaires (le cas échéant)	Deux jours ouvrables suivant la date d'entrée dans le système de la nouvelle demande.
Jumelage des exigences et des informations reçues	Un jour ouvrable suivant la date de réception des exigences et des informations.
Analyse des exigences et des informations reçues par le service de la sélection des risques (décision finale si le dossier est complet)	Deux jours ouvrables suivant la date d'entrée dans le système des exigences et des informations reçues.
Émission du contrat	Deux jours ouvrables suivant la date d'acceptation par le service de la sélection des risques.
Contrôle de la qualité et expédition	Deux jours ouvrables suivant l'émission du contrat.
Saisie des exigences de mise en vigueur (exigences de placement)	Un jour ouvrable suivant la date de réception des documents (dossier complet).

3.2. Documents à envoyer par le biais du formulaire de transmission

Transmission de documents	<p>Les documents suivants doivent être envoyés par le biais du formulaire de transmission de documents de l'accès sécurisé sur l'Espace conseillers (fichiers en format PDF).</p> <ul style="list-style-type: none">• Proposition d'assurance, incluant l'illustration ou Sommaires des garanties – Plan hypothécaire;• Accord de débits préautorisés (DPA);• Avenant au contrat;• Demande de modification à un contrat existant (changement d'adresse, ajout d'informations bancaires, annulation du contrat, etc.). <p>Exception : les autorisations de transfert d'informations médicales auprès de médecins, de professionnels de la santé, d'hôpitaux ou de cliniques ne peuvent être transmises électroniquement. Ces derniers exigent la signature originale du demandeur sur des documents datant de moins de 90 jours. Pour cette raison, le document portant la signature originale du demandeur est requis.</p>
---------------------------	--

3.3. Signature électronique

Signatures électroniques acceptées

Voici les solutions de signatures électroniques acceptées si elles sont accompagnées d'un certificat d'authentification :

- DocuSign®*
- OneSpan Sign
- eZsign
- NexOne Sign
- Adobe Sign
- Authentisign
- Stylet*

*Les signatures électroniques DocuSign et Stylet ne requièrent pas de certificat d'authentification.

- Signatures manuscrites (stylo ou stylet) et envoyées par voie électronique. Pour qu'elle soit valide, la signature manuscrite stylet doit être tracée et non tapée avec un stylet manuscrit.

Important : nous n'acceptons pas le transfert de documents provenant de sources difficilement vérifiables (p. ex. : Adobe Creative Cloud, WeTransfer, Google Drive).

3.4. Soumission d'une nouvelle proposition

3.4.1. Versions acceptées

Les propositions acceptées sont disponibles à la section « Documents et formulaires » de l'Espace conseillers ainsi que dans la section « Documents » de l'Outil de soumission.

Les Plans Flex / Global et Express de nos produits Flex Bleue et Blue Vision ainsi que le Programme Association (au Québec seulement) peuvent être soumis via la proposition électronique. Pour plus d'information, voir la section « Proposition électronique » de l'Espace conseillers (sur le site du Québec seulement).

3.4.2. Plan PME – Particularités

Destiné aux petites ou aux moyennes entreprises, le Plan PME offre aux employés d'une même entreprise un montant de couverture avec la simple déclaration du formulaire PME. Le Plan PME doit au préalable être soumis à notre approbation au moyen du formulaire « Pré-autorisation d'une PME » disponible sur le site Espace conseillers ainsi que dans l'Outil de soumission. Pour les normes PME, veuillez-vous référer aux documents suivants : Normes Plan PME pour le Québec et SME Plan Guidelines pour l'Ontario.

<p>Traitement des demandes d'assurance</p>	<p>Pour une nouvelle demande PME, toutes les propositions doivent être soumises à la même date.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le formulaire de « Préautorisation d'une PME » dûment signé par l'assureur doit être envoyé; • Une liste d'employés doit être jointe aux propositions et aux illustrations. <p>Dans le cadre d'un remplacement d'assurance collective, si les personnes à assurer détenaient un contrat d'assurance salaire auprès d'un autre assureur, la dernière facturation doit être fournie pour justifier les montants assurés.</p>
<p>Émission d'une nouvelle PME</p>	<p>Si une même date de prise d'effet est désirée pour la PME, il est important de le préciser dans une feuille de directives. Nous pourrions émettre à la même date toutes les propositions dont la déclaration du formulaire PME est signée.</p> <p>La date de prise d'effet ne peut excéder les 30 jours qui suivent la date de signature de la déclaration du formulaire PME.</p>
<p>Non-admissibilité au montant accordé en vertu de la déclaration du formulaire PME</p>	<p>Si un employé n'est pas en mesure de signer la déclaration du formulaire PME, une entrevue téléphonique sera requise.</p>
<p>Montant excédentaire</p>	<p>Le montant excédentaire est la portion demandée en surplus du montant accordé en vertu de la déclaration du formulaire PME.</p> <p>Tandis que le montant de couverture en vertu de la déclaration du formulaire PME est émis à la réception de la proposition, la portion excédentaire doit être étudiée par le service de la sélection des risques.</p>
<p>Prélèvement de la première prime</p>	<p>À moins d'indication contraire dans la proposition, la première prime sera prélevée à la saisie des propositions de la PME. Si la seule exigence de placement est la première prime, celle-ci sera alors prélevée à l'émission du contrat.</p>
<p>Ajout d'un nouvel assuré au Plan PME</p>	<p>Un nouvel employé a 120 jours à compter de la date de son embauche pour adhérer avec la déclaration du formulaire PME.</p>
<p>Rapport disponible pour la compagnie qui est payeur de la PME</p>	<p>Des rapports sont envoyés au début de chaque mois pour les prélèvements effectués au cours du mois précédent et pour les prélèvements prévus le mois suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ADI-OPE-VR-0120-01 Détail des paiements effectués. • ADI-OPE-VR-0110-01 Détail des paiements prévus pour le prochain mois.

3.5. Prime pour une nouvelle affaire

Débit préautorisé	<p>Ce mode de paiement est offert sur une base mensuelle.</p> <ul style="list-style-type: none">• Les sections « Mode de paiement » et « Accord de débits préautorisés (DPA) » de la proposition doivent être remplies.• Un spécimen de chèque avec la mention « annulé » doit être joint au formulaire. <p>Assurez-vous que le montant complet de la prime, qui est établi selon la fréquence choisie, pourra être porté au compte bancaire du titulaire à la date de réception de la proposition.</p> <p>Si un jour de prélèvement est spécifiquement sélectionné, ce dernier doit être compris entre le 1^{er} et le 28 du mois.</p> <p>Si aucune date n'est sélectionnée, le jour du prélèvement sera égal à la date de prise d'effet. Toutefois, si la date de prise d'effet est le 29, 30 ou 31, le jour de prélèvement par défaut sera le 28 de chaque mois.</p>
Carte de crédit	<p>Ce mode de paiement est offert sur une base mensuelle ou annuelle.</p> <ul style="list-style-type: none">• La section « Mode de paiement » de la proposition doit être remplie. <p>Assurez-vous que le montant de la prime, qui sera établi selon la fréquence choisie, pourra être porté au compte du titulaire de la carte à la date de réception de la proposition.</p>
Chèque	<p>Ce mode de paiement est offert sur une base annuelle.</p> <ul style="list-style-type: none">• La section « Mode de paiement » de la proposition doit être remplie.• Un chèque du montant de la prime annuelle payable à Croix Bleue Canassurance doit être joint et encaissable à la date de réception de la proposition.
Payable à la livraison	<p>Si la police est acceptée en mode standard, que le paiement est la seule exigence de livraison et que nous avons l'information requise dans la proposition, la prime sera prélevée à l'émission de la police.</p>

Prendre note que le débit préautorisé est le seul mode de paiement offert avec la proposition électronique.

3.6. Note de couverture

Note de couverture	<p>La note de couverture délivrée par l'assureur permet à la personne assurée d'être couverte durant l'étude de son dossier. Selon le produit, elle est assujettie à certaines conditions qui sont détaillées dans la proposition d'assurance.</p>
---------------------------	--

3.7. Remplacement interne d'un contrat existant

Date de prise d'effet	À la suite de l'acceptation d'un remplacement interne, la date de prise d'effet du nouveau contrat correspondra à la période de couverture suivant la date jusqu'à laquelle le contrat à remplacer est payé, et ce, pour éviter l'interruption de la couverture.
Préavis de remplacement	Le préavis de remplacement est requis.
Crédit de prime	Le crédit de prime sera automatiquement transféré au nouveau contrat, le cas échéant.

3.8. Documents transmis par l'assureur

Le contrat et les exigences de mise en vigueur du contrat ou de la garantie sont transmis au représentant général principal.

		Destinataire	Copie conforme
Contrats	Garanties à émission rapide (ex. : Plan Express du produit Flex Bleue)	Preneur <ul style="list-style-type: none"> • Sommaire • Contrat 	Conseiller <ul style="list-style-type: none"> • Sommaire
	Garanties avec sélection	Représentant général principal	s. o.
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.

3.9. Exigences de mise en vigueur

Délai	<p>Un délai de 45 jours est alloué à compter de la date d'expédition du contrat pour recevoir les exigences de placement. Le délai pourrait être moindre selon la date de péremption des déclarations ou toutes autres exigences reçues.</p> <p>Si les exigences ne sont pas reçues dans ce délai, l'offre ne sera plus valide et le dossier sera fermé sans préavis.</p>
Primes	<p>La prime est payable à compter de la date de prise d'effet du contrat. Il est donc possible que plus d'une prime soit prélevée à la réception des exigences de livraison.</p> <p>Lorsque le paiement de la première prime constitue la dernière exigence de livraison, nous préleverons ce montant dès que nous aurons toutes les informations requises.</p>
Changement	Tout changement à l'état de santé sera soumis au service de sélection des risques.

3.10. Délai de réflexion

Droit de réflexion	<p>Le preneur dispose d'un délai de 10 jours (calendrier) à compter de la date de livraison du contrat pour en prendre connaissance.</p> <p>Le preneur peut mettre fin au contrat par une demande écrite datée et signée. Le contrat est alors déclaré nul et sans effet depuis son entrée en vigueur et, si la prime a été acquittée, elle est remboursée intégralement.</p>
---------------------------	---

3.11. Suivi des contrats en sélection

Communications Conseillers – Statut des dossiers	<p>Ce suivi est disponible sur l'accès sécurisé de la page Espace conseillers et permet de suivre la progression des propositions d'assurance et des demandes de modification soumises.</p> <p>Particularités</p> <p>En sélection :</p> <ul style="list-style-type: none">• La colonne « Date dernière activité » permet de suivre l'évolution des activités dans le dossier;• La colonne « Statut » permet de suivre le statut du dossier, à savoir s'il est « En analyse », en « Attente d'exigence » ou si une « Action est requise » afin de pouvoir débiter ou poursuivre l'étude du dossier;• Des notifications par courriel vous sont aussi envoyées pour vous informer des actions requises de votre part. <p>Décisions rendues :</p> <ul style="list-style-type: none">• Les dossiers passeront dans cette section une fois que la décision de la sélection est rendue et les détails pourront être consultés;• Une notification par courriel est aussi envoyée pour vous informer de la décision.
Fréquence	Ces données sont mises à jour en temps réel.

3.12. Rapport « Sommaire des contrats en renouvellement »

Rapport « Sommaire des contrats en renouvellement »	Ce rapport est disponible sur l'accès sécurisé de la page Espace conseillers. Il permet de voir les contrats qui seront renouvelés le mois suivant.
Fréquence	À tous les 10 de chaque mois.

3.13. Fermeture de la proposition d'assurance

Fermeture de la proposition d'assurance	<p>La demande d'assurance sera fermée et annulée dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• À la demande du preneur;• Si des exigences de sélection, d'émission ou de mise en vigueur ne sont pas reçues.
--	---

3.14. Redatage d'un contrat

Redatage du contrat à la date courante	<p>Critères</p> <ul style="list-style-type: none">• À la demande du preneur;• Ce n'est pas un remplacement interne;• Le contrat n'est pas encore en vigueur;• Les exigences de placement sont reçues avant la date limite. <p>Si les critères ci-dessus sont respectés, le contrat sera émis en date courante, soit à la date de signature de l'avenant ou de la déclaration de bonne santé.</p> <p>Avec demande de modification</p> <p>Pour éviter un avenant à signer, la demande de modification doit être signée et datée par le preneur.</p>
---	--

3.15. Antidatage d'un contrat

L'antidatage ne peut être utilisé pour établir l'admissibilité à une garantie.

Nouvelle date d'effet permise	Jusqu'à trois mois avant la date d'effet initiale.
--------------------------------------	--

4. SÉLECTION DES RISQUES

4.1. Exigences de tarification

4.1.1. Précisions générales

Normes de sélection	<ul style="list-style-type: none">• L'âge utilisé correspond à l'âge de la personne à assurer à la date de souscription.• Les montants indiqués correspondent au montant total d'assurance individuelle en vigueur dans les 12 derniers mois et au montant d'assurance demandé dans la proposition.• Le service de la sélection des risques peut fixer des exigences supplémentaires dans certains cas.• Pour les personnes à assurer de 0 à 15 ans, l'entrevue téléphonique doit être réalisée en présence d'un parent.• Lorsque les frais généraux sont demandés avec l'assurance invalidité, 50 % du montant de frais généraux doit être ajouté au montant d'assurance invalidité en cas de maladie pour déterminer les exigences requises.• Pour les frais généraux, il est nécessaire de soumettre le formulaire « Frais généraux » qui se trouve dans la section Documents de l'Espace conseillers ou dans l'outil de soumission Flex Bleue/Blue Vision.
----------------------------	---

4.2. Validité des documents

Le tableau suivant indique 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 la personne assurée.

Documents	Durée de validité
Entrevue téléphonique*	1 an*
Signes vitaux, Profil sanguin, Urine et ECG	1 an
Proposition**	1 an**
Autorisation (incluse dans la proposition)	90 jours

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

** Nouvelles affaires

4.3. Tarification financière

4.3.1. Soumission des preuves de revenus avec la proposition

Pour tous les produits d'assurance invalidité (incluant le Programme Association et le Plan PME) – à l'exception de la rente mensuelle et de la rente mensuelle express – la personne à assurer peut demander de remettre ses preuves de revenus avec la proposition. Ainsi, elle n'aura pas à le faire au moment de déposer une demande de prestations.

Avant l'âge de 49 ans inclusivement, la personne à assurer doit :

- Demander à présenter ses preuves financières à la section « Renseignements sur l'occupation » de la proposition et joindre les preuves financières applicables indiquées dans le tableau des documents exigés;
- Avoir 2 ans d'expérience dans le même domaine si elle est travailleuse 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 avant l'âge de 49 ans inclusivement;
- 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 de ce privilège si elle souscrit un Programme Association ou un Plan PME.

4.3.2. Tableau règles générales

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

4.3.3. Documents exigés

	Catégories A, 2A, 3A et 4A	Catégorie B
Salarié	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.	
Travailleur autonome ou propriétaire d'entreprise	T1 générale (Déclaration de revenus et de prestations), copie des pages 1 à 4 des deux dernières années complétées. Formulaire T2125 – (États des activités d'une entreprise ou d'une profession libérale) des deux 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 dernières années complétées, incluant les notes complémentaires. Le revenu admissible sera ajusté en fonction des revenus non admissibles en vertu du contrat.	S.O.

Propriétaire d'entreprise incorporée	<p>Copie complète des États financiers des deux dernières années complétées, incluant les notes complémentaires. Le revenu admissible sera ajusté en fonction des revenus non admissibles en vertu du contrat.</p> <p>ET</p> <p>T1 générale (Déclaration de revenus et de prestations), copie des pages 1 à 4 de la dernière année complétée.</p>
---	---

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.

4.3.4. Dividendes

Les dividendes ne sont habituellement pas considérés aux fins de l'assurance invalidité. En effet, ces versements représentent le résultat d'un travail passé et leur montant n'est pas constant (p. ex. : dividendes reçus à la suite d'un investissement dans des actions).

Les dividendes considérés dans l'établissement du revenu admissible de l'année en cours ne peuvent excéder le revenu net avant impôt de l'entreprise.

Conditions d'admissibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Être travailleur autonome; • Être en affaires depuis au moins un (1) an; • Participer à 100 % dans son entreprise; • Avoir une entreprise rentable.
-----------------------------------	--

4.3.5. Majoration du revenu

Précisions	<p>La majoration du revenu est applicable aux travailleurs autonomes et aux propriétaires d'entreprise inclus dans les catégories professionnelles B, A, 2A, 3A et 4A.</p> <p>La majoration du revenu sera prise en considération dans l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du revenu gagné par les travailleurs autonomes et les propriétaires d'entreprise pouvant donner droit à une reclassification de la catégorie professionnelle; • Du montant d'assurance admissible.
-------------------	--

Majoration maximale	<p>Au moment de déterminer le montant disponible pour les prestations mensuelles, une majoration de 20 % du revenu net gagné est permise jusqu'à concurrence de 40 000 \$. Le revenu après majoration ne doit en aucun temps excéder le revenu brut.</p> <p>Pour les catégories B, A et 2A, 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 dernières années.</p>
Particularité pour les catégories 3A et 4A	<p>Pour les catégories 3A et 4A, nous considérerons la moyenne des deux dernières années.</p>
Conditions d'admissibilité à la majoration du revenu	<p>Pour être admissible à la majoration du revenu, la personne à assurer doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être travailleur autonome ou propriétaire d'entreprise dans le même domaine depuis au moins deux ans; • Fournir ses déclarations de revenus personnelles et les états financiers complets de l'entreprise des deux dernières années, comme indiqué dans le tableau des documents exigés.
Entreprise enregistrée	<p>L'entreprise enregistrée de la personne à assurer ne doit pas avoir réalisé de pertes au cours des deux dernières années complétées.</p>
Entreprise incorporée (constituée en société)	<p>L'entreprise incorporée ne doit pas avoir enregistré de pertes au cours des deux dernières années complétées et elle doit être détenue par quatre actionnaires ou moins, incluant la personne à assurer. Cette dernière doit détenir au moins 20 % des actions.</p> <p>L'assureur considère le bénéfice net avant impôts selon le pourcentage des actions détenues dans la compagnie qui sont déclarées aux fins de l'impôt sur le revenu ainsi que le revenu d'emploi à la ligne 101 (fédéral).</p> <p>La majoration est appliquée sur le bénéfice net avant impôt de l'entreprise apparaissant dans les états financiers des deux dernières années complétées.</p>
Travailleur autonome et propriétaire unique d'entreprise enregistrée	<p>Pour un travailleur autonome ou un propriétaire unique d'entreprise non constituée en société, le revenu gagné constitue le revenu brut duquel l'assureur soustrait les dépenses d'entreprise inscrites dans la déclaration fiscale, et ce, avant impôt personnel.</p>

4.3.6. Fractionnement du revenu

Pour des raisons fiscales, il est possible 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. Toutefois, le conjoint ne peut souscrire une couverture d'assurance sur les revenus fractionnés.

Renseignements exigés par l'assureur	<ul style="list-style-type: none"> • 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 et T4 du conjoint.
---	---

4.4. Exigences pour demande de reclassification de catégorie professionnelle

Conditions d'admissibilité	<p>Pour être admissible, la personne à assurer doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Travailler à l'extérieur du domicile plus de la moitié du temps; • Détenir au moins trois ans d'expérience dans la même profession ou avoir au moins cinq ans d'expérience connexe; • Dépasser les exigences suivantes en matière de revenu pour les deux dernières années.
Reclassification de B à A ou de A à 2A ou de 2A à 3A	Un revenu annuel d'au moins 35 000 \$.
Reclassification de 3A à 4A	Un revenu annuel d'au moins 60 000 \$.
Reclassification de A à 3A ou de 2A à 4A	Un revenu annuel d'au moins 115 000 \$.
Particularité pour les travailleurs autonomes	La majoration du revenu sera prise en considération pour établir le revenu pouvant donner droit à une reclassification de la catégorie professionnelle.

Tableau de reclassification de catégorie professionnelle

Catégories*	Extérieur du domicile > 50 %	Trois ans même profession ou cinq ans expérience connexe**		Revenu > 35 000 \$ pendant deux ans	Revenu > 60 000 \$ pendant deux ans	Revenu > 115 000 \$ pendant deux ans
B à A	✓	✓	✓	✓		
A à 2A	✓	✓	✓	✓		
A à 3A	✓	✓	✓			✓
2A à 3A	✓	✓	✓	✓		
2A à 4A	✓	✓	✓			✓
3A à 4A	✓	✓	✓		✓	

* Certaines occupations font l'objet d'une restriction et ne sont pas admissibles 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 compétences de la personne à assurer et comprenant un historique de stabilité d'emploi.

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

Demande de reclassification	<p>L'assuré doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compléter la une proposition avec la section sur l'Occupation; • Répondre à une entrevue téléphonique; • Soumettre des preuves de revenu.
------------------------------------	--

4.5. Frais généraux

Cette garantie a pour but de défrayer les dépenses d'entreprise en cas d'invalidité totale à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Catégorie professionnelle AO	Non admissible
Agriculteurs	Non admissible
Délai de carence	30 jours (accident et maladie) 30 M (30 jours, sauf en cas d'accident ou d'hospitalisation de plus de 18 heures, auquel cas la prestation est payable dès le premier jour)
Durée des prestations	Deux ans

Frais admissibles

A) 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. • Téléphone fixe • Services de comptabilité • Contrat d'entretien ou de maintenance • Assurance des biens, incendie et vol
Frais exclus	<ul style="list-style-type: none"> • Impôts sur le revenu (personnels et d'entreprise)
B) 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) • 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 l'amortissement
Frais exclus	<ul style="list-style-type: none"> • Frais d'entretien et de réparation • Permis de conduire • Carburant (essence, propane, huile)

C) Frais reliés à l'exploitation de l'entreprise	<ul style="list-style-type: none"> • Salaire des employés pour les entreprises de cinq employés et moins • Taxe professionnelle 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, courants et nécessaires au fonctionnement de l'entreprise
Frais exclus	<ul style="list-style-type: none"> • Toute portion d'un prêt ou d'une 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, des produits ou des services vendus • Livres professionnels • Matériel, accessoires ou fournitures • Salaire de l'assuré principal ou de toute personne qui le remplace

4.6. Normes de sélection Plan PME

Destiné aux petites ou moyennes entreprises	<ul style="list-style-type: none"> • Le Plan PME offre aux employés d'une même entreprise un montant de couverture avec la simple déclaration du formulaire PME. • Le Plan PME doit au préalable être approuvé par l'assureur. • Un nouvel employé d'une PME a 120 jours à compter de la date de son embauche pour adhérer à la police d'assurance.
Montant excédentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Le montant excédentaire correspond à la somme demandée en surplus du montant accordé en vertu de la déclaration du formulaire PME. • Tandis que le montant accordé en vertu de la déclaration du formulaire PME est émis à la réception de la demande, la portion excédentaire doit être étudiée par le service de la sélection des risques. • L'étude de la sélection des risques prend en considération la totalité de la somme assurée (montant accordé en vertu de la déclaration du formulaire PME + excédent) et les exigences sont fixées en conséquence. • La demande de montant excédentaire peut faire l'objet d'une acceptation standard ou d'une acceptation avec surprime et/ou exclusion, ou elle peut être refusée.

Scénarios d'acceptation par le service de la sélection des risques

Acceptation standard	Acceptation avec exclusion	Acceptation avec surprime
<p>Les exclusions relatives aux conditions préexistantes (12/12) ne s'appliquent pas.</p> <p>****</p> <p>Lors d'une demande de règlement, une vérification des conditions préexistantes sera effectuée pour le montant accordé en vertu de la déclaration du formulaire PME, et une vérification de l'incontestabilité sera effectuée pour le montant total.</p> <p>La personne à assurer peut soumettre ses preuves de revenus avec la proposition en joignant les preuves listées dans la section « Documents exigés ».</p>	<p>Les exclusions relatives aux conditions préexistantes (12/12) ne s'appliquent 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 accordé en vertu de la déclaration du formulaire PME pour les 12 premiers mois*.</p> <p>****</p> <p>Lors d'une demande de règlement, une vérification des conditions préexistantes sera effectuée pour le montant accordé en vertu de la déclaration du formulaire PME, et une vérification de l'incontestabilité sera effectuée pour le montant total.</p> <p>La personne à assurer peut soumettre ses preuves de revenus avec la proposition en joignant les preuves mentionnées dans la section « Documents exigés ».</p>	<p>Une surprime s'applique sur le montant excédentaire.</p> <p>Les exclusions relatives aux conditions préexistantes s'appliquent (non spécifié dans l'avenant).</p> <p>****</p> <p>Lors d'une demande de règlement, une vérification des conditions préexistantes sera effectuée pour le montant accordé en vertu de la déclaration du formulaire PME, et une vérification de l'incontestabilité sera effectuée pour le montant total.</p> <p>La personne à assurer peut soumettre ses preuves de revenus avec la proposition en joignant les preuves mentionnées dans la section « Documents exigés ».</p>

* Exemple

Demande d'assurance :

- Montant accordé en vertu de la déclaration du formulaire PME : 1 500 \$
- Montant excédentaire : 500 \$

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

L'avenant envoyé avec le contrat stipulera que :

- Les exclusions relatives aux conditions préexistantes (12/12) ne s'appliquent pas pour cette condition;
- L'exclusion s'appliquera sur 2 000 \$ (somme assurée complète) pour un an;
- À partir de la deuxième année de couverture, l'exclusion s'appliquera sur le 500 \$ (montant excédentaire).

4.7. Normes de sélection pour le Programme Association

Le Programme Association est le résultat d'une entente particulière entre l'assureur et un partenaire pour une association	<ul style="list-style-type: none">• Le Programme Association offre un montant de couverture avec une simple déclaration aux membres d'un même regroupement officiel autre qu'une entreprise.
Conditions d'admissibilité pour chaque membre	<ul style="list-style-type: none">• Une personne à assurer ne peut adhérer qu'une seule fois pour profiter des privilèges qui y sont rattachés.• Le pourcentage de temps consacré à l'occupation n'est pas une condition d'admissibilité. <p>Par exemple, si la personne à assurer fait partie de l'Association des massothérapeutes du Québec, mais qu'elle consacre 20 % de son temps à la massothérapie et 80 % de son temps à un emploi d'esthéticienne, elle peut tout de même soumettre une demande d'adhésion.</p>
Montant excédentaire	<ul style="list-style-type: none">• Le montant excédentaire correspond à la portion demandée en surplus du montant accordé en vertu de la déclaration du formulaire Association.• Tandis que le montant accordé en vertu de la déclaration du formulaire Association est émis à la réception de la demande, le montant excédentaire doit être étudié par le service de la sélection des risques.• L'analyse effectuée par le service de la sélection des risques prend en considération la totalité du montant assuré (montant accordé en vertu de la déclaration du formulaire Association + montant excédentaire). Les exigences sont déterminées en conséquence.• La demande de montant excédentaire peut faire l'objet d'une acceptation standard ou d'une acceptation avec surprime et/ou exclusion, ou elle peut être refusée.

Scénarios d'acceptation par le service de sélection des risques

Acceptation standard	Acceptation avec exclusion	Acceptation avec surprime
<p>Les exclusions relatives aux conditions préexistantes (12/12) ne s'appliquent pas.</p> <p>****</p> <p>Lors d'une demande de règlement, une vérification des conditions préexistantes sera effectuée pour le montant accordé en vertu de la déclaration du formulaire Association, et une vérification de l'incontestabilité sera effectuée pour le montant excédentaire.</p> <p>La personne à assurer peut soumettre ses preuves de revenus avec la proposition en joignant les preuves mentionnées dans la section « Documents exigés ».</p>	<p>Les exclusions relatives aux conditions préexistantes (12/12) ne s'appliquent 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 accordé en vertu de la déclaration du formulaire Association pour les 12 premiers mois*.</p> <p>****</p> <p>Lors d'une demande de règlement, une vérification des conditions préexistantes sera effectuée pour le montant accordé en vertu de la déclaration du formulaire Association, et une vérification de l'incontestabilité sera effectuée pour le montant total.</p> <p>La personne à assurer peut soumettre ses preuves de revenus avec la proposition en joignant les preuves mentionnées dans la section « Documents exigés ».</p>	<p>Une surprime s'applique sur le montant excédentaire.</p> <p>Les exclusions relatives aux conditions préexistantes s'appliquent (non spécifié dans l'avenant).</p> <p>****</p> <p>Lors d'une demande de règlement, une vérification des conditions préexistantes sera effectuée pour le montant accordé en vertu de la déclaration du formulaire Association, et une vérification de l'incontestabilité sera effectuée pour le montant total.</p> <p>La personne à assurer peut soumettre ses preuves de revenus avec la proposition en joignant les preuves mentionnées dans la section « Documents exigés ».</p>

* Exemple

Demande d'assurance :

- Montant accordé en vertu de la déclaration du formulaire Association : 1 500 \$
- Montant excédentaire : 500 \$

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

L'avenant envoyé avec le contrat stipulera que :

- Les exclusions relatives aux conditions préexistantes (12/12) ne s'appliquent pas pour cette condition;
- L'exclusion s'appliquera sur 2 000 \$ (somme assurée complète) pour un an;
- À partir de la deuxième année de couverture, l'exclusion s'appliquera sur le 500 \$ (montant excédentaire).

4.8. MIB, Inc.

Brève description	<ul style="list-style-type: none">• MIB, Inc. est une société dont les membres sont les compagnies d'assurances vie, invalidité et santé en Amérique du Nord.• Son mandat est de détecter et de diminuer les fraudes en matière d'assurance.• 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.
Processus simple	<ul style="list-style-type: none">• Collecter auprès de ses membres les renseignements médicaux et non médicaux de la personne assurée dans un format codé.• Garantir la sécurité du traitement des renseignements codés.• Obtenir l'autorisation des personnes à assurer avant de transmettre les codes à ses membres et garantir la sécurité et la confidentialité des renseignements personnels transmis.
Obtenir les renseignements du dossier MIB, Inc.	<ul style="list-style-type: none">• MIB, Inc. permet au consommateur d'obtenir les renseignements contenus dans son dossier par l'entremise de son site Web : www.mib.com.• Le consommateur peut contester l'exactitude d'un renseignement ou signaler que son dossier est incomplet en soumettant une demande à l'adresse suivante : MIB, Inc. 50 Braintree Hill Park, Suite 400 Braintree, MA 02184-8734 Infoline@mib.com

4.9. Administration des contrats

4.9.1. Normes de service

Saisie de la demande d'assurance	Deux jours ouvrables après la date de réception des documents.
---	--

4.10. Documents à envoyer par le biais du formulaire de transmission

Transmission de documents	<p>Les documents suivants doivent être envoyés par le biais du formulaire de transmission de documents de l'accès sécurisé sur l'Espace conseillers (fichiers en format PDF) :</p> <ul style="list-style-type: none">• Proposition d'assurance, incluant l'illustration ou le sommaire des garanties – Plan hypothécaire;• Questionnaire médical;• Accord de débits préautorisés (DPA);• Avenant au contrat;• Demande de modification au contrat existant (changement d'adresse, ajout d'informations bancaires, annulation du contrat, etc.). <p>L'original de tout document envoyé doit obligatoirement être conservé par le conseiller pour toute la durée du contrat.</p>
Exception : autorisations de transfert d'informations médicales	<p>Les autorisations nécessaires à l'obtention d'informations médicales auprès de médecins, de professionnels de la santé, d'hôpitaux ou de cliniques ne peuvent être transmises électroniquement. Ces derniers exigent la signature originale du demandeur sur des documents datant de moins de 90 jours. Pour cette raison, le document portant la signature originale du demandeur est requis.</p>

4.11. Demande de modification sans sélection

4.11.1. Modifications diverses

Changement de preneur	À la réception d'une demande écrite signée et datée par le Preneur actuel ainsi que le nouveau Preneur.
Changement de bénéficiaire	À la réception du formulaire « Désignation du bénéficiaire » signé et daté.
Changement d'adresse	À la réception d'une demande indiquant la nouvelle adresse.
Changement de fréquence de facturation	À la réception d'une demande indiquant la nouvelle fréquence de facturation. Le changement doit être fait à la date de renouvellement du contrat.
Changement de conseiller	<p>Une demande signée et datée du preneur est requise. Voici les informations devant se retrouver sur la demande :</p> <ul style="list-style-type: none">• Numéro de police• Nom et prénom du preneur• Nom et prénom du conseiller• Code du conseiller <p>La demande sera traitée dans les dix jours suivant sa réception.</p>
Diminution du montant d'assurance invalidité – Plan hypothécaire	À la réception d'une demande écrite, datée et signée par le preneur, nous diminuerons le montant d'assurance invalidité à compter de la période de couverture suivant la date jusqu'à laquelle le contrat est payé.

Augmentation du montant d'assurance invalidité – Plan hypothécaire	<p>Si l'augmentation correspond à moins de 50 % du montant assuré, une demande écrite datée et signée ou le formulaire « Renouvellement du Plan hypothécaire » seront requis. Cette modification ne nécessitera pas d'étude du service de la sélection des risques.</p> <p>Si l'augmentation correspond à plus de 50 % du montant assuré, cette demande devra être étudiée par le service de la sélection des risques.</p> <p>Les documents requis sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une nouvelle proposition dûment remplie et signée; • Le sommaire des garanties – Plan hypothécaire <p>Pour une fréquence de paiement de prime mensuelle, l'augmentation se fera à la période de couverture suivant la date jusqu'à laquelle le contrat est payé.</p> <p>Pour une fréquence de paiement de prime trimestrielle ou annuelle, l'ajout se fera à la date de réception de la demande. À la demande du preneur, l'augmentation peut se faire à la période de couverture suivant la date jusqu'à laquelle le contrat est payé.</p>
Augmentation du montant d'assurance Assurance vie – Plan hypothécaire	<p>Cette modification sera étudiée par le service de la sélection des risques, peu importe le montant qui est ajouté.</p> <p>Les documents requis sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une nouvelle proposition dûment remplie et signée; • Le sommaire des garanties – Plan hypothécaire <p>Pour une fréquence de paiement de prime mensuelle, l'augmentation se fera à la période de couverture suivant la date jusqu'à laquelle le contrat est payé.</p> <p>Pour une fréquence de paiement de prime trimestrielle ou annuelle, l'augmentation se fera à la date de réception de la demande. À la demande du preneur, l'augmentation peut se faire à la période de couverture suivant la date jusqu'à laquelle le contrat est payé.</p>

4.11.2. Ajout de la garantie Soins dentaires

Documents requis pour une nouvelle demande	<ul style="list-style-type: none"> • Une nouvelle proposition; • Une illustration dûment remplie, signée et datée par le preneur.
Date d'effet de la demande d'ajout	<ul style="list-style-type: none"> • Pour une fréquence de paiement de prime mensuelle, l'ajout se fera à la période de couverture suivant la date jusqu'à laquelle le contrat est payé. • Pour une fréquence de paiement de prime trimestrielle ou annuelle, l'ajout se fera à la date de réception de la demande. À la demande du preneur, l'ajout peut se faire à la période de couverture suivant la date jusqu'à laquelle le contrat est payé.
Réadhésion à la garantie	<p>Si le preneur met fin à la garantie Soins dentaires, il ne pourra pas y réadhérer à moins de prouver qu'il était couvert pour les soins dentaires par un autre contrat.</p>

4.11.3. Ajout des garanties Express

Documents requis pour une nouvelle demande	<ul style="list-style-type: none">• Une nouvelle proposition;• Une illustration dûment complétée, signée et datée par le preneur.
Date d'effet de la demande d'ajout	La date d'effet est le lendemain de la signature de la proposition.

4.11.4. Diminution d'un montant d'assurance, retrait d'une garantie ou d'une personne assurée

Documents requis	<p>Une demande de modification signée et datée par le preneur est requise. Les renseignements suivants doivent se retrouver sur la demande :</p> <ul style="list-style-type: none">• Numéro de police;• Nom et prénom du preneur;• Informations en lien avec la demande de diminution d'un montant d'assurance, de retrait d'une garantie ou d'une personne assurée.
Date d'effet de la modification	<ul style="list-style-type: none">• Fréquence de paiement de prime mensuelle : sur réception de la demande de modification, le changement se fera à la période de couverture suivant la date jusqu'à laquelle le contrat est payé.• Fréquence de paiement de prime trimestrielle ou annuelle : sur réception de la demande de modification, le changement se fera à la date de réception de cette dernière. À la demande du preneur, nous pourrions procéder au changement à la période de couverture suivant la date jusqu'à laquelle le contrat est payé.

4.12. Demande de modification avec sélection

4.12.1. Exigences pour l'ajout ou la modification d'une garantie (incluant la révision d'une exclusion ou d'une surprime), l'augmentation d'un montant d'assurance ou l'ajout d'une personne assurée

Ajout et modification d'une garantie et augmentation du montant d'assurance	<p>Pour ajouter une garantie ou augmenter le montant d'assurance, vous devez soumettre une nouvelle proposition.</p> <p>Pour ce faire, vous devez :</p> <ul style="list-style-type: none">• Compléter une nouvelle proposition;• Cocher la case « Modification » à la page 1 de la proposition 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 signée et datée. <p>Une entrevue téléphonique sera commandée.</p> <p>Prendre note que la proposition électronique peut être utilisée pour les nouvelles affaires seulement. Elle ne peut pas être utilisée pour les modifications de contrat.</p>
--	---

Ajout d'un enfant ou d'un conjoint	<p>Pour ajouter une personne assurée à la couverture, vous devez soumettre une nouvelle proposition.</p>
	<p>Pour ce faire vous devez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compléter une nouvelle proposition; • Cocher la case « Modification » à la page 1 de la proposition 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 signée et datée.
	<p>Une entrevue téléphonique sera commandée pour les garanties avec sélection.</p> <p>Prendre note que la proposition électronique peut être utilisée pour les nouvelles affaires seulement. Elle ne peut pas être utilisée pour les modifications de contrat.</p>
	<p>Pour les produits Flex Bleue, Blue Vision, Basic Blue Choice et Blue Choice Balance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régime monoparental ou familial : un enfant né après la mise en vigueur du contrat est automatiquement couvert en tant qu'enfant à charge. Pour que la modification soit apportée au contrat, une nouvelle proposition dans laquelle la section « Conjoint/enfant(s) à charge » a été remplie, signée et datée par le preneur doit alors nous être envoyée. • Régime individuel ou couple : un enfant né après la mise 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. <p>Pour le produit Blue Choice :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un enfant né après la mise 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. Pour ce faire, une nouvelle proposition dans laquelle la section « Conjoint/enfant(s) à charge » a été remplie, signée et datée par le preneur doit alors nous être envoyée. Après 30 jours, les preuves d'assurabilité seront requises.
Date d'effet de l'ajout	La date de décision du service de la sélection des risques.
Prélèvement de la prime	Le prélèvement sera fait à l'émission de la modification du contrat.

4.12.2. Ajouts possibles sur un contrat d'assurance en vigueur

Modification nécessitant un nouveau contrat	Pour tous les contrats Flex Bleue/Blue Vision ayant une garantie invalidité émis avant le 1 ^{er} juin 2016, l'ajout de certaines garanties ou l'augmentation du montant d'assurance nécessitent l'émission d'un nouveau contrat.
Flex Bleue/Blue Vision	<ul style="list-style-type: none"> • Invalidité en cas d'accident • Invalidité en cas de maladie • Vie temporaire 65 ans • Frais généraux
Plan hypothécaire	<ul style="list-style-type: none"> • Invalidité hypothécaire • Vie hypothécaire
Date de prise d'effet	La date de décision du service de la sélection des risques.
Date de prélèvement de la prime	Le prélèvement sera effectué à l'émission du nouveau contrat ou à la mise en vigueur de celui-ci si une exigence de placement est requise.
Documents requis	<ul style="list-style-type: none"> • Une nouvelle proposition (cocher la case « Modification » à la page 1 et inscrire le numéro de police); • Une illustration dûment remplie, signée et datée.

Modification effectuée au contrat existant	Certaines modifications doivent être effectuées sur le contrat existant.
Modifications possibles et date de prise d'effet	<p>La date de prise d'effet aura lieu à la période de couverture suivant la date jusqu'à laquelle le contrat est payé pour les modifications suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du délai de carence • Diminution de la durée des prestations • Retrait de l'augmentation automatique • Prime nivelée et retrait de l'indexation • Diminution du capital assuré • Retrait d'une garantie • Changement de catégorie professionnelle (classe inférieure) <p>La date de prise d'effet correspond à la date d'acceptation de la demande par le service de la sélection des risques pour les modifications suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminution du délai de carence • Augmentation de la durée des prestations • Ajout de l'indexation • Changement de catégorie professionnelle (classe supérieure)
Date de prélèvement de la prime	Le prélèvement sera effectué à l'émission de la modification du contrat ou à la mise en vigueur de celui-ci si une exigence de placement est requise.
Documents requis	<ul style="list-style-type: none"> • Une nouvelle proposition (cocher la case « Modification » à la page 1 et inscrire le numéro de police); • Une illustration dûment remplie, signée et datée.

4.12.3. Changement de statut à non-fumeur

Documents requis	<p>Pour effectuer ce changement, vous devez soumettre les documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• Le formulaire « Déclaration de santé abrégée » dans lequel la case « Taux non-fumeur » est cochée;• L'autorisation médicale;• Le questionnaire sur l'usage du tabac;• Un test d'urine et VIH, si le montant assuré est supérieur à 3 000 \$ en assurance invalidité et supérieur à 250 000 \$ en assurance vie. <p>Pour en savoir plus, consultez les conditions d'admissibilité à la section « Statut non-fumeur ».</p> <p>Si la police d'assurance a été émise au taux fumeur et que la personne assurée a cessé de consommer des produits du tabac sous toutes ses formes depuis plus de 12 mois, elle pourra demander que le taux soit modifié pour refléter son statut de non-fumeur. Une analyse du dossier devra être faite par notre service de la sélection des risques.</p>
Décision acceptée	Un sommaire de contrat est envoyé.
Date de prise d'effet	La date de prise d'effet aura lieu à la période de couverture suivant la date jusqu'à laquelle le contrat est payé.

4.13. Annulation d'un contrat

Documents requis pour une demande d'annulation	<p>Une demande d'annulation signée et datée par le preneur est requise pour annuler un contrat. Les renseignements suivants doivent se retrouver sur la demande :</p> <ul style="list-style-type: none">• Numéro de police;• Nom et prénom du preneur;• Demande d'annulation. <p>Le contrat sera annulé à la date de fin de la période de couverture jusqu'à laquelle le contrat est payé, à compter de la date de réception de la demande d'annulation.</p> <p>Lorsqu'une demande d'annulation est reçue directement du preneur, une notification vous sera envoyée par courriel. Vous disposez alors de dix jours ouvrables pour récupérer votre client.</p>
Annulation du contrat suivant le décès du preneur	<p>Une attestation ou un certificat de décès doit être transmis à l'assureur pour mettre fin au contrat.</p> <p>S'il y a lieu, nous rembourserons à la succession les primes payées depuis la date du décès.</p> <p>Pour tous les détails sur les demandes d'indemnités en assurance vie, référez-vous à la section « Règlements – Assurance vie ».</p>
Annulation par l'assureur pour faute de paiement des primes	<p>Un délai de grâce de 30 jours est accordé pour le paiement de la prime, à l'exception de la première prime, qui doit être payée avant la mise en vigueur de l'assurance.</p> <p>Si la prime demeure impayée après ce délai, un avis sera envoyé au payeur et au preneur, à l'adresse inscrite à leur dossier pour les informer que si la prime n'est pas payée dans les 15 prochains jours, le contrat sera résilié rétroactivement à la date d'échéance initiale. Le cas échéant, le preneur devra procéder à la remise en vigueur de son contrat.</p> <p>Des copies de toutes les communications envoyées à votre client, à l'exception de la facture initiale, vous seront transmises pour vous permettre de faire les suivis nécessaires avec ce dernier et ainsi éviter la déchéance de son contrat.</p>

4.14. Demande de remise en vigueur

Sous réserve des conditions ci-dessous, nous pouvons, à notre discrétion, remettre en vigueur un contrat échu pour faute de paiement de la prime (contrat en déchéance).

Temps écoulé depuis l'échéance de la prime	Conditions 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;• Déclaration de santé additionnelle liée à la COVID-19.
Plus de 90 jours	<ul style="list-style-type: none">• Nouvelle proposition d'assurance (incluant le numéro de police);• Paiement de toute somme due.

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

** 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, nous nous réservons le droit d'exiger des preuves sur la condition médicale de la personne assurée.

4.15. Retour de paiement bancaire

Retour de paiement de la première prime	Dans le cas d'un retour de paiement de la première prime, le contrat tombera en déchéance et sera considéré comme n'ayant jamais été en vigueur. Un avis de déchéance sera envoyé au preneur et au payeur, si celui-ci est différent.
Retour de paiement des primes subséquentes	Dans le cas d'un retour de paiement d'une prime subséquente, un avis de retour de prime sera envoyé au preneur et au payeur, si celui-ci est différent. Au prochain prélèvement, toute somme due sera prélevée (prime impayée + prime courante).

4.16. Renouvellement

Avis de renouvellement	Si le montant de la prime est modifié, un avis de renouvellement est envoyé au preneur 35 jours avant la date de renouvellement. Cet avis inclut un sommaire de contrat et une facture ou un plan de paiement. Une facture ou un plan de paiement est également envoyé au payeur si celui-ci est différent. Si le montant de la prime n'est pas modifié, aucun avis n'est envoyé au preneur.
Particularité : Plan hypothécaire	Un avis de renouvellement est envoyé 90 jours avant la fin du terme du prêt.
Rapport mensuel des contrats devant être renouvelés	Un rapport indiquant les contrats en vigueur et devant être renouvelés le mois suivant est disponible sur l'accès sécurisé de l'Espace conseillers.

4.17. Reçu fiscal

Reçu fiscal

Au plus tard le 28 février de chaque année, l'assureur envoie au payeur d'une police d'assurance Accident et maladie un reçu fiscal pour la portion de prime admissible à la déduction fiscale pour les frais médicaux.

5. MISE SOUS CONTRAT ET RÉMUNÉRATION

5.1. Norme de service

Retour d'appels et réponses aux courriels

Notre cible est de retourner les appels et répondre aux courriels à l'intérieur d'un jour ouvrable.

5.2. Rôle du service ententes et commissions

Le service ententes et commissions est responsable d'administrer nos ententes avec nos partenaires et conseillers, notamment pour :

- La création des dossiers partenaires;
- La modification ou fermeture de compte;
- La gestion des commissions et des comptes en souffrance;
- Le suivi du renouvellement des permis de nos partenaires;
- Le transfert de portefeuilles.

Pour devenir un partenaire, obtenir des informations sur votre entente avec nous ou y apporter des modifications, nous vous invitons à communiquer avec ce service. Les coordonnées se trouvent à la section « Pour nous joindre ».

Pour des raisons de confidentialité, le service ententes et commissions vous posera quelques questions lors de chaque communication pour vérifier votre identité.

5.3. Soumission d'une demande de distribution

5.3.1. Exigences requises

Documents requis

- 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
- Nouvelle proposition d'assurance
- NEQ lorsque personne morale

Transmission de documents

Les documents doivent être envoyés par le biais du formulaire de transmission de documents de l'accès sécurisé sur l'Espace conseillers.

5.4. Certificats exigés

Pour pouvoir distribuer nos produits, vous devez détenir le certificat approprié selon votre province de courtage et votre type de courtage.

Cabinet courtage (Québec)	Le certificat 1a – Assurance de personnes délivré par l’Autorité des marchés financiers.
Conseiller indépendant (Québec)	Le certificat 1a – Assurance de personnes délivré par l’Autorité des marchés financiers.
Cabinet courtage (Ontario)	Le certificat Assurance de personnes délivré par la Commission des services financiers de l’Ontario.
Conseiller indépendant (Ontario)	Le certificat Assurance de personnes délivré par la Commission des services financiers de l’Ontario.
Certificats non acceptés	Les certificats en assurance de dommages ne sont pas acceptés.

5.5. Assurance responsabilité professionnelle

Assurance responsabilité professionnelle	<p>Preuve de couverture d’une assurance responsabilité professionnelle*.</p> <p>* Cette assurance couvre les risques liés aux fautes, aux erreurs aux négligences ou aux omissions 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.</p>
---	--

5.6. Renouvellement du droit de distribution

Renouvellement du droit de distribution	<p>Le renouvellement du droit de distribution* est automatique.</p> <p>* Un distributeur qui ne soumet pas de nouvelles affaires et qui ne détient aucune police en vigueur depuis plus de 12 mois sera désactivé.</p>
Certificat valide	<p>Détenir un certificat valide et respecter les lois applicables de la province où le distributeur exerce ses activités.</p> <p>S’engager à remettre annuellement une preuve de validité des permis, des certificats ou des inscriptions exigés*.</p> <p>* Le fait de ne pas présenter ces documents dans les délais requis pourrait entraîner un retard de versement des rémunérations et la désactivation du site info-partenaires.ca.</p>
Assurance responsabilité professionnelle	<p>Détenir une assurance responsabilité valide et s’engager à remettre annuellement une preuve de couverture de l’assurance professionnelle exigée*.</p> <p>* Le fait de ne pas présenter ce document dans les délais requis pourrait entraîner un retard de versement des rémunérations et la désactivation du site info-partenaires.ca.</p>

5.7. Demande de modification au dossier

Changement de coordonnées	Pour effectuer un changement d'adresse, de numéro de téléphone ou d'adresse courriel, faites parvenir un courriel à l'adresse ententes.commissions@qc.croixbleue.ca .
Changement de compte bancaire	Faites votre demande de changement de compte bancaire par le biais du formulaire de transmission de documents de l'accès sécurisé sur l'Espace conseillers. Veuillez vous assurer de joindre : <ul style="list-style-type: none">• Le formulaire de changement de compte bancaire dûment rempli et signé;• Un spécimen de chèque du nouveau compte bancaire;• Votre numéro de distributeur.

5.8. Relevés d'impôts

Admissibilité	Seuls les conseillers indépendants ayant touché des commissions durant l'année concernée recevront un feuillet T4-A ou un Relevé 1 (Québec). * Le seuil minimal est de 500 \$.
Non-admissibilité	Aucun feuillet T4-A ni Relevé 1 n'est produit pour les distributeurs suivants : <ul style="list-style-type: none">• Entreprises incorporées;• Entreprises limitées;• Sociétés en nom collectif;• Entreprises (sauf au Québec);• Conseillers dont les commissions sont versées à une entité morale ayant préalablement signé une entente avec Croix Bleue.
Émission	Comme prescrit par la loi, le reçu est délivré au titulaire du compte bancaire au plus tard le 28 février.

5.9. États de comptes

Accès aux rapports	<p>Les états de comptes sont disponibles sur l'accès sécurisé de l'Espace conseillers. Un historique de 18 mois y est conservé.</p> <p>L'accès à la section « Rapports » est réservé à la personne qui est titulaire d'un code administratif.</p>
Taux de commissions	<p>Les taux de commissions sont stipulés dans votre Entente de distribution. Ces taux dépendent entre autres des garanties vendues et varient avec l'âge du contrat.</p>
Paiement des commissions	<p>Les commissions payables sont versées directement dans le compte bancaire.</p> <p>Dans le cas d'un solde négatif, vous pouvez acquitter la somme due par carte de crédit* à l'intérieur de 60 jours suivants la date de votre état de compte.</p> <p>* Votre numéro de carte de crédit devra nous être communiqué par téléphone, via une ligne téléphonique sécurisée.</p>
Fréquence	<ul style="list-style-type: none">• 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.

6. RÈGLEMENTS – ASSURANCE INVALIDITÉ

6.1. Normes de service

Délai de traitement	<p>Notre cible est de traiter 80 % des demandes reçues dans un délai de cinq jours ouvrables.</p>
----------------------------	---

6.2. Documents à envoyer par le biais du formulaire de transmission

Seules les demandes d'autorisation originales doivent être envoyées à nos bureaux.

Transmission de documents	<p>Les documents doivent être envoyés par le biais du formulaire de transmission sur l'accès sécurisé de l'Espace conseillers.</p>
Télécopieur	<p>1 877 590-7504</p>

6.3. Demande de prestations initiale

6.3.1. Soumettre une demande

Avis et formulaire	<p>Lorsqu'un événement survient, il est important de nous en aviser le plus rapidement possible afin que nous puissions entamer les démarches.</p> <p>À la réception de cet avis, nous ferons parvenir à la personne assurée le « <i>Guide de l'assuré – Assurance invalidité</i> ». Celui-ci rassemble les formulaires nécessaires pour présenter une demande de prestations. Ce guide se trouve également sur notre site Web.</p> <p>À la réception des formulaires dûment remplis et signés, le dossier d'invalidité sera ouvert et un accusé de réception sera envoyé à la personne assurée.</p>
---------------------------	--

6.3.2. Documents requis

Documents à soumettre	<p>Les documents ci-dessous doivent nous être transmis dans les 90 jours suivant le début de l'invalidité :</p> <ul style="list-style-type: none">• Déclaration de la personne assurée;• Formulaires d'autorisation (six exemplaires originaux);• Déclaration du médecin traitant;• Déclaration de l'employeur ou du travailleur autonome;• Preuves de revenus, si requises;• Demande de paiement par dépôt direct (facultatif).
Déclaration de l'assuré	<p>Ce formulaire comporte trois sections.</p> <ul style="list-style-type: none">• Condition médicale et personnelle de l'assuré : s'il s'agit d'un accident, les informations sur les circonstances de l'accident devront être fournies.• Formation et expérience professionnelle : ces informations nous permettent de réorienter la personne assurée sur le marché du travail si elle ne peut reprendre ses anciennes fonctions.• Activités quotidiennes : ces informations nous permettent de mieux comprendre les conséquences de l'invalidité sur l'autonomie de la personne assurée.
Autorisation	<p>Les six formulaires d'autorisation doivent être signés et datés par la personne assurée. En les signant, elle autorise l'assureur à recueillir et à divulguer ses renseignements personnels et médicaux pour étudier sa demande. Si ces autorisations ne sont pas jointes à la demande initiale, celle-ci sera considérée comme incomplète.</p>
Déclaration du médecin traitant	<p>La déclaration du médecin traitant doit comprendre les documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• Le formulaire standard devant être rempli et signé par le médecin traitant;• Une copie des notes cliniques;• Une copie des enquêtes faites à partir du début de l'invalidité. <p>Les frais exigés par le médecin pour remplir le formulaire sont payables par la personne assurée.</p>

Déclaration de l'employeur	<p>Ce formulaire doit être rempli par l'employeur si la personne assurée est salariée. S'il existe une description de tâches, l'employeur doit en joindre une copie au formulaire.</p> <p>Les personnes assurées ayant plus d'un employeur doivent faire remplir une déclaration par chaque employeur.</p>
Déclaration du travailleur autonome	<p>Ce formulaire doit être rempli par la personne assurée si elle est travailleuse autonome ou actionnaire unique de sa compagnie.</p>
Preuves de revenus	<p>Une assurance invalidité vise à compenser une perte de revenus résultant d'une invalidité. Les preuves de revenus sont donc requises pour déterminer les prestations payables.</p> <p>Les preuves de revenus n'ont pas à être soumises lors de la demande de règlement initiale si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elles ont été soumises et acceptées à l'émission du contrat. S'il y a lieu, la personne assurée devra justifier les augmentations du montant assuré après l'émission du contrat; • Le montant assuré est de 1 000 \$ par mois ou moins pour les 24 premiers mois, si la proposition d'assurance a été signée avant le 1^{er} juin 2016 • Le montant assuré est de 1 200 \$ par mois ou moins pour les 36 premiers mois, si la proposition d'assurance a été signée le ou après le 1^{er} juin 2016; • La personne assurée est membre d'une association et il a été entendu que les prestations seraient établies en fonction du nombre de bénéficiaires sous sa garde. Le cas échéant, elle devra alors produire l'attestation gouvernementale à cet effet; • La demande de prestations est reliée à une hypothèque. Le cas échéant, une copie des derniers relevés de paiement indiquant le solde du prêt ou de la marge hypothécaire doit être jointe 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. <p>Dans tous les cas, nous nous réservons le droit de demander des preuves de revenus selon le statut de la personne assurée.</p>
Salarié	<ul style="list-style-type: none"> • Pages 1 à 4 de la déclaration de revenus fédérale (et provinciale pour les résidents du Québec) de l'année civile précédant l'invalidité ou des trois (3) meilleures des cinq (5) années précédant l'invalidité; • Avis de cotisation fédéral et provincial de l'année civile précédant l'invalidité ou des trois (3) meilleures des cinq (5) années précédant l'invalidité.
Travailleur autonome	<ul style="list-style-type: none"> • Pages 1 à 4 de la déclaration de revenus fédérale (et provinciale pour les résidents du Québec) de l'année civile précédant l'invalidité ou des trois (3) meilleures des cinq (5) années précédant l'invalidité; • Avis de cotisation fédéral et provincial de l'année civile précédant l'invalidité ou des trois (3) meilleures des cinq (5) années précédant l'invalidité; • Copie du formulaire T2125 État des résultats des activités d'une entreprise ou d'une profession libérale qui a été joint à la déclaration de revenus fédérale de l'année civile précédant l'invalidité.

Actionnaire	<ul style="list-style-type: none"> • Pages 1 à 4 de la déclaration de revenus fédérale (et provinciale pour les résidents du Québec) de l'année civile précédant l'invalidité ou des trois (3) meilleures des cinq (5) années précédant l'invalidité; • Avis de cotisation fédéral et provincial de l'année civile précédant l'invalidité ou des trois (3) meilleures des cinq (5) années précédant l'invalidité; • États financiers de la compagnie; • Annexe 50 de la déclaration de revenus fédérale pour le dernier exercice fiscal de la compagnie.
--------------------	--

6.3.3. Décision initiale

Décision initiale	<p>La personne assurée sera notifiée par écrit de la décision initiale prise par le service des règlements (acceptation, refus, enquête supplémentaire ou documents additionnels à soumettre).</p> <p>Nous enverrons au conseiller une copie de tout document transmis à la personne assurée, en y retranchant les renseignements confidentiels. Nous ne pourrions en aucun cas partager ces renseignements avec le conseiller.</p>
--------------------------	---

6.4. Analyse du dossier

Entrevue téléphonique	<p>S'il le juge nécessaire lors de l'étude de la demande de prestations, l'analyste communiquera avec la personne assurée par téléphone pour recueillir ou vérifier certains renseignements et lui donner des explications sur son dossier.</p> <p>Les conversations peuvent être enregistrées à des fins de formation et de contrôle de la qualité.</p>
Demande du dossier médical	<p>Dans certaines situations, l'analyste demandera une copie du dossier médical complet de la personne assurée. Ces informations sont parfois nécessaires pour analyser une demande de prestations.</p>
Entrevue en personne	<p>Une entrevue en personne est parfois nécessaire pour clarifier certaines informations. Cette entrevue sera effectuée par des agents dûment formés ou des professionnels en réadaptation.</p>
Évaluation médicale indépendante	<p>L'assureur peut demander que la personne assurée soit évaluée, aux frais de l'assureur, par un médecin spécialiste de son choix et qui n'est pas à son emploi. Le refus de se soumettre à une évaluation médicale indépendante peut entraîner la cessation des prestations.</p> <p>Ces évaluations permettent à l'assureur d'offrir au médecin traitant l'opinion d'un spécialiste et de lui donner davantage d'options de traitement. Une copie du rapport d'expertise sera envoyée au médecin traitant.</p> <p>La personne assurée 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.</p>
Services de réadaptation	<p>Des services de réadaptation peuvent parfois être offerts aux frais de l'assureur pour faciliter le retour à la santé et à une vie active.</p>

6.5. Prestations

6.5.1. Paiement des prestations

Paiement des prestations	<p>Si l'invalidité est admissible, les prestations seront versées chaque mois suivant le délai de carence. Pour en savoir plus, consultez la section « Délai de carence ».</p> <p>À l'exception du premier et du dernier versement, les versements couvrent généralement un mois civil. Ils sont émis le deuxième vendredi de chaque mois et sont postés la semaine suivante. Quel que soit le mode de versement choisi, un relevé sera automatiquement envoyé à la personne assurée, sauf dans les cas d'assurance hypothécaire.</p> <p>Le versement des prestations peut être retardé si l'assureur n'a pas reçu tous les renseignements demandés.</p> <p>Dépôt direct</p> <p>La personne assurée peut s'inscrire au dépôt direct pour recevoir ses prestations directement dans son compte bancaire. Pour en faire la demande, il suffit de remplir le formulaire inclus dans le « <i>Guide de l'assuré - Assurance invalidité</i> ».</p> <p>Pour les demandes de règlement relatives au remboursement d'un prêt, les paiements peuvent être faits directement à l'assuré, si celui-ci a souscrit à l'assurance hypothécaire après le 1^{er} février 2018. Pour les autres cas, le dépôt direct n'est pas offert et les paiements sont faits directement au créancier.</p> <p>Le dépôt direct n'est également pas offert pour les demandes de règlement relatives à l'exonération des primes.</p>
---------------------------------	---

6.5.2. Indexation des prestations

Indexation des prestations (clause optionnelle)	<p>Si la personne assurée a choisi cette option lors de la soumission, nous indexerons les prestations payées le premier janvier de l'année suivant la fin des 12 premiers mois d'invalidité.</p> <p>L'indexation est généralement basée sur l'Indice des prix à la consommation (IPC) de Statistique Canada. Certains anciens contrats utilisent le taux d'indexation du Régime de rentes du Québec (RRQ) ou le Régime de pensions du Canada (RPC). Le taux applicable est indiqué dans le contrat d'assurance.</p>
---	--

6.6. Révision de nouvelles informations à la suite d'une décision

Contestation de la décision	<p>Si la personne assurée désire contester la décision rendue, elle peut nous transmettre de nouvelles informations à l'adresse suivante :</p> <p style="text-align: center;">Adresse postale Croix Bleue Canassurance Direction du service des règlements vie et invalidité 1981, avenue McGill College, bureau 105 Montréal (Québec) H3A 0H6</p> <p>La demande de révision peut également être envoyée par le biais du formulaire de transmission de documents sur notre site Internet.</p>
------------------------------------	--

6.7. Clauses contractuelles

Clauses contractuelles	<p>Pour s'assurer que la personne assurée comprend bien l'étendue de sa couverture, il revient au conseiller de lui expliquer la portée de certaines clauses contractuelles.</p> <p>Les clauses présentées dans la présente section sont particulièrement importantes.</p>
-------------------------------	--

6.7.1. Date d'invalidité

Date d'invalidité	<p>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 de l'invalidité aux fins du contrat d'assurance. Le délai de carence prévu au contrat est calculé à partir de cette date.</p>
--------------------------	---

6.7.2. Délai de carence

Délai de carence	<p>Le délai de carence désigne la période d'invalidité totale durant laquelle aucune prestation n'est payable. Ce délai est indiqué dans le sommaire des garanties pour les garanties d'assurance invalidité ou dans la police pour l'exonération des primes.</p> <p>Il s'agit d'une période ininterrompue d'invalidité totale, mais certains contrats permettent de cumuler plus d'une période d'invalidité totale pour combler le délai de carence. Ces précisions seront indiquées dans la police.</p>
-------------------------	---

6.7.3. Clause d'admissibilité et d'exclusion

Preuve d'invalidité	<p>L'existence d'un problème de santé ou d'un diagnostic ne constitue pas en soi une preuve de l'incapacité de travailler de la personne assurée.</p> <p>L'invalidité est déterminée en fonction de deux facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none">• L'incapacité temporaire ou permanente de travailler de la personne assurée, 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. <p>Pour mieux comprendre les conséquences de la condition médicale sur la personne assurée, l'assureur peut demander régulièrement des informations médicales supplémentaires ou des renseignements sur les tâches de la personne assurée.</p>
Conduite en état d'ébriété	<p>Les contrats prévoient une exclusion dans le cas d'un accident résultant 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 pour vérifier que cette exclusion ne s'applique pas.</p>
Conditions préexistantes	<p>Les contrats d'assurance souscrits sans examen médical comprennent des exclusions relatives aux conditions préexistantes. Une condition préexistante est un problème de santé, diagnostiqué ou non, que la personne assurée éprouvait avant que le contrat n'entre en vigueur.</p> <p>La personne assurée ne sera pas admissible aux prestations si, dans les 12 mois précédant la mise en vigueur du contrat, elle a consulté un professionnel de la santé, subi des examens, reçu une ordonnance pour des médicaments ou obtenu des traitements pour cette condition.</p> <p>Selon le type de contrat, les exclusions relatives aux conditions préexistantes ne s'appliquent plus si le contrat est en vigueur depuis au moins 12 mois.</p> <p>Si la personne assurée présente une demande de prestations durant la période où ces exclusions sont en vigueur, ses antécédents médicaux seront vérifiés. Cette démarche pourrait retarder la décision, car l'assureur prendra le temps de communiquer avec les médecins que la personne assurée a consultés dans le passé.</p> <p>Si une telle situation survient, la personne assurée en sera informée.</p>
Incontestabilité	<p>La plupart des contrats d'assurance sont émis en fonction des renseignements médicaux fournis par la personne assurée lors de la souscription.</p> <p>Si une invalidité survient moins de deux ans suivant la mise en vigueur de l'assurance invalidité, les antécédents médicaux de la personne assurée seront vérifiés pour valider l'exactitude des renseignements fournis lors de la souscription.</p> <p>Cette démarche pourrait retarder la décision, car l'assureur prendra le temps de communiquer avec les médecins que la personne assurée a consultés dans le passé.</p> <p>Si une telle situation survient, la personne assurée en sera informée.</p>

6.7.4. Clauses financières

Annulation des augmentations automatiques	<p>Si la personne assurée a choisi cette option, elle n'aura plus droit aux augmentations automatiques durant l'invalidité.</p> <p>Les augmentations automatiques cessent lorsque la demande initiale de prestations est en cours d'analyse.</p> <p>Durant l'invalidité, les primes perçues en trop en raison des augmentations automatiques seront remboursées à la personne assurée.</p>
Dividendes	<p>Les dividendes ne constituent pas un revenu de travail assurable.</p> <p>Si le propriétaire d'une entreprise se rémunère uniquement par des dividendes, nous tiendrons compte du bénéfice net de son entreprise dans la dernière année d'exercice au prorata des actions qu'il détient pour établir son revenu. Les années antérieures ne seront pas prises en considération.</p>
Revenus de location	<p>Les revenus provenant de la location d'une propriété ne constituent pas un revenu assurable.</p> <p>Par conséquent, nous ne tiendrons pas compte des revenus de location dans l'application des clauses de réduction et de coordination des prestations.</p>
Exonération des primes	<p>Lors d'une demande de prestations, nous accordons automatiquement l'exonération des primes si les garanties comportent cette option.</p> <p>Par contre, s'il n'y a pas de garantie d'assurance invalidité, une demande d'exonération des primes devra être soumise. Pour ce faire, il suffit de remplir le formulaire inclus dans le « <i>Guide de l'assuré - Assurance invalidité</i> ».</p>
Imposition des prestations	<p>Lorsque la prestation est imposable selon ce qui a été indiqué dans la proposition, nous retiendrons l'impôt fédéral et l'impôt provincial de la prestation mensuelle et nous émettrons des relevés à la fin de l'année.</p>

<p>Intégration et coordination des prestations</p>	<p>La prestation initiale payable ne peut excéder 100 % du revenu net de la personne assurée (90 % de son revenu net avant impôts si les prestations sont imposables).</p> <p>Si la personne assurée touche des prestations d'invalidité de différentes sources, nous pourrions intégrer et coordonner les prestations de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les prestations versées par les régimes publics d'assurance seront soustraites de la prestation; • La prestation sera aussi réduite si la totalité des prestations d'invalidité que reçoit la personne assurée, toutes sources confondues, dépasse 100 % de son revenu net avant son invalidité. Si la prestation de la personne assurée est imposable, cette limite sera de 90 % du revenu brut avant l'invalidité. <p>Les preuves de revenus soumises lors de la souscription seront utilisées pour déterminer le revenu de la personne assurée, s'il y a lieu. Toutefois, si cela est plus avantageux pour elle, la personne assurée peut présenter ses preuves de revenus avant l'invalidité. Le montant de la prestation ne pourra toutefois pas dépasser le montant assuré.</p> <p>Prenez note que les prestations d'invalidité versées aux créanciers de la personne assurée – par exemple dans le cas d'une assurance hypothécaire ou automobile – ne seront pas prises en compte dans l'intégration ou la coordination des prestations. La personne assurée devra continuer de faire les versements aux créanciers et convenir d'un arrangement avec ces derniers pour récupérer les prestations que l'assureur leur aura versées.</p> <p>Régime de rentes du Québec (RRQ) et Régime de pensions du Canada (RPC)</p> <p>Ces régimes prévoient le versement d'une rente en cas d'invalidité grave et prolongée qui empêche une personne d'exercer tout travail rémunérateur.</p> <p>Les prestations versées par le RRQ et le RPC sont déduites des prestations d'invalidité.</p> <p>Nous ne tiendrons compte que du montant initialement accordé par le RRQ ou le RPC. Aucune intégration des prestations destinées aux enfants d'un cotisant en invalidité ne sera effectuée.</p>
<p>Exonération des primes</p>	<p>La personne assurée doit continuer de payer les primes même si elle présente une demande de prestations ou d'exonération des primes. Les primes perçues en trop seront remboursées dès que l'exonération des primes sera acceptée.</p> <p>Certaines garanties d'assurance ne comportent pas de clause d'exonération des primes et continueront d'être facturées durant l'invalidité. Prenez note que les primes ne seront pas déduites des prestations.</p>

6.7.5. Obtenir une copie du dossier

Obtenir une copie du dossier	<p>Pour obtenir une copie de son dossier, la personne assurée doit nous en faire la demande écrite. Des frais administratifs et certaines restrictions peuvent s'appliquer.</p> <p>À la demande du médecin traitant, nous pourrions lui transmettre une copie des rapports d'expertise médicale exigés à des fins d'analyse. La personne assurée pourra en obtenir une copie auprès de son médecin traitant, et ce dernier pourra lui en expliquer le contenu s'il le juge nécessaire.</p> <p>Conformément à la Loi sur la distribution de produits et services financiers, nous ne pouvons transmettre à un conseiller financier le dossier d'une assurée, et ce, même si cette dernière lui en donne l'autorisation expresse.</p> <p><i>« 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. »</i></p>
-------------------------------------	--

7. RÈGLEMENTS – ASSURANCE VIE

7.1. Normes de service

Délai de traitement	80 % des demandes reçues dans un délai de cinq jours ouvrables.
----------------------------	---

7.2. Documents à envoyer par le biais du formulaire de transmission

Seules les demandes d'autorisation originales doivent être envoyées à nos bureaux directement.

Transmission de documents	Les documents doivent être envoyés par le biais du formulaire de transmission sur l'accès sécurisé de l'Espace conseillers.
Télécopieur	1 877 590-7504

7.3. Soumettre une demande d'indemnité

Avis et formulaires	<p>En cas de décès de la personne assurée, il est important de nous en aviser le plus rapidement possible pour que nous puissions entamer les démarches.</p> <p>À la réception de cet avis, nous ferons parvenir le formulaire requis au bénéficiaire ou au liquidateur testamentaire.</p>
Délai de présentation de la demande d'indemnité	<p>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 requis au moment de soumettre la demande, il devra communiquer avec nous.</p> <p>Une demande d'indemnité présentée dans les trois ans suivant le décès d'une personne assurée sera considérée à l'intérieur du délai de présentation et sera étudiée. À la réception de la demande d'indemnité, un accusé de réception sera transmis au demandeur.</p>

7.3.1. Documents requis

Documents requis	<p>La demande d'indemnité d'assurance vie doit être transmise à l'assureur. Elle doit inclure les documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déclaration du demandeur • Autorisation (originale) • Déclaration du médecin ayant constaté le décès • Certificat de décès <p>Si aucun bénéficiaire n'a été désigné sur le contrat d'assurance, le demandeur doit également joindre les documents listés ci-dessous.</p>
Au Québec (si aucun bénéficiaire désigné)	<ul style="list-style-type: none"> • Une copie du dernier testament et les certificats de recherche testamentaire à la Chambre des notaires du Québec et au Barreau du Québec ou; • En l'absence d'un testament, une copie du contrat de mariage.
En Ontario (si aucun bénéficiaire désigné)	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Ce formulaire doit être rempli et signé par chacun des bénéficiaires désignés sur la police.</p> <p>Si aucun bénéficiaire n'a été désigné, l'indemnité fait partie de la succession de la personne assurée et le formulaire doit être rempli et signé par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au Québec : le liquidateur testamentaire • En Ontario : le fiduciaire de la succession
Autorisations	<p>Les autorisations doivent être signées et datées par le bénéficiaire ou le liquidateur testamentaire ou le fiduciaire de la succession pour amorcer l'étude de la demande.</p> <p>Toute demande d'indemnité qui n'est pas accompagnée des formulaires d'autorisation sera jugée incomplète, ce qui retardera le processus de réclamation.</p>
Déclaration du médecin	<p>Ce formulaire doit être rempli et signé par le médecin ayant constaté le décès.</p> <p>Les frais exigés par le médecin pour remplir le formulaire sont payables par le bénéficiaire ou le liquidateur testamentaire ou le fiduciaire de la succession.</p>
Certificat de décès	<p>La copie originale est requise. Ce document pourra être renvoyé au demandeur si celui-ci en fait la demande et si le montant de l'indemnité le permet.</p>

Document requis (selon l'âge de la police et le montant assuré)

Durée de la protection en vigueur	Moins de deux ans (période contestable)	Deux à cinq ans	Plus de cinq ans
Déclaration du demandeur	X	X	X
Certificat de décès	X	X	X
Autorisations (copies originales seulement)	X	-	-
Acte de recherche testamentaire du Barreau du Québec	X	X (Si plus de 50 000 \$)	X (Si plus de 50 000 \$)
Acte de recherche testamentaire de la Chambre des notaires du Québec	X	X (Si plus de 50 000 \$)	X (Si plus de 50 000 \$)
Testament (si applicable)	X	X (Si plus de 50 000 \$)	X (Si plus de 50 000 \$)
Déclaration du médecin traitant	X	X	X (Si plus de 50 000 \$)

7.3.2. Décision de l'assureur

Communication de la décision	<p>Le demandeur sera notifié par écrit de la décision initiale prise par le service des règlements (acceptation, refus, enquête supplémentaire ou documents additionnels à soumettre).</p> <p>L'assureur enverra au conseiller une copie de tout document transmis à la personne assurée, en y retranchant les renseignements confidentiels. L'assureur ne pourra en aucun cas partager ces renseignements avec le conseiller.</p>
-------------------------------------	--

7.4. Paiement de l'indemnité d'assurance vie

Bénéficiaires multiples	À moins que la personne assurée ait déterminé une répartition précise du montant de la prestation entre les différents bénéficiaires, l'indemnité sera divisée de façon égale entre tous les bénéficiaires.
Intérêts	Des intérêts sont versés sur toute indemnité payée plus de 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 n'est pas possible de verser une indemnité d'assurance vie par dépôt direct. Un chèque sera émis au nom du ou des bénéficiaires.

7.5. Analyse de nouveaux faits à la suite d'une décision

Contestation de la décision	<p>Si la personne assurée désire contester la décision rendue, elle peut nous transmettre de nouvelles informations à l'adresse suivante :</p> <p style="text-align: center;">Adresse postale Croix Bleue Canassurance Direction du service des règlements vie et invalidité 1981, avenue McGill College, bureau 105 Montréal (Québec) H3A 0H6</p> <p>La demande de révision peut également être envoyée par le biais du formulaire de transmission de documents sur notre site Internet.</p>
------------------------------------	--

7.6. Clauses contractuelles : admissibilité et exclusion

Pour s'assurer que la personne assurée comprend bien l'étendue de sa couverture, il revient au conseiller de lui expliquer la portée de certaines clauses contractuelles.

Les clauses présentées dans la présente section sont particulièrement importantes.

Conditions préexistantes	<p>Les contrats d'assurance souscrits sans examen médical comprennent des exclusions relatives aux conditions préexistantes. Une condition préexistante est un problème de santé, diagnostiqué ou non, que la personne assurée éprouvait avant que le contrat n'entre en vigueur.</p> <p>L'indemnité d'assurance vie ne pourra pas être versée si, dans les 12 mois précédant la mise en vigueur du contrat, la personne assurée décédée a consulté un professionnel de la santé, a subi des examens, a reçu une ordonnance pour des médicaments ou a obtenu des traitements pour la condition ayant entraîné le décès.</p> <p>Selon le type de contrat, les exclusions relatives aux conditions préexistantes ne s'appliquent plus si la police est en vigueur depuis au moins 12 mois.</p> <p>Si la demande d'indemnité est présentée durant la période où ces exclusions sont en vigueur, les antécédents médicaux de la personne assurée seront vérifiés. Cette démarche pourrait prolonger le délai de décision, car nous prendrons le temps de communiquer avec les médecins que la personne assurée a consultés dans le passé. Si une telle situation survient, le demandeur en sera informé.</p>
Incontestabilité	<p>La plupart des contrats d'assurance sont émis en fonction des renseignements médicaux fournis par la personne assurée lors de la souscription.</p> <p>Si un décès ou une invalidité survient moins de deux ans après la mise en vigueur du contrat, les antécédents médicaux de la personne assurée 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 la personne assurée a consultés dans le passé. Si une telle situation survient, le demandeur en sera informé.</p>
Conduite en état d'ébriété	<p>Les contrats prévoient une exclusion pour les cas de conduite d'un véhicule motorisé en état d'ébriété.</p> <p>Lorsqu'une demande d'indemnité est soumise à la suite d'un accident de la route, l'assureur doit obtenir les dossiers médicaux complets pour vérifier que cette exclusion ne s'applique pas.</p>
Clause en cas de suicide	<p>Aucune prestation n'est payable si le décès résulte d'un suicide survenant au cours des 24 ou des 12 premiers mois de la prise d'effet de l'assurance vie, selon le produit, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non.</p>

7.7. Obtenir une copie du dossier

Obtenir une copie du dossier	<p>Le bénéficiaire ou le liquidateur testamentaire peut obtenir une copie du dossier en faisant une demande écrite à l'assureur. Des frais administratifs et certaines restrictions peuvent s'appliquer.</p> <p>Conformément à la Loi sur la distribution de produits et services financiers, nous ne pouvons transmettre à un conseiller financier le dossier d'une assurée, et ce, même si cette dernière lui en donne l'autorisation expresse.</p> <p><i>« 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. »</i></p>
-------------------------------------	--

8. RÈGLEMENTS – SANTÉ/DENTAIRE

8.1. Normes de service

Délai de traitement	80 % des demandes reçues dans un délai de cinq jours ouvrables.
----------------------------	---

8.2. Documents à envoyer par le biais du formulaire de transmission

Transmission de documents	Tous les documents relatifs à une demande de règlement peuvent être envoyés par le biais du formulaire de transmission de documents. Il se pourrait cependant que certains documents, tels que les formulaires d'autorisation doivent être transmis à des hôpitaux ou au ministère de la Santé et des Services sociaux, requièrent une signature originale.
----------------------------------	---

8.3. Assurance maladie complémentaire

Frais pouvant être couverts par l'assurance maladie complémentaire	<ul style="list-style-type: none">• Hospitalisation;• Services rendus par des professionnels de la santé tels que des psychologues, des chiropraticiens, des physiothérapeutes ou des podiatres;• Examens médicaux, analyses de laboratoire, fournitures médicales;• Soins à domicile;• Location ou achat de certains appareils médicaux;• Fauteuils roulants;• Lunettes et lentilles cornéennes;• Médicaments (couverture optionnelle). <p>Il est bien important de lire la police pour connaître les conditions de la couverture, car celles-ci diffèrent d'un produit à l'autre.</p>
Renseignements devant apparaître sur les reçus soumis	<p>Les reçus doivent comporter l'entête de la personne ou de la société qui a fourni les services ainsi que les renseignements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 ou d'inscription à l'association du professionnel de la santé.

Limitations	<p>Condition préexistante Comme stipulé au contrat, toute condition préexistante peut être exclue de la couverture.</p>
	<p>Exclusion propre à la personne assurée Lorsqu'un contrat a été établi avec une exclusion propre à la personne assurée, les frais se rapportant à cette exclusion ne sont pas admissibles à un remboursement.</p> <p>Il est primordial que tout problème de santé soupçonné ou diagnostiqué soit dévoilé lors de la souscription. Dans le cas contraire, le contrat pourrait être annulé depuis sa date d'émission, entraînant ainsi le refus d'une demande de règlement qui aurait pu être admissible.</p>
	<p>Frais de massothérapie Pour être admissible à un remboursement, une ordonnance signée du médecin est requise. Celle-ci doit être d'une date antérieure aux services rendus et doit être renouvelée à chaque année.</p>
	<p>Soins médicaux Pour être admissibles à un remboursement, les soins médicaux doivent être considérés comme médicalement nécessaires.</p>
	<p>Délai de soumission La demande de règlement doit être soumise dans les 12 mois suivant la date à laquelle le service a été rendu.</p>

8.4. Assurance Soins dentaires

Couverture	<p>Tout dépendant du produit et des conditions du contrat, les frais admissibles sont remboursés selon :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les tarifs des associations dentaires mentionnées au contrat; • Les tarifs du guide de l'année en cours ou de l'année précédant l'année où les services ont été rendus.
Plan de traitement	<p>Pour tout traitement de 500 \$ et plus, la personne assurée doit nous faire parvenir un plan de traitement pour approbation.</p> <p>Dès que le plan de traitement aura été analysé par notre service des règlements, nous enverrons à la personne assurée une communication pour l'informer du montant payable.</p>
Limitations	<p>Les frais admissibles sont remboursables jusqu'à concurrence du montant maximum prévu au contrat.</p> <p>Les frais d'orthodontie ne sont pas couverts.</p> <p>Il est bien important de lire la police pour connaître les conditions de la couverture, car celles-ci diffèrent d'un produit à l'autre.</p>