



GUIDE SUR L'ASSURANCE DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Survol de l'assurance de soins de longue durée

- Renseignements sur le produit
- Garanties facultatives
- Glossaire



Assurance de soins de longue durée Sun Life

L'Assurance de soins de longue durée Sun Life est un contrat autonome prévu pour une seule personne. Selon le genre de garantie choisi, cette assurance paie une prestation :

- *soit lorsque la personne assurée reste physiquement dépendante au-delà du délai d'attente prévu par le contrat,*
- *soit lorsqu'elle reste physiquement dépendante et reçoit des soins dans un établissement de soins au-delà du délai d'attente prévu par le contrat.*

Il s'agit d'un contrat permanent. Il reste en vigueur jusqu'à ce que toutes les prestations aient été versées ou jusqu'au décès de la personne assurée, selon la première occurrence, à condition que toutes les primes soient payées dans les délais prévus.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRODUIT

Garanties de base

Le proposant peut choisir une seule ou les deux garanties de base suivantes :

Garantie globale

La Garantie globale devient payable si la personne assurée est physiquement dépendante et que cette dépendance physique continue après la fin du délai d'attente prévu.

Garantie pour soins en établissement

La Garantie pour soins en établissement devient payable si la personne assurée est physiquement dépendante et reçoit des soins dans un établissement de soins pendant une période qui excède le délai d'attente prévu.

Les deux garanties de base peuvent être payées en même temps si la personne assurée est à la fois physiquement dépendante et qu'elle reçoit des soins dans un établissement de soins.

Âge à l'établissement

On peut établir le contrat pour des personnes âgées de 21 à 80 ans.

Prestation hebdomadaire

Le proposant choisit le montant de la prestation hebdomadaire :

- le minimum hebdomadaire de chaque garantie de base est de 150 \$
- le maximum hebdomadaire combiné des deux garanties de base est de 2 000 \$
- si le proposant choisit les deux garanties de base, la prestation hebdomadaire de la Garantie globale doit être d'au moins 50 % de la prestation de la Garantie pour soins en établissement (dans ce cas, le maximum de la prestation de la Garantie pour soins en établissement est de 1 333 \$ et le maximum de la prestation de la Garantie globale est de 667 \$).

Durée des prestations

Le proposant choisit une durée des prestations pour chaque garantie de base : il n'est pas obligatoire de choisir la même durée pour les deux garanties de base. La durée des prestations s'exprime en semaines; c'est le nombre maximum de semaines de versement de la prestation hebdomadaire.

- 100 semaines (1,9 an)
- 150 semaines (2,8 ans)
- 250 semaines (4,8 ans), ou
- durée illimitée

La durée des prestations ne recommence pas à zéro lorsqu'une nouvelle demande de prestations est présentée : c'est une période fixe qui, au début de chaque demande, est réduite du nombre de prestations hebdomadaires que nous avons déjà versées pour des demandes antérieures.

Options de délai d'attente

Le proposant choisit un délai d'attente pour chaque garantie de base : il n'est pas obligatoire de choisir le même délai d'attente pour les deux garanties de base. Les délais d'attente des garanties de base sont indépendants l'un de l'autre.

Garantie globale :

- 30 jours civils
- 90 jours civils

Garantie pour soins en établissement :

- 0 jour civil (cette option n'est offerte que si le proposant choisit les deux garanties de base)
- 30 jours civils
- 90 jours civils

Si la personne assurée se rétablit, les prestations cessent d'être versées. Si elle fait une rechute et redevient admissible aux prestations dans les 180 jours suivant son rétablissement, il n'y a pas de délai d'attente à respecter pour la garantie de base en question, que la nouvelle demande soit reliée à la précédente ou non.

Programme de soins

À titre de service à valeur ajoutée compris avec les prestations de la Garantie globale, la personne assurée a droit à un programme de soins gratuit pendant que le contrat est en vigueur. Ce programme de soins facultatif indique le genre et la quantité de soins dont la personne assurée a besoin et explique comment ces soins peuvent être fournis; il mentionne également ce que la personne assurée est en droit de recevoir des programmes gouvernementaux.

On peut demander un programme de soins n'importe quand après avoir soumis une demande de prestations et pendant que la personne assurée est physiquement dépendante.

GARANTIES FACULTATIVES : PROTECTION CONTRE L'INFLATION ET REMBOURSEMENT DES PRIMES AU DÉCÈS

Protection contre l'inflation

Les prestations hebdomadaires peuvent augmenter automatiquement à chaque anniversaire du contrat, selon un pourcentage établi. Le pourcentage d'augmentation varie selon l'option qui a été choisie et selon que la personne assurée reçoit ou non des prestations à l'anniversaire du contrat.

Le proposant peut choisir l'une des protections facultatives suivantes contre l'inflation :

Option A:

- la prestation hebdomadaire augmente de 3 % à chaque anniversaire du contrat lorsque des prestations sont payables

Option B:

- la prestation hebdomadaire augmente de 2 % à chaque anniversaire du contrat à moins que des prestations ne soient payables, et
- elle augmente de 3 % à chaque anniversaire du contrat lorsque des prestations sont payables

Les augmentations sont composées annuellement. Il n'y a pas de plafond pour les augmentations prévues comme protection contre l'inflation. Les augmentations de protection contre l'inflation qui entrent en vigueur pendant que les prestations sont payables ne sont pas révoquées si la personne assurée se rétablit par la suite.

Si le proposant choisit les deux garanties de base, l'option de protection contre l'inflation doit être la même pour les deux garanties. Cependant, la protection fonctionne de manière autonome pour chaque garantie de base. Par exemple, avec l'option B, si la personne assurée reçoit des prestations de la Garantie globale, mais aucune prestation de la Garantie pour soins en établissement, elle recevrait 3 % d'augmentation comme protection contre l'inflation en ce qui concerne la prestation de la Garantie globale et 2 % en ce qui concerne la prestation de la Garantie pour soins en établissement.

* La prestation hebdomadaire maximale combinée peut dépasser 2 000 \$ par suite des augmentations relatives à la protection contre l'inflation.

Remboursement des primes au décès (RDPD)

Si le proposant a choisi le Remboursement des primes au décès et que la personne assurée décède pendant que le contrat est en vigueur, nous payons au propriétaire du contrat ou à ses ayants droit la garantie Remboursement des primes au décès. On ne peut pas désigner de bénéficiaire.

Si le proposant a choisi les deux garanties de base, le Remboursement des primes au décès s'applique à toutes les deux.

Le Remboursement des primes au décès est calculé en multipliant le montant de prime remboursable par le pourcentage applicable selon le tableau à la page 5. Il y a un montant de prime remboursable distinct pour la Garantie globale et pour la Garantie pour soins en établissement.

Le montant de prime remboursable ne comprend pas les primes payées pour la Protection contre l'inflation, si celle-ci est comprise dans le contrat.

Nous ne paierons pas le Remboursement des primes au décès si, à la date du décès, le contrat était en vigueur en vertu de la clause de prolongation d'assurance décrite ci-dessous.

Le montant de prime remboursable pour la Garantie globale comprend :

- toutes les primes payées pour la Garantie globale
- plus les primes payées pour la portion Garantie globale de la garantie Remboursement des primes au décès
- plus le pourcentage approprié des frais de contrat qui ont été payés (50 % si le contrat comprenait les deux garanties de base; 100 % s'il ne comprend que la Garantie globale)
- moins le montant des prestations de la Garantie globale que nous avons versées, le cas échéant.

Le montant de prime remboursable pour la Garantie pour soins en établissement comprend :

- toutes les primes payées pour la Garantie pour soins en établissement
- plus les primes payées pour la portion Garantie pour soins en établissement de la garantie Remboursement des primes au décès
- plus le pourcentage approprié des frais de contrat qui ont été payés (50 % si le contrat comprenait les deux garanties de base; 100 % s'il ne comprend que la Garantie pour soins en établissement)
- moins le montant des prestations de la Garantie pour soins en établissement que nous avons versées, le cas échéant.

Le montant de prime remboursable pour la Garantie globale est établi comme suit :

- les primes payées pour la Garantie globale : 10 000 \$
- plus les primes payées pour la portion Garantie globale de la garantie Remboursement des primes au décès : 4 000 \$
- plus 50 % des frais de contrat payés : 750 \$
- moins les prestations de la Garantie globale qui ont été versées : 5 000 \$
- ce qui donne le montant suivant : 9 750 \$

Le montant de prime remboursable pour la Garantie pour soins en établissement est établi comme suit :

- les primes payées pour la Garantie pour soins en établissement : 5 000 \$
- plus les primes payées pour la portion Garantie pour soins en établissement de la garantie Remboursement des primes au décès : 2 000 \$
- plus 50 % des frais de contrat payés : 750 \$
- moins les prestations de la Garantie pour soins en établissement qui ont été versées : 0 \$
- ce qui donne le montant suivant : 7 750 \$

Le montant du Remboursement des primes au décès = (A + B) x C %

A = Le montant de prime remboursable pour la Garantie globale (9 750 \$)

B = Le montant de prime remboursable pour la Garantie pour soins en établissement (7 750 \$)

C = Le pourcentage du tableau de la page précédente qui correspond au nombre d'années écoulées depuis l'entrée en vigueur du contrat (10 ans)

Le montant du Remboursement des primes au décès = (9 750 \$ + 7 750 \$) x 50 % = 8 750 \$

POURCENTAGES UTILISÉS POUR LE CALCUL DU REMBOURSEMENT DES PRIMES AU DÉCÈS

Nombre d'années complètes écoulées depuis l'entrée en vigueur du contrat	Pourcentage	Nombre d'années complètes écoulées depuis l'entrée en vigueur du contrat	Pourcentage
1	5 %	11	55 %
2	10 %	12	60 %
3	15 %	13	65 %
4	20 %	14	70 %
5	25 %	15	75 %
6	30 %	16	80 %
7	35 %	17	85 %
8	40 %	18	90 %
9	45 %	19	95 %
10	50 %	20 +	100 %

Exemple :

Le contrat était en vigueur depuis 10 ans lorsque la personne assurée est décédée.

PRIME

Catégories de risques

- homme
- femme

Mode de paiement des primes

Le proposant doit choisir l'une des périodes de paiement suivantes :

- la plus longue des deux périodes suivantes : pendant 20 ans ou jusqu'à 55 ans
- paiement viager

La période de paiement est la même pour toutes les garanties – garanties de base et facultatives.

La période de paiement limitée est garantie et ne sera pas prolongée du nombre de semaines où la personne assurée était exonérée des primes.

Périodicité de la prime – prime mensuelle (par procuration bancaire – PB) ou prime annuelle (par chèque)

La prime annuelle minimale est de 333 \$. La prime mensuelle minimale est de 30 \$. Les primes sont plus élevées si elles sont payées mensuellement plutôt qu'annuellement au début de chaque année du contrat. Pour calculer la prime mensuelle, nous multiplions la prime annuelle totale par un facteur de 0,09 représentant le mode de paiement. Par exemple, si la prime annuelle est de 1 500 \$, la prime mensuelle est de 135 \$ (1 500 \$ X 0,09).

Compte de primes remboursable

Le propriétaire du contrat peut toujours payer plus que le montant qui lui est facturé. L'excédent est affecté à un compte de primes qui rapporte de l'intérêt, comme un compte bancaire. L'intérêt gagné sur le solde du compte de primes remboursable doit être déclaré au fisc (avec un feuillet T5).

Si une prime n'a pas été payée, on peut la retirer du compte de primes. Le propriétaire du contrat peut retirer ces fonds, mais nous nous réservons le droit de facturer des frais de retrait pour éviter que le compte de primes ne soit utilisé comme un compte bancaire.

Le solde du compte de primes est versé aux ayants droit du propriétaire du contrat au décès de la personne assurée. L'intérêt gagné entre le dernier anniversaire de contrat et le décès doit être déclaré dans la déclaration de revenu du défunt l'année du décès.

L'avantage d'avoir de l'argent dans le compte de primes est que le contrat ne risque pas de tomber en déchéance si la banque fait une erreur ou si le payeur est en voyage au moment où il doit payer une prime.

Comme le compte de primes paie un taux d'intérêt peu élevé, nous ne recommandons pas de l'utiliser comme méthode de prépaiement des primes.

Garantie des primes

La prime totale ne changera pas pendant au moins 5 ans à partir de la date d'entrée en vigueur du contrat. Si nous changeons la prime à un moment donné après les 5 premières années, nous ne la changerons pas une seconde fois avant un autre intervalle d'au moins 5 ans. La prime ne peut changer qu'à l'anniversaire du contrat.

Pour les changements de la prime, nous utilisons l'âge qu'avait la personne assurée à l'établissement du contrat. Nous ne tenons pas compte, pour fixer le nouveau montant de la prime, de l'état de santé de la personne assurée ni de son degré d'autonomie fonctionnelle au moment du changement de la prime.

Exonération de la prime

Il n'y a pas de primes à payer pendant que nous versons des prestations quelconques aux termes de ce contrat. Il n'y a pas non plus de primes à payer si nous avons versé des prestations pour le nombre total de semaines prévues pour la Garantie globale ou la Garantie pour soins en établissement. Cette exonération de prime prend effet que la personne assurée ait ou non droit aux prestations de l'autre garantie.

Les primes sont payables durant le délai d'attente.

Exonération de la prime du conjoint

Cette garantie peut s'appliquer si le conjoint de la personne assurée est également assuré par un contrat d'assurance de soins de longue durée que nous avons établi (appelé ci-après «l'autre contrat»).

Pour que la personne assurée ait droit à cette garantie, il faut que les deux contrats aient été en vigueur, sans aucune interruption ni demande de prestations, depuis leur date d'établissement :

- jusqu'à ce que les deux contrats atteignent leur 10^e anniversaire, ou
- jusqu'à ce que les deux conjoints atteignent 86 ans.

Il n'y aura plus de primes à payer pour ce contrat si :

- nous versons les prestations de la Garantie globale ou de la Garantie pour soins en établissement pour l'autre contrat;
- le conjoint de la personne assurée décède pendant que l'autre contrat est encore en vigueur (que nous ayons ou non versé des prestations au moment du décès);
- nous avons versé le nombre total de prestations hebdomadaires de la Garantie globale ou de la Garantie pour soins en établissement de l'autre contrat, si le contrat prévoyait une durée des prestations fixe.

L'exonération de la prime ne sera pas accordée :

- si nous versions des prestations aux termes de l'autre contrat à la date où la proposition d'assurance de ce contrat-ci a été signée, ou
- si les primes requises n'ont pas été payées pour les deux contrats.

Si nous cessons de verser des prestations pour l'autre contrat parce que le conjoint de la personne assurée n'y a plus droit, nous mettrons également fin à l'exonération de la prime du premier contrat. Cependant, si le conjoint de la personne assurée recommence à recevoir des prestations, l'exonération de la prime du premier contrat peut recommencer.

* On entend par «conjoint» la personne qui est mariée avec la personne assurée ou la personne qui vit maritalement avec la personne assurée depuis au moins 12 mois consécutifs. Par conséquent, les partenaires du même sexe peuvent bénéficier de cette garantie.

** Il n'est pas nécessaire que les deux contrats aient été achetés au même moment, pourvu que chacun soit en vigueur depuis 10 ans ou jusqu'à ce que les deux conjoints atteignent 86 ans, selon l'événement qui survient en premier.

Clause de prolongation d'assurance

Si nous ne recevons pas la prime requise pour ce contrat dans les 31 jours suivant son échéance et que le solde du compte de primes remboursable ne suffise pas pour payer la prime, l'assurance peut rester en vigueur pendant un certain temps (c'est ce que nous appelons la clause de prolongation d'assurance), sous certaines réserves.

La clause de prolongation d'assurance peut ne pas être offerte et sa durée varie en fonction des facteurs suivants :

- le genre de garantie de base (Garantie globale ou Garantie pour soins en établissement)
- l'âge à l'achat

- le sexe de la personne assurée
- la période de paiement des primes et
- le nombre d'années d'existence du contrat.

L'aperçu et le contrat lui-même expliquent pendant combien de temps chaque garantie restera en vigueur après l'échéance de la prime si celle-ci n'est pas versée.

Si la Garantie globale et la Garantie pour soins en établissement restent en vigueur aux termes de la clause de prolongation d'assurance, nous ne changerons pas le montant de prestation hebdomadaire, la durée des prestations ni le délai d'attente. Les primes ne sont pas payables pendant la prolongation de l'assurance.

Pendant que le contrat reste en vigueur grâce à la prolongation d'assurance :

- nous ne paierons rien aux termes du Remboursement des primes au décès et
- il n'y aura pas d'augmentation aux termes de la Protection contre l'inflation.

Réversion de la prolongation d'assurance et remise en vigueur du contrat s'il a pris fin

Preuves d'assurabilité requises

Si le propriétaire du contrat veut exercer son droit de réversion de la prolongation d'assurance ou remettre en vigueur le contrat qui a pris fin parce que les primes n'ont pas été payées, il doit :

- faire la demande du vivant de la personne assurée
- faire la demande dans un délai de 2 ans suivant la date où il a cessé de payer les primes
- nous fournir de nouvelles preuves d'assurabilité que nous jugeons satisfaisantes, et
- régler toutes les primes impayées plus les intérêts et les frais d'administration, le cas échéant.

Aucunes preuves d'assurabilité requises

Nous n'exigeons pas de preuves d'assurabilité si le propriétaire du contrat a cessé de payer les primes tandis que la personne assurée était en droit de demander des prestations mais n'a pas soumis de demande de prestations (par exemple si la dépendance physique de la personne assurée l'a empêchée de soumettre une demande de prestations). Dans ce cas, si le propriétaire du contrat veut exercer son droit de réversion de la prolongation d'assurance ou remettre son contrat en vigueur s'il a pris fin en raison du non-paiement des primes, il doit :

- faire la demande du vivant de la personne assurée
- faire la demande après la fin du délai d'attente prévu
- faire la demande dans un délai d'un an suivant la date où il a cessé de payer les primes
- nous fournir une preuve, que nous jugeons satisfaisante, de la dépendance physique de la personne assurée et de la durée de cette dépendance, et
- régler toutes les primes impayées plus les intérêts et les frais d'administration, le cas échéant.

DÉFINITIONS : DÉPENDANCE PHYSIQUE ET SOINS EN ÉTABLISSEMENT

* Nous ne verserons pas de prestations pour les périodes pendant lesquelles la personne assurée est à l'extérieur du Canada ou des États-Unis d'Amérique.

Dépendance physique

Nous considérons que la personne assurée est physiquement dépendante :

- si elle souffre d'une détérioration des facultés mentales, comme nous le décrivons ci-dessous
- si elle a constamment besoin d'une aide physique importante de la part d'une autre personne pour accomplir entièrement, en toute sécurité, deux ou plusieurs des activités de la vie quotidienne décrites ci-dessous, ou
- si elle a constamment besoin d'une aide physique immédiate de la part d'une autre personne pour accomplir entièrement, en toute sécurité, deux ou plusieurs des activités de la vie quotidienne décrites ci-dessous. Une aide immédiate signifie que l'aidant doit être à portée de bras de la personne assurée chaque fois que cette dernière accomplit une activité de la vie quotidienne requérant une telle aide.

Détérioration des facultés mentales

Nous considérons que la personne assurée souffre d'une détérioration des facultés mentales si elle a besoin d'être surveillée constamment par une autre personne pour protéger sa santé et sa sécurité physiques par suite de la détérioration ou de la perte des facultés suivantes :

- la mémoire à court terme ou à long terme
- le sens du temps et de l'orientation quant aux personnes et aux endroits
- le raisonnement ou
- le jugement, en ce qui concerne le sens du danger.

La détérioration des facultés mentales doit être causée par une maladie cérébrale d'origine organique, comme la maladie d'Alzheimer et la démence irréversible, ou par une lésion ou blessure au cerveau. Cette détérioration des facultés mentales s'appelle également trouble cognitif.

La détérioration des facultés mentales est établie par un neurologue autorisé exerçant sa profession au Canada ou aux États-Unis d'Amérique et le diagnostic est basé sur des constatations cliniques, un bilan radiologique et des tests psychologiques.

Activités de la vie quotidienne

Se laver

Se laver avec ou sans appareils ou accessoires fonctionnels :

- dans une baignoire ou sous la douche, y compris prendre place dans la baignoire ou sous la douche et en sortir, ou
- en faisant sa toilette à l'éponge.

S'habiller

L'activité consistant à mettre, à retirer, à attacher et à défaire, avec ou sans appareils ou accessoires fonctionnels :

- des vêtements, et
- des orthèses et supports médicalement nécessaires ou des membres artificiels.

Nous considérons qu'une personne assurée ne dépend pas d'une autre personne pour s'habiller si des retouches ou des modifications raisonnables apportées aux vêtements qu'elle porte habituellement lui permettraient de s'habiller sans avoir besoin d'une aide physique importante.

Se nourrir

L'activité consistant à absorber de la nourriture, avec ou sans appareils ou accessoires fonctionnels :

- par la bouche, ou
- au moyen d'une sonde d'alimentation.

L'activité de se nourrir ne comprend pas la cuisson ou la préparation des repas.

Se servir des toilettes

Effectuer l'aller-retour aux toilettes, s'asseoir sur le siège des toilettes, se relever et accomplir les activités connexes liées à l'hygiène personnelle avec ou sans appareils ou accessoires fonctionnels.

Se déplacer

Se coucher ou se lever du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant avec ou sans appareils ou accessoires fonctionnels. Cela ne comprend pas le fait de prendre place dans une baignoire ou sous la douche et d'en sortir, puisque ceci est compris dans l'activité de se laver.

La continence

La capacité de maîtriser les fonctions de défécation (intestin) et de miction (vessie) ou encore avoir la capacité de maintenir un niveau raisonnable d'hygiène personnelle (y compris les soins requis pour un cathéter ou une poche pour colostomie) si la personne est incapable de maîtriser l'une ou l'autre fonction, ou les deux fonctions.

Les appareils ou accessoires fonctionnels

Les appareils ou accessoires fonctionnels sont des moyens qu'à notre avis la personne assurée pourrait utiliser pour améliorer ses capacités fonctionnelles. Les appareils ou accessoires fonctionnels comprennent, entre autres, sans s'y limiter, les lits réglables, les crochets à boutons, les cannes, les béquilles, les barres d'appui, les pommes de douche manuelles, les brosses pour le bain, les sièges élévateurs, les bancs de transfert, les cadres de marche et les fauteuils roulants.

Soins en établissement

On entend par soins en établissement les soins dispensés à la personne assurée dans un établissement de soins de longue durée situé au Canada. Un établissement similaire situé aux États-Unis d'Amérique pourra être admissible, sous réserve de notre approbation.

Par établissement de soins de longue durée, on entend un établissement qui :

- fonctionne dans le respect des lois et des normes établies pour ce genre d'établissement dans la province, le territoire ou la juridiction où il est situé;
- applique un plan de traitement et d'observation (le programme de soins de l'établissement pour la personne assurée) qui respecte les normes existantes de la pratique médicale pour le problème de santé qui justifie le séjour de la personne assurée; et
- offre des services dispensés dans l'établissement par un médecin ou par une infirmière autorisée ou sous leur supervision permanente, 24 heures sur 24. Le médecin ou l'infirmière autorisée qui offre le programme de soins de l'établissement pour la personne assurée doit détenir le permis réglementaire de sa profession et pratiquer au Canada ou aux États-Unis d'Amérique.

L'établissement de soins de longue durée doit être la résidence principale de la personne assurée pendant qu'elle est physiquement dépendante.

IMPOSITION DE L'ASSURANCE DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Il n'y a pas de législation fiscale spécifique à l'assurance de soins de longue durée. Étant donné les lois fiscales actuelles et leur interprétation par l'Agence du revenu du Canada, nous voyons la situation fiscale de l'assurance de soins de longue durée de la manière suivante :

Contrat détenu par un particulier

Les primes payées pour les régimes privés de soins de santé peuvent être considérées comme des frais médicaux admissibles aux fins du calcul du crédit d'impôt pour frais médicaux. Une assurance de soins de longue durée peut ou non être considérée comme un régime privé de soins de santé – et, par conséquent les primes peuvent ou non être incluses dans les frais médicaux – selon les caractéristiques du contrat.

- les contrats de genre «revenu» et «indemnité fixe» ne sont pas admissibles comme régimes privés de soins de santé parce qu'ils ne prévoient pas le remboursement de frais médicaux.
- les contrats de genre «remboursement» peuvent être admissibles ou non comme régimes privés de soins de santé selon que les frais couverts par le contrat sont ou non des frais médicaux et selon que le contrat comprend une clause de remboursement des primes. Les contrats qui contiennent une clause de remboursement des primes ne sont pas considérés comme des régimes privés de soins de santé.

Les prestations versées aux termes d'une assurance de soins de longue durée de genre «revenu» ou «indemnité fixe» ne devraient pas être imposées lorsque le contrat est détenu par un particulier et que les prestations sont payables à un particulier. Les remboursements versés par une assurance de soins de longue durée ne sont pas non plus imposables.

Si l'on détient un contrat de genre «revenu» ou «indemnité fixe», on peut inclure les frais médicaux que l'on encourt (par exemple, les soins infirmiers, les soins en établissement, les médicaments) dans le calcul du crédit d'impôt pour frais médicaux (parce que l'assurance fournit une prestation au comptant, et non un remboursement des frais). Ce n'est pas le cas des contrats de genre «remboursement». Cependant, l'excédent de frais médicaux qui n'est pas remboursé peut être inclus dans le calcul du crédit d'impôt pour frais médicaux.

Contrat appartenant à une société

À notre avis, si le contrat est détenu par une société :

- les primes ne sont pas déductibles d'impôt pour la société;
- les prestations versées par la société à la personne assurée sont considérées comme un salaire pour l'employé et sont imposables pour l'employé;
- si la propriété du contrat est transférée de la société à l'employé assuré, il peut y avoir des conséquences fiscales.

En outre, si le contrat appartient à la société, les prestations peuvent ne pas être à l'abri des créanciers de la société.

Si la société paie les primes et que l'employé est le propriétaire du contrat, les primes seraient considérées comme un avantage imposable pour l'employé et seraient déductibles pour la société en tant que rémunération de l'employé. Les prestations, par contre, seraient payables directement à l'employé et ne seraient pas imposables.

Une autre solution serait que la société verse à l'employé un salaire suffisant pour payer les primes et l'impôt sur ce salaire. L'employé paierait alors les primes avec le salaire après impôt et il recevrait les prestations directement. La société, de son côté, aurait droit à une déduction pour le salaire ainsi versé.

Comme ces considérations fiscales sont plutôt complexes, il est recommandé de consulter un professionnel lorsque l'assurance de soins de longue durée doit être détenue par une société.

