



## Guide du conseiller en sécurité financière (Juin 2015)



**Desjardins**  
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

À l'usage exclusif du conseiller

<sup>MC</sup> Marque de commerce propriété de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.  
Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Coopérer pour créer l'avenir



Nouveauté : certains logos et titres sont cliquables pour faciliter la navigation

# Table des matières

<b>Tableau vue d'ensemble.....</b>	<b>7</b>
<b>Soutien aux conseillers en sécurité financière .....</b>	<b>11</b>
Au Québec .....	11
Toutes les provinces (à l'exception du Québec).....	11
<b>SOLO Assurance salaire .....</b>	<b>13</b>
1.1 Description du produit.....	13
1.2 Admissibilité.....	13
1.3 Structures de primes.....	13
Changement de structure de primes.....	14
Changement de primes nivelées pendant 10 ans (T10) pour primes nivelées jusqu'à 65 ans (T65) .....	14
Changement de primes nivelées jusqu'à 65 ans (T65) pour primes nivelées pendant 10 ans (T10) .....	14
1.4 Montant de rente mensuelle.....	14
1.4.1 Définition .....	14
1.4.2 Critères pour établir la rente mensuelle .....	15
1.4.3 Établissement de la rente mensuelle maximale pour un client ayant deux statuts d'emploi (soit salarié et travailleur autonome) .....	16
1.5 Prestation garantie pour les classes professionnelles 4A, 3A, 2A ou A.....	17
1.6 Définition d'invalidité totale .....	18
1.7 Période d'attente .....	19
1.7.1 Définition et application .....	19
1.7.2 Choix possibles .....	19
1.8 Période d'indemnisation.....	19
1.9 Pluralité des causes d'invalidité.....	20
1.10 Récidive d'une invalidité.....	20
1.11 Droit de prolongation après 65 ans.....	20
1.12 Fin de l'assurance.....	21
1.13 Avantages distinctifs .....	21
1.13.1 Admissibilité à recevoir une prestation dès le premier jour en cas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour .....	21
1.13.2 Prestation d'assurance maladies graves .....	21
1.13.3 Avantage REER.....	22
1.13.4 Prestation de décès .....	22
1.13.5 Droit de substitution (âge à l'émission).....	22
1.14 Autres avantages inclus .....	23
1.14.1 Don d'organe .....	23
1.14.2 Présomption d'invalidité totale .....	23
1.14.3 Réadaptation .....	23
1.14.4 Exonération des primes.....	23
1.14.5 Service d'assistance .....	24
1.15 Admissibilité à l'assurance emploi.....	24

1.16 Regroupement de contrats (prestation imposable) .....	24
1.16.1 Critères d'admissibilité .....	25
1.16.2 Règles et contraintes .....	25
1.16.3 Fiscalité .....	25
1.16.4 Formulaire .....	25
1.17 Règles spécifiques pour les travailleurs à domicile .....	25
Règle numéro 1 : Protection offerte sans restriction .....	25
Règle numéro 2 : Protection offerte avec restrictions .....	26
1.18 Majoration du revenu .....	26
1.19 Définition du revenu assurable .....	27
Type d'emploi .....	27
1.20 Avenants .....	28
1.20.1 Coût de la vie .....	28
1.20.2 Invalidité partielle .....	28
1.20.3 Invalidité résiduelle .....	31
1.20.4 Remboursement des primes à la résiliation .....	32
1.20.5 Option d'assurabilité future .....	33
1.20.6 Prolongation de la période de profession habituelle .....	35
1.21 Offre pour les finissants universitaires et les nouveaux diplômés .....	36
1.22 Offre pour les producteurs agricoles (SOLO Sécuriterre) .....	37
<b>SOLO Assurance frais d'affaires .....</b>	<b>39</b>
2.1 Description du produit .....	39
2.2 Admissibilité .....	39
2.3 Critères de continuation d'emploi .....	40
2.4 Structure de primes .....	40
2.5 Montant de rente mensuelle .....	40
2.6 Définition d'invalidité totale .....	41
2.7 Période d'attente .....	41
2.7.1 Définition et application .....	41
2.7.2 Choix possible .....	42
2.8 Période d'indemnisation .....	42
2.9 Pluralité des causes d'invalidité .....	42
2.10 Récidive d'une invalidité .....	42
2.11 Droit de prolongation après 65 ans .....	43
2.12 Fin de l'assurance .....	43
2.13 Avantages distinctifs .....	43
2.13.1 Admissibilité à recevoir une prestation dès le premier jour en cas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour .....	43
2.13.2 Droit de substitution (âge à l'émission) .....	43
2.14 Autres avantages inclus .....	44
2.14.1 Don d'organe .....	44
2.14.2 Présomption d'invalidité totale .....	44
2.14.3 Réadaptation .....	44
2.14.4 Exonération des primes .....	44
2.14.5 Service d'assistance .....	45
2.15 Règles spécifiques pour les travailleurs à domicile .....	45
Règle numéro 1 : Protection offerte sans restriction .....	45
Règle numéro 2 : Protection offerte avec restrictions .....	46
2.16 Liste des frais d'affaires admissibles .....	46
2.17 Offre pour les producteurs agricoles (SOLO Sécuriterre) .....	47




<b>SOLO Assurance dépenses courantes</b> .....	<b>49</b>
3.1 Description.....	49
3.2 Admissibilité.....	49
3.3 Structure de primes.....	49
3.4 Montant de rente mensuelle.....	49
3.5 Définition d'invalidité totale.....	50
Période d'indemnisation de 12 mois pour maladie ou accident.....	50
Période d'indemnisation de 12 mois pour maladie ou jusqu'à 65 ans pour accident.....	50
3.6 Période d'attente.....	50
3.6.1 Définition et application.....	50
3.6.2 Choix possible.....	51
3.7 Période d'indemnisation.....	51
3.8 Pluralité des causes d'invalidité.....	51
3.9 Récidive d'une invalidité.....	51
3.10 Fin de l'assurance.....	51
3.11 Autres avantages inclus.....	52
3.11.1 Don d'organe.....	52
3.11.2 Présomption d'invalidité totale.....	52
3.11.3 Réadaptation.....	52
3.11.4 Exonération des primes.....	52
3.11.5 Service d'assistance.....	53
<b>Renseignements généraux</b> .....	<b>55</b>
4.1 Règles de coordination et d'intégration (Applicable à SOLO Assurance salaire et SOLO Assurance dépenses courantes).....	55
4.2 Limites et exclusions.....	55
4.2.1 Limites applicables lorsque l'assuré n'est pas activement au travail au moment de l'invalidité (Applicables pour SOLO Assurance salaire seulement).....	55
4.2.2 Exclusions.....	56
4.3 Restrictions s'appliquant à des professions particulières.....	58
4.4 Définitions.....	58
4.4.1 Accident.....	58
4.4.2 Âge.....	58
4.4.3 Âge atteint.....	58
4.4.4 Classe professionnelle.....	58
4.4.5 Emploi.....	59
4.4.6 Emploi à temps plein.....	59
4.4.7 Emploi de remplacement.....	59
4.4.8 Hospitalisation.....	59
4.4.9 Profession habituelle.....	59
4.4.10 Revenu annuel.....	59
4.4.11 Revenu mensuel moyen.....	60
4.5 Renseignements concernant la prime.....	60
4.5.1 Coefficient de périodicité des primes.....	60
4.5.2 Frais de contrat.....	60
4.5.3 Surprimes.....	60
4.6 Imposition.....	61
4.6.1 SOLO Assurance salaire.....	61
4.6.2 SOLO Assurance frais d'affaires.....	61
4.6.3 SOLO Assurance dépenses courantes.....	61
4.6.4 Avantage REER.....	61
4.7 Proposition.....	61

4.8 Modifications possibles après l'émission du contrat.....	63
4.8.1 Documents à fournir pour modification avec preuve d'assurabilité.....	64
4.8.2 Documents à fournir pour modification sans preuves d'assurabilité .....	65
4.9 Sélection des risques .....	65
4.9.1 Évaluation préliminaire de l'état de santé .....	65
4.9.2 Preuves financières.....	66
4.9.3 Taux privilégiés relatifs aux non-fumeurs .....	67
4.9.4 Résidence.....	67
4.9.5 Alcool et drogues.....	67
4.9.6 Conduite automobile.....	67
4.9.7 Faillites.....	67
4.9.8 Sports et loisirs .....	67
4.9.9 Aviation.....	67
4.9.10 Voyages et résidence à l'étranger .....	67
4.9.11 Exclusions .....	67
4.9.12 Révision d'exclusions .....	68
4.10 Demande de prestations .....	68
4.11 Valeur nette .....	70
4.12 Revenus non professionnels.....	70
<b>Outils et matériel de vente.....</b>	<b>72</b>
Outils de vente.....	72
Analyse des besoins financiers .....	72
Formulaire d'évaluation préliminaire.....	72
Matériel de vente .....	72
Brochure conseiller (n° 09035F).....	72
Brochure client (n° 10016F).....	72
Feuillet SOLO .....	72
<b>Annexe A : Critère de sélection.....</b>	<b>74</b>
<b>Annexe B : Définitions des maladies graves .....</b>	<b>75</b>
A. Cancer.....	75
B. Crise cardiaque (infarctus du myocarde) .....	75
C. Chirurgie coronarienne.....	76
D. Remplacement des valves du cœur .....	76
E. Chirurgie de l'aorte .....	76
F. Accident vasculaire cérébral .....	76
G. Sclérose en plaques.....	76
H. Maladie d'Alzheimer .....	77
I. Maladie de Parkinson .....	77
J. Paralyse .....	77
K. Perte de membres .....	77
L. Cécité .....	78
M. Surdité .....	78
N. Perte de la parole.....	78
O. Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente .....	78

P. Transplantation d'un organe vital .....	78
Q. Insuffisance rénale .....	78
R. Méningite bactérienne .....	78
S. Coma .....	79
T. Brûlures sévères .....	79
U. Tumeur cérébrale bénigne.....	79
V. Maladie du neurone moteur .....	79
W. Infection au VIH dans le cadre de l'occupation.....	79
X. Anémie aplasique .....	80
Y. Perte d'autonomie .....	80

<b>Annexe C : Tableau de rentes mensuelles maximales .....</b>	<b>82</b>
--	-----------

# Tableau vue d'ensemble

			
<b>Marché cible</b>	<p>Emplois traditionnels assurables :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailleurs autonomes</li> <li>• Propriétaires d'entreprise</li> <li>• Professionnels</li> <li>• Employés sans assurance collective</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propriétaires d'entreprise</li> <li>• Travailleurs autonomes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplois généralement non assurables</li> <li>• Assurés sans travail rémunérateur</li> <li>• Travailleurs saisonniers</li> <li>• Catégories d'emplois comportant plus de risques</li> </ul>
<b>Critères d'admissibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Occuper un emploi (appartenant à une classe autre que X)</li> <li>• Travailler au moins 30 heures par semaine; et               <ul style="list-style-type: none"> <li>- avoir un emploi qui l'occupe au moins 40 semaines par année; ou</li> <li>- avoir un emploi qui l'occupe de 35 à 39 semaines par année (<b>période d'attente de 60 jours au minimum</b>)</li> </ul> </li> <li>OU</li> <li>• Travailler de 24 à 29 heures par semaine, et avoir un emploi qui l'occupe au moins 40 semaines par année (<b>période d'attente de 90 jours au minimum</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Occuper un emploi (appartenant à une classe autre que X)</li> <li>• Compter au moins 1 an d'exploitation avec un revenu annuel positif ou satisfaire à des critères de continuation d'emploi; <b>ET</b></li> <li>• travailler au moins 30 heures par semaine; <b>ET</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avoir un emploi qui l'occupe au moins 40 semaines par année; ou</li> <li>- avoir un emploi qui l'occupe entre 35 et 39 semaines par année (<b>période d'attente de 90+ jours au minimum</b>)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir travaillé au moins 20 heures par semaine au cours des 4 dernières semaines; <b>ET</b></li> <li>• Avoir travaillé 40 semaines durant l'année et gagné au moins 12 500 \$ (pour avoir le droit de choisir la période d'indemnisation de 12 mois pour maladie ou jusqu'à 65 ans pour accident).</li> <li>• Si l'assuré a travaillé moins de 20 heures par semaine durant les 4 dernières semaines, la rente mensuelle est limitée à 500 \$, et la période d'indemnisation, à 12 mois, en cas de maladie ou d'accident.</li> </ul>
<b>Classes professionnelles</b>	4A, 3A, 2A, A et B	4A, 3A, 2A, A et B	S.O.
<b>Âge à l'émission</b>	T65 : 18 à 60 ans T10 : 18 à 50 ans	18 à 60 ans	18 à 60 ans

	SOLO Assurance salaire	SOLO Assurance frais d'affaires	SOLO Assurance dépenses courantes
<b>Période d'attente</b>	14 jours      90 jours 30 jours      90 <sup>+</sup> jours 30 <sup>+</sup> jours    120 jours 60 jours      730 jours <ul style="list-style-type: none"> <li>L'assuré est admissible à recevoir sa rente mensuelle dès le premier jour en cas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour, pour les périodes d'attente de moins de 120 jours.</li> <li>Le signe « + » signifie que la rente mensuelle est versée dès le premier jour en cas d'accident.</li> </ul>	30 jours 90 <sup>+</sup> jours 120 jours	30 jours
<b>Période d'indemnisation</b>	2 ans 5 ans Jusqu'à 65 ans La période d'indemnisation est toujours d'au moins 2 ans, même si le contrat se termine à 65 ans.	24 mois 36 mois La période d'indemnisation est toujours d'au moins 24 mois, même si le contrat se termine à 65 ans.	<ul style="list-style-type: none"> <li>12 mois pour maladie et accident</li> <li>12 mois pour maladie et jusqu'à 65 ans pour accident</li> </ul>
<b>Rente mensuelle</b>	Minimale : 400 \$ Maximale : 4A    10 000 \$ 3A    9 000 \$ 2A    7 000 \$ A     6 000 \$ B     3 500 \$	Minimale : 400 \$ Maximale : 4A    6 000 \$ 3A    4 000 \$ 2A    3 000 \$ A     3 000 \$ B     3 000 \$	Minimale : 400 \$ Maximale : 1 500 \$
<b>Renouvellement</b>	Garanti, renouvelable jusqu'à 65 ans Droit de prolongation après 65 ans	Garanti, renouvelable jusqu'à 65 ans Droit de prolongation après 65 ans	Garanti, renouvelable jusqu'à 65 ans
<b>Définition d'invalidité totale</b>	Profession habituelle – 24 mois	Profession habituelle – 24 mois	Profession habituelle – 12 mois ou 24 mois <sup>1</sup>
<b>Invalidité récidivante</b>	12 mois – classes 3A et 4A 6 mois – classes B, A et 2A	12 mois – classes 3A et 4A 6 mois – classes B, A et 2A	6 mois

<sup>1</sup> La définition d'une invalidité totale de SOLO Assurance dépenses courantes est fonction de la période d'indemnisation choisie par l'assuré. Si celle-ci est de douze (12) mois pour une maladie ou un accident, la profession habituelle sera considérée pendant douze (12) mois. Si la période d'indemnisation est de douze (12) mois pour une maladie ou jusqu'à 65 ans pour un accident, la profession habituelle sera considérée pendant 24 mois.



	SOLO Assurance salaire	SOLO Assurance frais d'affaires	SOLO Assurance dépenses courantes
<b>Caractéristiques distinctives incluses sans frais supplémentaires</b>			
<b>Admissibilité à recevoir la prestation dès 1<sup>er</sup> jour si hospitalisation ou chirurgie d'un jour</b>	Oui, pour toutes les périodes d'attente de moins de 120 jours	Oui, pour toutes les périodes d'attente de moins de 120 jours	Non
<b>Prestations d'assurance maladies graves</b>	Oui, 5 fois la rente mensuelle indiquée au contrat	Non	Non
<b>Avantage REER</b>	Oui, 5 % de la rente mensuelle payée à partir du 13 <sup>e</sup> mois d'indemnisation	Non	Oui, 5 % de la rente mensuelle payée à partir du 13 <sup>e</sup> mois d'indemnisation
<b>Prestation de décès</b>	Oui, 5 fois la rente mensuelle indiquée au contrat	Non	Non
<b>Substitution de SOLO Assurance frais d'affaires à SOLO Assurance salaire (et vice versa)</b>	Oui	Oui	S.O.
<b>Substitution de SOLO Assurance proprio à SOLO Assurance salaire (et vice versa)</b>	Oui	S.O.	S.O.
<b>Autres avantages inclus sans frais supplémentaires</b>			
<b>Don d'organe</b>	Oui, après 6 mois	Oui, après 6 mois	Non
<b>Présomption d'invalidité totale</b>	Oui	Oui	Oui
<b>Réadaptation</b>	Oui	Oui	Oui
<b>Exonération des primes</b>	Oui, dès que l'assuré est admissible à des prestations	Oui, dès que l'assuré est admissible à des prestations	Oui, dès que l'assuré est admissible à des prestations

	SOLO Assurance salaire	SOLO Assurance frais d'affaires	SOLO Assurance dépenses courantes
<b>Autres avantages inclus sans frais supplémentaires (suite)</b>			
<b>Serviced'assistance</b>	Oui <ul style="list-style-type: none"> <li>Services d'experts médicaux « Advance Medical »</li> </ul>	Oui <ul style="list-style-type: none"> <li>Services d'experts médicaux « Advance Medical »</li> </ul>	Oui <ul style="list-style-type: none"> <li>Services d'experts médicaux « Advance Medical »</li> </ul>
<b>Avenants offerts</b>			
<b>Coût de la vie</b>	Oui	Non	Non
<b>Invalité partielle</b>	Oui, mais au moins 30 heures par semaine et 35 semaines par année à l'émission	Non	Non
<b>Invalité résiduelle</b>	Oui	Non	Non
<b>Remboursement des primes</b>	Oui	Non	Non
<b>Option d'assurabilité future</b>	Oui	Non	Non
<b>Prolongation de la période de profession habituelle</b>	Oui, 5 ans ou jusqu'à 65 ans	Non	Non

# Soutien aux conseillers en sécurité financière

## Au Québec

Si vous avez des questions avant d'envoyer une proposition	
Information générale <ul style="list-style-type: none"><li>• Admissibilité générale</li><li>• Interprétation des contrats</li><li>• Profession ou industrie (classe professionnelle)</li></ul>	Ivana Magdic 1 877 750-8700, poste 2496, <a href="mailto:Ivana.magdic@dsf.ca">Ivana.magdic@dsf.ca</a> ou Manon Gervais 1 877 750-8700, poste 2998, <a href="mailto:Manon.gervais@dsf.ca">Manon.gervais@dsf.ca</a>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Assurabilité d'un prospect</li></ul>	418 838-8940 ou 1 877 738-8940 <a href="mailto:selection@dsf.ca">selection@dsf.ca</a>
Si vous avez des questions concernant une proposition présentement à l'étude	
<ul style="list-style-type: none"><li>• État d'un dossier au secteur des nouvelles affaires</li></ul>	514 847-1313, option 3 ou 1 866 847-1313, option 3
<ul style="list-style-type: none"><li>• État d'un dossier au secteur de la sélection</li></ul>	418 838-8940 ou 1 877 738-8940 <a href="mailto:selection@dsf.ca">selection@dsf.ca</a>
Si vous avez des questions concernant un contrat en vigueur	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Information sur contrats en vigueur</li><li>• Modifications</li></ul>	514 847-1313, option 3 ou 1 866 847-1313, option 3
Si vous avez des questions concernant l'état d'une demande de prestations	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Assurance salaire et décès en cours d'invalidité</li></ul>	514-285-3176 ou 1-866-999-3176
<ul style="list-style-type: none"><li>• Assurance maladie</li></ul>	1 800 463-7843
<ul style="list-style-type: none"><li>• Assurance maladies graves</li></ul>	514 847-1313, option 5 ou 1 866 847-1313, option 5

## Toutes les provinces (à l'exception du Québec)

Si vous avez des questions avant d'envoyer une proposition	
Information générale <ul style="list-style-type: none"><li>• Admissibilité générale</li><li>• Interprétation des contrats</li><li>• Profession ou industrie non trouvée dans Fusion</li></ul>	1 800 685-7223, option 1
<ul style="list-style-type: none"><li>• Information sur une classe professionnelle CI (Considération individuelle)</li></ul>	<a href="mailto:Solo.info@dsf.ca">Solo.info@dsf.ca</a>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Assurabilité d'un prospect</li></ul>	416 926-2700, p. 2991 ou 1 877 906-5551, p. 2991
Si vous avez des questions concernant une proposition présentement à l'étude	
<ul style="list-style-type: none"><li>• État d'un dossier au secteur des nouvelles affaires</li></ul>	1 800 278-0669
<ul style="list-style-type: none"><li>• État d'un dossier au secteur de la sélection</li></ul>	
Si vous avez des questions concernant un contrat en vigueur	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Information sur contrats en vigueur</li><li>• Modifications</li></ul>	1 800 278-0669
Si vous avez des questions concernant l'état d'une demande de prestations	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Assurance salaire et décès en cours d'invalidité</li></ul>	1 800 278-0669 option 3
<ul style="list-style-type: none"><li>• Assurance maladie</li></ul>	1 800 263-1810
<ul style="list-style-type: none"><li>• Assurance maladies graves</li></ul>	1 800 278-0669



**solo**<sup>MC</sup>  
Assurance salaire



**Desjardins**  
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

# SOLO Assurance salaire

## 1.1 Description du produit

SOLO Assurance salaire prévoit le versement d'une rente mensuelle qui remplacera le revenu de l'assuré s'il n'est pas en mesure de travailler en raison d'un accident ou d'une maladie entraînant une invalidité. Le montant de cette rente est fondé sur le salaire mensuel de l'assuré. La rente mensuelle est versée durant une période prédéterminée en cas d'invalidité totale découlant d'une maladie ou d'un accident.

Le produit SOLO Assurance salaire est de type garanti, renouvelable jusqu'à 65 ans. Desjardins Assurances ne peut pas annuler le contrat, ni modifier ses dispositions existantes, ni y ajouter de dispositions ou de restrictions. L'assuré peut prolonger son assurance au-delà de 65 ans sous réserve de certaines conditions.

## 1.2 Admissibilité

Classes professionnelles admissibles : 4A, 3A, 2A, A et B

Pour être admissible à la protection SOLO Assurance salaire, toute personne doit :

- Être âgée de :
  - 18 à 60 ans : primes nivelées jusqu'à 65 ans (T65)
  - 18 à 50 ans : primes nivelées pendant 10 ans (T10)
- Occuper un emploi et appartenir à une classe professionnelle autre que « x »;
- Travailler au moins 30 heures par semaine; **et**
  - avoir un emploi qui l'occupe au moins 40 semaines par année; **ou**
  - avoir un emploi qui l'occupe entre 35 et 39 semaines par année (dans ce cas, la période d'attente doit être **d'au moins 60 jours**); **ou**
- Travailler de 24 à 29 heures par semaine et avoir un emploi qui l'occupe au moins 40 semaines par année (dans ce cas, la période d'attente doit être **d'au moins 90 jours**).



Si l'assuré a un emploi qui l'occupe moins de 35 semaines par année, il n'est pas admissible à SOLO Assurance salaire, mais il pourrait être admissible à SOLO Assurance dépenses courantes ou à SOLO Assurance proprio.

## 1.3 Structures de primes

Pour le produit SOLO Assurance salaire, il y a deux structures de primes disponibles, et ce, pour toutes les classes professionnelles.

- **Primes nivelées jusqu'à 65 ans (T65)**

La prime est calculée de manière à ce qu'elle demeure « nivelée » pendant toute la durée du contrat. Ceci signifie qu'il n'y aura pas d'augmentation annuelle en raison de l'âge de l'assuré pendant toute la durée du contrat.
- **Primes temporaires 10 ans (T10)**

La prime est dite « nivelée » pendant 10 ans, c'est-à-dire qu'elle ne subira pas d'augmentation annuelle en raison de l'âge de l'assuré pendant 10 ans. Par la suite, la prime augmentera lors de chaque renouvellement, soit tous les 10 ans. L'augmentation sera fondée sur l'âge atteint de l'assuré et les taux en vigueur au moment du renouvellement.

- **Prime non garantie**

La prime pourrait augmenter ou diminuer en fonction de l'ensemble des demandes de prestations soumises par tous les assurés, mais une telle modification ne pourrait pas toucher qu'un seul assuré. Elle s'appliquerait plutôt à tous les assurés ayant des caractéristiques communes. L'état de santé de l'assuré ou sa capacité de gagner un revenu ne sont donc pas des facteurs d'augmentation ou de diminution de la prime.

## Changement de structure de primes

Il est possible de changer la structure de primes lorsque le contrat est en vigueur. En effet, l'assuré peut remplacer une structure de primes nivelées pendant 10 ans (T10) par une structure de primes nivelées jusqu'à 65 ans (T65) ou l'inverse.

### Changement de primes nivelées pendant 10 ans (T10) pour primes nivelées jusqu'à 65 ans (T65)

Voici les particularités d'un changement de structure de primes :

- l'assuré doit être âgé de 50 ans ou moins;
- le changement doit avoir lieu à l'anniversaire du contrat;
- le changement n'est pas assujéti à une sélection des risques;
- la nouvelle prime est fondée sur l'âge atteint et sur la classe professionnelle initiale;
- la période d'attente, la période d'indemnisation et la rente mensuelle ne sont pas modifiées, à moins que leur modification ne réduise le risque de l'assureur;
- l'ajout de l'avenant Remboursement des primes est possible et n'est pas assujéti à la sélection des risques;
- l'ajout d'autres avenants est possible, **mais des preuves d'assurabilité sont requises**.



Il est à noter qu'une telle modification entraîne non seulement le changement des primes relatives à la rente mensuelle, mais aussi celui des primes relatives aux avenants, s'il y a lieu.

### Changement de primes nivelées jusqu'à 65 ans (T65) pour primes nivelées pendant 10 ans (T10)

Voici les particularités d'un changement de structure de primes :

- l'assuré doit être âgé de 50 ans ou moins;
- la nouvelle prime est fondée sur l'âge atteint et la classe professionnelle reliée à l'emploi occupé au moment du changement;
- **le changement est assujéti à une sélection des risques;**
- si le contrat initial comprend un avenant Remboursement des primes, cet avenant prend fin puisqu'il n'est pas offert en vertu de la structure de primes nivelées pendant 10 ans (T10).

## 1.4 Montant de rente mensuelle

### 1.4.1 Définition

La rente mensuelle est le montant d'assurance que l'assuré recevra au moment de l'invalidité. Ce montant est choisi par l'assuré, mais ne peut excéder un certain pourcentage du salaire ou du revenu annuel net de dépenses. De plus, à chaque classe professionnelle correspond un montant maximum afin de limiter le risque de l'assureur.

## 1.4.2 Critères pour établir la rente mensuelle

Généralement, le client achète une assurance invalidité afin de remplacer son revenu lorsqu'il est incapable de travailler en raison d'une maladie ou d'un accident. Pour répondre à ce besoin, l'assurance invalidité permet d'assurer le revenu gagné net (après déduction des frais professionnels, mais avant déduction des impôts).

Ainsi, la rente mensuelle maximale permise peut normalement protéger le mode de vie du client. Elle est toutefois limitée afin d'inciter ce dernier à retourner au travail en cas d'invalidité.

Notre logiciel d'illustration calcule de façon automatique la rente mensuelle maximale à laquelle le client a droit en tenant compte de ces critères. Par conséquent, le logiciel prend en considération l'admissibilité à l'assurance emploi afin de toujours respecter ce principe. Ainsi, si le client y est admissible, le logiciel suggérera deux rentes mensuelles, soit la première après une période de 30 jours d'attente et l'autre après une période de 120 jours d'attente. Cette initiative démontre que le client peut compter sur une source additionnelle de revenu (soit l'assurance emploi) pour les 120 premiers jours.

Montants minimaux et maximaux par classe professionnelle

Rente mensuelle	Classe professionnelle	Montant
Minimale	Toutes	400 \$
Maximale	4A	10 000 \$
	3A	9 000 \$
	2A	7 000 \$
	A	6 000 \$
	B	3 500 \$

Ces montants maximaux s'appliquent à l'ensemble des assurances invalidité que l'assuré détient auprès de DSF, à l'exception des assurances crédit (comme le produit SOLO Assurance proprio).

Il est à noter que vous pouvez offrir des montants de rente mensuelle plus élevés que ceux indiqués dans Fusion. Pour plus d'information, veuillez communiquer avec votre conseiller en développement des affaires.

### **Premiers 1 200 \$ garantis (rente mensuelle non intégrée et non coordonnée à d'autres prestations)**

SOLO Assurance salaire garantit une rente mensuelle non intégrée et non coordonnée pouvant aller jusqu'à 1 200 \$ (soit le moindre du montant que l'assuré a choisi ou 1 200 \$), et ce, même si l'assuré reçoit des montants provenant de régimes gouvernementaux ou d'autres assurances, et ce, durant les 36 premiers mois d'une invalidité. La période de non-intégration pour les premiers 1 200 \$ de rente ne peut excéder le moindre de 36 mois ou la période d'indemnisation choisie.

### 1.4.3 Établissement de la rente mensuelle maximale pour un client ayant deux statuts d'emploi (soit salarié et travailleur autonome)

Lorsqu'un client a deux statuts d'emploi, soit :

- le statut de salarié, donc admissible à l'assurance emploi pour les revenus tirés de cet emploi, et
- le statut de travailleur autonome, donc non admissible à l'assurance emploi pour les revenus obtenus à titre de travailleur autonome, il devient plus complexe de déterminer la rente mensuelle maximale. Pour ce faire, suivez les étapes que voici :

Étapes	Directives	Calculs	Références
<b>Étape 1</b>	Déterminez les revenus annuels pour chacun des statuts d'emploi, ainsi que la portion admissible à l'assurance emploi. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salaire</li> <li>• Revenu tiré du travail autonome</li> </ul> Revenu total (A+B)	_____ + _____ _____	A B C
<b>Étape 2</b>	Saisissez le résultat obtenu en C dans le champ Revenu annuel de Fusion et notez la rente mensuelle maximale obtenue.	_____	D
<b>Étape 3</b>	On veut obtenir les rentes mensuelles auxquelles le client aurait droit en tenant compte uniquement de son salaire. Pour ce faire, saisissez le résultat obtenu en A dans le champ Revenu annuel de Fusion et cochez la case « Admissible à l'assurance emploi ». <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notez la rente mensuelle payable après 30 jours.</li> <li>• Notez la rente mensuelle payable après 120 jours.</li> <li>• Calculez la rente mensuelle totale que le client recevrait après 120 jours (E+F).</li> </ul>	_____ + _____ _____	E F G
<b>Étape 4</b>	Pour obtenir le montant de rente mensuelle supplémentaire admissible au titre du travail autonome payable après 30 jours de période d'attente, soustrayez D-G.	_____	H
<b>Étape 5</b>	Pour obtenir la rente mensuelle maximale payable après 30 jours de période d'attente, additionnez H+E.	_____	I
<b>Étape 6</b>	Refaites l'illustration en entrant la rente mensuelle correspondant à chacune des périodes d'attente, soit I et F.		

Pour vérifier le calcul, additionnez I et F; vous obtiendrez la rente totale que reçoit le client après une période d'attente de 120 jours. Ce montant devrait correspondre à D, soit la rente totale à laquelle il a droit en fonction de son revenu total.

#### Exemple :

Votre client a un revenu annuel total de 50 000 \$. Il n'a aucune protection d'assurance invalidité. Il veut se procurer une assurance invalidité et souhaite recevoir une rente après une période d'attente de 30 jours.

Son revenu est réparti comme suit :

Salaire : 30 000 \$ (Admissible à l'assurance emploi)  
 Travail autonome : 20 000 \$ (Non admissible à l'assurance emploi)



Étapes	Directives	Calculs	Références
<b>Étape 1</b>	Déterminez les revenus annuels pour chacun des statuts d'emploi, ainsi que la portion admissible à l'assurance emploi.		
	• Salaire	30 000 \$	A
	• Revenu tiré du travail autonome	+ 20 000 \$	B
	Revenu total (A+B)	50 000 \$	C
<b>Étape 2</b>	Saisissez le résultat obtenu en C dans le champ Revenu annuel de Fusion et notez la rente mensuelle maximale obtenue.	2 825 \$	D
<b>Étape 3</b>	On veut obtenir les rentes mensuelles auxquelles le client aurait droit en tenant compte uniquement de son salaire. Pour ce faire, saisissez le résultat obtenu en A dans le champ Revenu annuel de Fusion et cochez la case « Admissible à l'assurance emploi ».		
	• Notez la rente mensuelle payable après 30 jours.	850 \$	E
	• Notez la rente mensuelle payable après 120 jours.	+ 1 000 \$	F
	• Calculez la rente mensuelle totale que le client recevrait après 120 jours (E+F).	1 850 \$	G
<b>Étape 4</b>	Pour obtenir le montant de rente mensuelle supplémentaire admissible au titre du travail autonome payable après 30 jours de période d'attente, soustrayez D-G.	975 \$	H
<b>Étape 5</b>	Pour obtenir la rente mensuelle maximale payable après 30 jours de période d'attente, additionnez H+E.	1 825 \$	I
<b>Étape 6</b>	Refaites l'illustration en entrant la rente mensuelle correspondant à chacune des périodes d'attente, soit I et F.	Mission accomplie!	

Pour vérifier le calcul, additionnez I et F, soit 1 825 \$ + 1 000 \$; vous obtenez 2 825 \$, soit la rente totale que le client reçoit après une période d'attente de 120 jours. Ce montant correspond à la rente maximale totale à laquelle il a droit en fonction de son revenu total calculé en D.

## 1.5 Prestation garantie pour les classes professionnelles 4A, 3A, 2A ou A

Desjardins Assurances peut offrir à tout assuré dont la classe professionnelle est 4A, 3A, 2A ou A (après relèvement, s'il y a lieu) une rente mensuelle non coordonnée en cas d'invalidité totale. La prestation est donc considérée comme étant garantie puisque l'assuré n'aura pas à justifier ses revenus au moment de faire sa demande de prestation. Ainsi, même si ses revenus diminuent, l'assuré ne sera jamais pénalisé pour cette raison.

Par contre, la prestation sera coordonnée, si l'assuré est couvert par une assurance collective au moment de l'invalidité.

La prestation garantie peut être offerte sous réserve des conditions suivantes :

- Obtenir l'approbation des preuves financières par DSF, soit soumettre les déclarations de revenus des 2 dernières années pour les classes professionnelles 4A et 3A et les déclarations de revenus des 3 dernières années pour les classes professionnelles 2A et A.
- Occuper un emploi sans travail physique important, ce qui signifie que, si l'emploi comporte plus de 20 % de travail manuel ou physique, la prestation garantie ne peut être accordée. Cette directive s'applique à tous les emplois, y compris celui de propriétaire d'entreprise.

Par contre, certains emplois pourraient faire l'objet d'une analyse au cas par cas :

1. Si l'emploi comporte 20 % ou moins de travail manuel ou physique et qu'il représente un certain risque (ex. : emploi nécessitant l'usage de produits chimiques, effectué dans des conditions extrêmes, nécessitant la manipulation d'équipement lourd), alors la prestation garantie ne pourrait être accordée.
2. Si l'emploi comporte plus de 20 % de travail manuel spécialisé et qu'il ne représente aucun risque particulier, la prestation garantie pourrait être accordée.

C'est pourquoi il est très important de donner une description précise de l'emploi de l'assuré dans la proposition.

- Démontrer des facteurs favorables, la stabilité d'emploi et de revenus

Dans le cas où l'assuré serait admissible à une prestation garantie, vous devez l'indiquer dans la proposition d'assurance, à la section *Instructions spéciales*.

La prestation garantie ne peut pas être appliquée en même temps que la majoration du revenu de 20 %.

Il est à noter que les producteurs agricoles reconnus n'ont pas droit à la prestation garantie.

## 1.6 Définition d'invalidité totale

### A) Assuré qui occupe un emploi rémunéré au début de l'invalidité

1. Pendant la période d'attente et les 24 mois qui suivent immédiatement, l'assuré est considéré comme totalement invalide si, à la suite d'une maladie ou d'un accident :
  - il est incapable d'accomplir les tâches importantes de sa profession habituelle; **et**
  - il n'exerce aucune activité rémunératrice; **et**
  - il reçoit des soins médicaux continus.
2. Après avoir reçu des prestations pendant 24 mois, l'assuré continuera d'en recevoir si :
  - il est incapable d'occuper un emploi de remplacement; **et**
  - il n'exerce aucune activité rémunératrice; **et**
  - il reçoit des soins médicaux continus.

### B) Assuré qui n'occupait aucun emploi, qui était en congé de maternité ou en congé parental immédiatement avant le début de l'invalidité

Si l'assuré n'occupe pas un emploi rémunéré au début de l'invalidité, il sera considéré comme totalement invalide, si, à la suite d'une maladie ou d'un accident :

- il est incapable d'occuper un emploi de remplacement; **et**
- il n'exerce aucune activité rémunératrice; **et**
- il reçoit des soins médicaux continus.

DSF peut renoncer aux exigences relatives aux soins médicaux continus sur réception d'une attestation écrite qu'elle juge satisfaisante. Cette attestation devra démontrer que d'autres soins médicaux ne procureraient aucun bienfait à l'assuré.

## 1.7 Période d'attente

### 1.7.1 Définition et application

La période d'attente désigne le nombre de jours d'invalidité totale (ou partielle, si l'avenant d'invalidité partielle est inclus dans le contrat) qui doit s'écouler avant que la rente mensuelle soit payable à l'assuré.

L'assuré n'a pas à être invalide de façon continue pour satisfaire à la période d'attente. La période d'attente peut être une addition de périodes d'invalidité successives.

Les périodes d'invalidité successives de 7 jours ou plus, reliées à une même cause, peuvent être additionnées, pour satisfaire aux périodes d'attente de 30 jours et plus. Cependant, les périodes d'invalidité ainsi cumulées ne peuvent être séparées par plus de **180 jours pour les classes professionnelles 2A, A, B** ou pour plus de **360 jours pour les classes professionnelles 4A et 3A**.

### 1.7.2 Choix possibles

Pour SOLO Assurance salaire, la période d'attente peut être de : 14, 30, 30<sup>+</sup>, 60, 90, 90<sup>+</sup>, 120 ou 730 jours.

Pour les périodes d'attente de moins de 120 jours, l'assuré est admissible à recevoir sa rente mensuelle dès le premier jour en cas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour.

Le signe « + » signifie que la rente mensuelle est versée dès le premier jour en cas d'accident. Cette caractéristique s'applique aux périodes d'attente de 30 et 90 jours.

Le tableau suivant résume les caractéristiques reliées aux différentes périodes d'attente de l'invalidité totale :

Période d'attente choisie	Périodes d'attente réelles			
	Invalidité due à un accident		Invalidité due à une maladie	
	Sans hospitalisation ou chirurgie d'un jour	Avec hospitalisation ou chirurgie d'un jour	Sans hospitalisation ou chirurgie d'un jour	Avec hospitalisation ou chirurgie d'un jour
14	14	0	14	0
30	30	0	30	0
30 <sup>+</sup>	0	0	30	0
60	60	0	60	0
90	90	0	90	0
90 <sup>+</sup>	0	0	90	0
120	120	120	120	120
730	730	730	730	730

## 1.8 Période d'indemnisation

La période d'indemnisation désigne la période maximale pendant laquelle l'assuré est invalide et reçoit une rente mensuelle. La période d'indemnisation commence à l'expiration de la période d'attente et se termine à la première des éventualités suivantes :

- fin de l'invalidité;
- fin de la période d'indemnisation choisie par l'assuré;
- anniversaire de l'assurance le plus près du 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré;
- décès de l'assuré.

Pour SOLO Assurance salaire, la période d'indemnisation peut être : de 2 ans, de 5 ans ou jusqu'à 65 ans.

De plus, la période d'indemnisation sera toujours d'au moins 2 ans, même si le contrat se termine à 65 ans. Par exemple, un assuré âgé de 64 ans est déclaré totalement invalide; il recevrait donc une rente mensuelle pendant 2 ans, c'est-à-dire jusqu'à 66 ans, même si le contrat devrait se terminer à 65 ans.

## 1.9 Pluralité des causes d'invalidité

Si, au cours de la période d'indemnisation, un événement autre que celui qui a causé l'invalidité totale de l'assuré survient et que cet événement peut donner droit à des prestations, aucune prestation supplémentaire ne sera versée durant cette période d'indemnisation. Pour l'assuré, il s'agit de la poursuite de la même demande de prestations d'invalidité. De plus, aucune rente mensuelle supplémentaire ne sera versée si l'assuré demeure totalement invalide à la fin de la période d'indemnisation relative à sa première invalidité et qu'un autre événement pouvant donner droit à des prestations survient.

## 1.10 Récidive d'une invalidité

Lorsque l'assuré se rétablit d'une invalidité et qu'il subit une autre invalidité attribuable à la même cause, celle-ci sera considérée comme une récurrence de la première invalidité.

Si l'assuré redevient invalide au cours des **six (6) mois (classes professionnelles 2A, A et B)** ou au cours des **douze (12) mois (classes professionnelles 4A et 3A)** suivant la fin d'une invalidité et que cette autre invalidité découle de la même cause, cette dernière sera considérée comme une prolongation de l'invalidité précédente. **L'assuré n'aura donc pas à satisfaire à la période d'attente pour recevoir une rente.** De plus, les versements de rente mensuels seront cumulés relativement à la période d'indemnisation choisie.

Toutefois, si son invalidité est attribuable à une autre cause, l'assuré devra satisfaire de nouveau à la période d'attente choisie, sans égard aux versements qu'il a déjà reçus. Par la suite, une rente mensuelle pourra lui être versée pendant toute la période d'indemnisation choisie.

## 1.11 Droit de prolongation après 65 ans

Lorsque l'assuré atteint 65 ans, SOLO Assurance salaire offre la possibilité de prolonger l'assurance en transformant le contrat en une assurance invalidité temporaire un an, et ce, sans preuve médicale. La prolongation est possible chaque année durant 5 ans, jusqu'à un maximum de 70 ans. Il est à noter que les primes remboursables en vertu de l'avenant Remboursement des primes (s'il y a lieu) sont versées à l'assuré à 65 ans.

Pour être admissible, l'assuré doit :

- travailler à temps plein à l'âge de 65 ans;
- ne pas être invalide à l'âge de 65 ans;
- demander ce changement 30 jours avant la date anniversaire du contrat la plus proche de son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance, et 30 jours avant chaque période de renouvellement par la suite;
- fournir des preuves financières.

L'assurance temporaire présente les caractéristiques suivantes :

- rente mensuelle correspondant au moins élevé des deux montants suivants : 2 000 \$ ou de 50 % de la rente mensuelle initiale;
- rente mensuelle pleinement intégrée;
- période d'attente minimale de 30 jours;
- période d'indemnisation maximale de 2 ans;
- aucun avenant n'est offert puisqu'ils expirent tous à 65 ans;
- taux temporaire 1 an selon l'âge atteint au moment de la demande;
- les exclusions de SOLO Assurance salaire sont également maintenues dans le cas du produit temporaire 1 an.

## 1.12 Fin de l'assurance

L'assurance prendra fin au premier des événements suivants :

- le décès de l'assuré;
- la date d'expiration du contrat :
  - l'anniversaire de l'assurance le plus près du 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré;
  - la déchéance du contrat;
- la date à laquelle l'assuré prend sa retraite;
- la date de substitution totale de SOLO Assurance frais d'affaires ou de SOLO Assurance proprio à SOLO Assurance salaire.

## 1.13 Avantages distinctifs

SOLO Assurance salaire se démarque par quatre avantages distinctifs qui sont offerts sans frais supplémentaires à l'assuré.

### 1.13.1 Admissibilité à recevoir une prestation dès le premier jour en cas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour

Pour les périodes d'attente de moins de 120 jours, l'assuré est admissible à recevoir sa rente mensuelle dès le premier jour en cas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour. Une hospitalisation est définie comme un séjour d'au moins 18 heures consécutives dans un hôpital à titre de patient interne alité (salle ou chambre).

### 1.13.2 Prestation d'assurance maladies graves

Une maladie grave peut ne pas mener immédiatement à une invalidité. En revanche, elle peut entraîner des frais médicaux importants et des absences du travail. L'assuré pourrait ne pas être en mesure d'acquitter ces frais supplémentaires ou d'embaucher un remplaçant durant son rétablissement.

SOLO Assurance salaire versera à l'assuré, en plus de la rente mensuelle indiquée au contrat, une somme non imposable correspondant à cinq (5) fois le montant de cette dernière, dès le diagnostic d'une des 25 maladies suivantes :

- Accident vasculaire cérébral
- Anémie aplasique
- Brûlures sévères
- Cancer
- Cécité
- Chirurgie de l'aorte
- Chirurgie coronarienne
- Crise cardiaque (infarctus du myocarde)
- Coma
- Infection au VIH dans le cadre de l'occupation
- Insuffisance rénale
- Maladie d'Alzheimer
- Maladie de Parkinson
- Maladie du neurone moteur
- Méningite bactérienne
- Paralyse
- Perte d'autonomie
- Perte de la parole
- Perte de membres
- Remplacement des valves du cœur
- Sclérose en plaques
- Surdité
- Transplantation d'un organe vital
- Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente
- Tumeur cérébrale bénigne

Voici les particularités du versement d'une prestation d'assurance maladies graves :

- le diagnostic de la maladie grave doit survenir avant l'âge de 65 ans;
- **cette prestation est versée que l'assuré soit invalide ou non, et elle n'est versée qu'une seule fois au cours de la vie de ce dernier;**
- ce versement ne met pas fin au contrat et il ne réduit pas la rente mensuelle d'invalidité;
- cette prestation n'est pas offerte aux assurés de plus de 55 ans qui souscrivent SOLO Assurance salaire;
- cette prestation n'est pas accordée à la suite de la substitution de l'Assurance frais d'affaires à l'Assurance salaire puisqu'elle n'est pas offerte en vertu de l'Assurance frais d'affaires;
- cette prestation exclut les diagnostics à versement anticipé et les maladies infectieuses, mais elle comporte les mêmes limites que Quiétude;
- cette prestation n'est versée qu'après le délai de survie habituel découlant du diagnostic reçu;
- **il est possible qu'un assuré n'ait pas droit à cette prestation s'il n'y est pas admissible, par exemple en raison de ses antécédents familiaux.**

### **Voici un exemple permettant d'illustrer les deux avantages distinctifs précédents.**

Votre client s'est procuré une police SOLO Assurance salaire avec une période d'attente de 90 jours. Il fait une crise cardiaque et est hospitalisé pendant quelques jours. Après une période de convalescence de 3 mois, il retourne au travail. SOLO Assurance salaire versera l'équivalent de 8 rentes mensuelles. D'abord, votre client n'aura pas à satisfaire la période d'attente de 90 jours; il sera admissible à recevoir sa rente dès le 1<sup>er</sup> jour compte tenu de son hospitalisation. Il recevra aussi 3 rentes mensuelles pour le temps de sa convalescence. De plus, avec la prestation d'assurance maladie grave, il recevra 5 fois le montant de rente mensuelle.

### **1.13.3 Avantage REER**

Une invalidité qui se prolongerait pourrait rapidement épuiser les ressources financières d'un assuré et affecter grandement sa capacité d'épargner en vue de sa retraite.

Lorsque l'assuré est atteint d'une invalidité totale de plus d'une année, SOLO Assurance salaire lui procure un montant minimal d'épargne.

Ainsi, à compter du 13<sup>e</sup> mois d'indemnisation, DSF verse, outre la rente mensuelle payée, un montant additionnel correspondant à 5 % de celle-ci dans un régime d'épargne retraite, enregistré ou non, dans un compte DSF créé à cette fin. L'intervention du conseiller en sécurité financière est nécessaire pour l'ouverture du compte au nom de l'assuré. Le conseiller sera rémunéré selon les montants déposés par DSF.

Il n'y a pas d'âge limite à l'émission pour profiter de l'avantage REER.

### **1.13.4 Prestation de décès**

Une invalidité peut parfois être grave au point de mener à un décès. Entre-temps, elle aura de plus épuisé une bonne partie de l'épargne de l'assuré.

SOLO Assurance salaire versera au bénéficiaire désigné par l'assuré l'équivalent de cinq (5) mois de la rente mensuelle indiquée au contrat, si l'assuré décède prématurément. Pour que la prestation soit payable, le décès doit survenir pendant que l'assuré a droit à une rente d'invalidité, mais il n'a pas à être relié à l'invalidité.

Il n'y a pas d'âge limite à l'émission pour bénéficier de la prestation de décès.

### **1.13.5 Droit de substitution (âge à l'émission)**

#### **Droit de substitution de SOLO Assurance salaire à SOLO Assurance frais d'affaires**

Les besoins, les habiletés ou les choix de carrière de tout assuré peuvent évoluer. D'ailleurs, de plus en plus de gens décident de se lancer en affaires plutôt que de travailler pour d'autres personnes. C'est pourquoi **SOLO** permet à l'assuré de remplacer son **Assurance salaire** par une **Assurance frais d'affaires**.

Ce droit de substitution est assujéti aux conditions suivantes :

- il ne peut être exercé qu'une seule fois, et ce, au cours des sept (7) premières années suivant l'émission du contrat;
- il est offert à l'âge à l'émission;
- il doit être exercé avant 60 ans;
- il ne doit pas entraîner une augmentation du risque pour l'assureur (la période d'attente ne peut être réduite, et la période d'indemnisation ainsi que la rente mensuelle ne peuvent être augmentées);
- il n'est assujéti à aucune preuve d'assurabilité;
- il exige la soumission d'informations financières pour éviter que l'assuré ne soit surassuré dans le cas où ses frais d'affaires admissibles s'avéreraient moins élevés que sa protection d'assurance salaire en vigueur;
- il entraîne l'annulation des avenants (par exemple, si le contrat initial comportait un avenant Remboursement des primes, celui-ci prend fin puisqu'il n'est pas offert en vertu de l'Assurance frais d'affaires).

## **Droit de substitution de SOLO Assurance salaire à SOLO Assurance proprio**

Un travailleur autonome pourrait se trouver un emploi dans une grande entreprise offrant une assurance collective et, par conséquent, ne plus avoir besoin d'une assurance en cas de perte de revenu, mais vouloir couvrir ses prêts en cas d'invalidité. C'est pourquoi SOLO Assurance salaire peut être remplacée par SOLO Assurance proprio.

Ce droit de substitution est assujéti aux conditions suivantes :

- il ne peut être exercé qu'une seule fois, et ce, au cours des sept (7) premières années suivant l'émission du contrat;
- il est offert à l'âge à l'émission;
- il doit être exercé avant 60 ans;
- il ne doit pas entraîner une augmentation du risque pour l'assureur (la période d'attente ne peut être réduite, et la période d'indemnisation ainsi que la rente mensuelle ne peuvent être augmentées);
- il n'est assujéti à aucune preuve d'assurabilité;
- il exige la soumission d'informations financières (répondre à la question sur le revenu dans la proposition).

## **1.14 Autres avantages inclus**

Le produit SOLO Assurance salaire présente aussi plusieurs autres avantages.

### **1.14.1 Don d'organe**

L'invalidité attribuable à un don d'organe donne droit au paiement de la rente mensuelle à l'assuré, si le contrat est en vigueur depuis au moins six (6) mois. Nous estimons à cet effet que l'assuré est totalement invalide pour cause de maladie.

### **1.14.2 Présomption d'invalidité totale**

Si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'assuré subit la perte de deux des membres ou d'un des sens indiqués ci-dessous, il sera considéré comme totalement invalide, qu'il occupe ou non un emploi, et qu'il reçoive ou non des soins médicaux continus.

Par « perte », on entend la perte totale et définitive :

- de l'usage d'une main;
- de l'usage d'un pied;
- de la main et de l'articulation du poignet à la suite d'une amputation;
- du pied et de l'articulation de la cheville à la suite d'une amputation;
- de la vue des deux yeux (acuité visuelle de 20/200 ou moins, ou champ de vision de moins de 20 degrés);
- de la parole attribuable à une lésion corporelle ou à une maladie physique d'une durée d'au moins 6 mois consécutifs;
- de l'ouïe des deux oreilles, avec un seuil d'audition de plus de 90 décibels.

### **1.14.3 Réadaptation**

Si l'assuré reçoit une rente mensuelle en vertu d'un contrat SOLO Assurance salaire, DSF peut payer les coûts relatifs à un programme de réadaptation s'il vise à accélérer le retour au travail. Ce programme devra être approuvé au préalable par DSF et ne devra pas être couvert en vertu d'un autre programme ou service.

### **1.14.4 Exonération des primes**

L'assuré cessera de payer les primes de SOLO Assurance salaire une fois qu'il aura satisfait à la période d'attente et tant et aussi longtemps qu'une rente mensuelle lui sera versée.

Si l'assuré a plus d'une rente mensuelle d'assurance salaire, l'exonération des primes débute à l'expiration de la période d'attente la plus courte et se termine à la fin de la période d'indemnisation la plus longue.

SOLO Assurance salaire ne prévoit pas de remboursement des portions de primes payées à l'avance ni de facturation des portions des primes payées lorsque l'invalidité est terminée.

Exemple :

Un assuré paie sa prime le 28 janvier et devient invalide le 30 janvier. À la suite de sa période d'attente de 14 jours, DSF l'exonère des primes payables à compter du 14 février.

La prime payée le 28 janvier n'est pas remboursée. La prime due le 28 février n'est pas payable puisque l'assuré est exonéré. Si son invalidité se termine le 29 mars et qu'il retourne au travail à cette date, l'assuré n'a pas à payer une portion de la prime. Celle-ci n'est payable que le mois suivant, soit le 28 avril.

### 1.14.5 Service d'assistance

Les services d'experts médicaux « *Advance Medical* » sont aussi inclus. Grâce à ces services, l'assuré a accès au programme d'expertise médicale qui lui permettra de :

- consulter des médecins spécialistes réputés mondialement pour confirmer son diagnostic et déterminer le plan de traitement optimal;
- parler directement à un médecin pendant toute la durée du traitement. Le médecin agira au nom de l'assuré et l'aidera à trouver les réponses à ses questions.

Ce service d'assistance ne constitue pas une obligation contractuelle de Desjardins Assurances.

## 1.15 Admissibilité à l'assurance emploi

Lorsque l'assuré est admissible à l'assurance emploi et que la case concernant celle-ci est cochée, le logiciel d'illustration crée deux rentes mensuelles; la première prévoit une période d'attente de 30 jours, et la seconde, une période d'attente de 120 jours.

La rente mensuelle payable après 30 jours correspond alors à la rente maximale réduite des prestations d'assurance emploi. Comme, après 120 jours, le versement des prestations d'assurance emploi prend généralement fin, la rente mensuelle payable après 120 jours compense les prestations d'assurance emploi qui ont pris fin.

La somme de ces deux rentes mensuelles correspond aux prestations maximales auxquelles l'assuré a droit.

Si le client est admissible à l'assurance emploi et que la case à cocher dans l'écran de saisie du logiciel d'illustration n'a pas été cochée, DSF émettra un contrat qui respecte l'intégration avec l'assurance emploi, comme le logiciel d'illustration l'aurait fait.

## 1.16 Regroupement de contrats (prestation imposable)

Dans le cas du regroupement des contrats d'assurance salaire individuelle des employés d'une PME, l'entreprise (ou l'employeur) est à la fois preneur et payeur, et les employés sont les bénéficiaires. Un tel regroupement permet à une entreprise de déduire les primes d'assurance de son revenu sans accorder un avantage imposable à ses employés.



### 1.16.1 Critères d'admissibilité

- Minimum de deux employés assurés. Les actionnaires employés peuvent aussi être couverts par un tel regroupement de contrats.
- Le formulaire « Modification – Régime d'assurance salaire » doit être rempli.
- Les rentes mensuelles sont payables aux assurés.
- Les caractéristiques de la protection d'assurance salaire doivent être les mêmes pour tous les assurés.

Si un de ces critères n'est pas respecté, le preneur et les assurés doivent prendre les mesures nécessaires pour transférer ou céder les contrats. Le preneur doit aviser DSF du non-respect d'un de ces critères et du départ d'un assuré

### 1.16.2 Règles et contraintes

- Le regroupement de contrats n'est offert qu'en vertu de SOLO Assurance salaire.
- Ce regroupement n'est offert que lors d'une nouvelle émission.
- L'employeur doit payer la prime mensuelle totale à DSF, puis réclamer la différence à ses employés s'il ne paie qu'une partie de cette prime.
- Desjardins Assurance produit des feuillets d'impôt relativement au total des prestations versées. Dans le cas où l'employé paie une partie des primes, il doit demander à son employeur de lui confirmer le montant total des primes qu'il a versé afin de pouvoir le déduire de son revenu d'invalidité imposable durant son invalidité. Desjardins Assurance n'a pas le détail de la répartition des primes.
- Toutes les protections de chacun des contrats doivent faire partie de l'entente de regroupement.
- Dans le cas d'un regroupement, les rentes mensuelles d'invalidité et les avenants sont imposables, mais les prestations d'assurance maladies graves et de décès demeurent non imposables.
- L'avenant Remboursement des primes n'est pas offert.

### 1.16.3 Fiscalité

L'employeur est le preneur du contrat et il paie les primes relatives à ce dernier. Les primes payées ne constituent pas un avantage imposable pour les employés. Toutefois en cas d'invalidité, la rente mensuelle versée à l'assuré, soit l'employé, est considérée comme un revenu imposable.

En vertu des lois de l'impôt sur le revenu du Canada et du Québec, Desjardins Assurance doit prélever les impôts fédéral et provincial sur les rentes mensuelles selon les tables de retenues en vigueur au cours de l'année du paiement. Il s'agit des seules retenues qu'elle doit effectuer. DSF doit produire tous les ans des feuillets d'impôt au nom des assurés pour déclarer les rentes mensuelles d'invalidité qu'elle a versées et les retenues d'impôt qu'elle a effectuées.

### 1.16.4 Formulaire

Veuillez utiliser le formulaire « Modification – Régime d'assurance salaire » et le faire signer par l'employeur et l'employé.

## 1.17 Règles spécifiques pour les travailleurs à domicile

### Règle numéro 1 : Protection offerte sans restriction

Cette règle s'applique aux classes professionnelles B, A, 2A, 3A et 4A.

La protection est offerte sans restriction si l'assuré remplit l'une des deux conditions suivantes :

- l'assuré travaille à domicile 50 % de son temps et moins; OU
- l'assuré détient :
  - une entrée distincte de l'entrée principale de sa résidence;
  - une enseigne affichée désignée pour l'entreprise; et
  - un achalandage visible.

Dans ce cas, veuillez décocher la case « Travail à domicile (+ de 50 %) » de l'écran de saisie du logiciel d'illustration.

## Règle numéro 2 : Protection offerte avec restrictions

Cette règle s'applique seulement aux classes professionnelles 2A, 3A et 4A, et ce, avant le relèvement de classe, s'il y a lieu.

Lorsque l'assuré travaille à domicile, mais ne satisfait pas à la règle numéro 1, la protection peut être offerte avec des restrictions selon le pourcentage du temps où il travaille à domicile :

- L'assuré travaille à domicile de 51 à 75 % du temps :
  - travaille depuis au moins 2 ans dans l'entreprise actuelle; ET
  - a un revenu d'au moins 25 000 \$ après dépenses, pour chacune des 2 dernières années

Dans ce cas, la protection peut être offerte aux conditions suivantes :

- période d'attente minimale de 60 jours; et
- période d'indemnisation jusqu'à 65 ans pour les meilleurs risques;
- seuls les avenants Option d'assurabilité future et Coût de la vie ainsi que la garantie de remboursement des primes sont offerts.

- L'assuré travaille plus de 75 % du temps à domicile :
  - travaille depuis au moins 2 ans dans l'entreprise actuelle; et
  - a un revenu d'au moins 25 000 \$ après dépenses, pour chacune des 2 dernières années.

Dans ce cas, la protection peut être offerte aux conditions suivantes :

- période d'attente minimale de 90 jours; et
- période d'indemnisation de 2 ou 5 ans;
- seuls les avenants Option d'assurabilité future et Coût de la vie ainsi que la garantie de remboursement des primes sont offerts.

## 1.18 Majoration du revenu

Si l'assuré est un travailleur autonome, c'est-à-dire s'il travaille à son compte, il peut bénéficier d'une majoration de 20 % de son revenu annuel. Pour un travailleur autonome, le revenu annuel est le revenu brut duquel on soustrait les frais professionnels.

La majoration de 20 % est un aspect particulièrement important pour les travailleurs autonomes dont les dépenses sont élevées et qui ont donc besoin d'une rente mensuelle plus élevée que les salariés.

La rente mensuelle maximale est calculée selon un revenu annuel supérieur de 20 %, jusqu'à concurrence d'une majoration de 40 000 \$. De plus, le revenu annuel ainsi majoré ne doit pas excéder le revenu brut.

### Exemple :

Un client a un revenu annuel brut de 100 000 \$ et a 10 000 \$ de frais professionnels. Son revenu annuel à inscrire dans l'écran de saisie de Fusion est donc de 90 000 \$. Ce revenu majoré de 20 % excédera le revenu brut de 100 000 \$. Dans ce cas, le client aurait droit de majorer son revenu jusqu'à concurrence de 100 000 \$.

Pour illustrer une majoration du revenu, vous devez cocher la case « Travailleur autonome (Major. 20 %) » dans l'écran de saisie du logiciel d'illustration.

## Majoration du revenu pour les propriétaires uniques d'une entreprise juridiquement constituée

Veillez noter que la majoration de 20 % s'applique aussi aux propriétaires uniques d'une entreprise. Dans ce cas-ci, la majoration s'applique seulement au bénéfice net du propriétaire d'entreprise et non à l'ensemble du revenu.

Le calcul doit être fait manuellement comme suit :

- ajouter 20 % au bénéfice net de l'entreprise;
- additionner ce bénéfice majoré au salaire;
- inscrire ce revenu total dans la case « Revenu annuel » de l'écran de saisie de Fusion;
- ne pas cocher la case « Travailleur autonome (Major. 20 %) ».

Par ailleurs, la demande de majoration du revenu ainsi que le détail du calcul doivent être indiqués dans la proposition à la section « Instructions spéciales ».

La majoration du revenu ne peut pas être appliquée en même temps que la prestation garantie.

## 1.19 Définition du revenu assurable

### Type d'emploi

#### Salarié

- **Occupant un emploi depuis 12 mois et plus**  
Le calcul de la rente mensuelle est basé sur le revenu annuel de l'année en cours ou de la dernière année.
- **Occupant un emploi depuis moins de 12 mois**
  - avec expérience, compétences ou formation préalables dans l'emploi à temps plein pour lequel il respecte les conditions d'admissibilité. Le calcul de la rente mensuelle est basé sur le revenu annuel de l'année en cours.
  - sans expérience, compétence ou formation préalables dans l'emploi à temps plein pour lequel il respecte les conditions d'admissibilité. La rente mensuelle maximale est de 1 200 \$ après examen individuel des antécédents professionnels et du revenu de la personne.

#### Travailleur autonome ou entreprise non constituée en société

- **À son compte depuis 12 mois et plus**  
Le calcul de la rente mensuelle est basé sur le revenu annuel de la dernière année.
- **À son compte depuis moins de 12 mois**
  - avec expérience, compétences ou formation préalables dans son secteur d'activité. Le calcul de la rente mensuelle est basé sur la combinaison du revenu annuel de l'année en cours et du revenu annuel de la dernière année.
  - sans expérience, compétence ou formation préalables dans son secteur d'activité. La rente mensuelle maximale est de 1 200 \$ après examen individuel des antécédents professionnels et du revenu de la personne.

#### Propriétaire d'entreprise constituée en société (inc.)

- **Entreprise de 12 mois et plus**  
Le calcul de la rente mensuelle est basé sur le salaire annuel de la dernière année, auquel on additionne toute part de profit (ou perte) de la dernière année attribuable à l'assuré. S'il y a des fluctuations importantes au niveau du profit, veuillez les expliquer dans la proposition à la section G – Instructions spéciales.

- **Entreprise de moins de 12 mois**

- avec expérience, compétence ou formation préalables dans le secteur d'activité. Le calcul de la rente mensuelle est basé sur la combinaison du revenu annuel de l'année en cours et du revenu annuel de la dernière année. Le revenu annuel correspond au salaire annuel, auquel on additionne toute part de profit (ou perte) attribuable à l'assuré.
- Sans expérience, compétence ou formation préalables dans le secteur d'activité. La rente mensuelle maximale est de 1 200 \$ après examen individuel des antécédents professionnels et du revenu de la personne.

## 1.20 Avenants

Vous avez la possibilité de personnaliser chaque protection pour qu'elle corresponde aux besoins particuliers de vos clients.

### 1.20.1 Coût de la vie

Si l'assuré est actif sur le marché du travail, son pouvoir d'achat est généralement protégé contre l'inflation à l'aide d'augmentations de salaire annuelles, ou encore, de hausses des prix qu'il facture pour ses produits et services, lesquelles accroissent son revenu.

Au cours d'une période d'invalidité, cependant, la rente mensuelle qu'un assuré reçoit pourrait lui sembler de moins en moins élevée par rapport à ce qu'elle était au début des versements, si l'absence du travail se prolongeait pendant un certain temps.

L'avenant Coût de la vie est offert pour toutes les classes professionnelles.

L'option **Coût de la vie** protège le pouvoir d'achat de l'assuré au cours d'une invalidité en indexant sa rente mensuelle lorsque l'invalidité totale ou résiduelle persiste au-delà d'une période de 12 mois consécutifs d'indemnisation. Cette indexation est égale au taux annuel de variation de l'indice des prix à la consommation (IPC) de Statistique Canada pour l'année civile précédente se terminant le 31 août, et jusqu'à concurrence d'une indexation annuelle maximale de 5 %. L'indexation s'applique au 13<sup>e</sup> mois à compter de la date de début du versement de la rente mensuelle et tous les 12 mois par la suite.

**Exemple :**

Un assuré reçoit sa rente mensuelle de 1 000 \$ à compter du 1<sup>er</sup> juillet de l'année en cours. Le 1<sup>er</sup> juillet de l'année suivante, l'IPC est de 3 %; DSF indexe donc sa rente pour la porter à 1 030 \$. L'année suivante, en juillet, si l'assuré est toujours invalide, une autre indexation s'appliquera en fonction de l'IPC publié à ce moment-là, toujours jusqu'à concurrence de 5 %.

### 1.20.2 Invalidité partielle

Un assuré pourrait ne jamais cesser de travailler totalement, à moins d'éprouver de graves problèmes de santé, ou encore, il pourrait être en mesure de reprendre partiellement son travail pendant qu'il se rétablit d'une invalidité. Dans de telles situations, une assurance salaire ne prévoyant que le versement d'une rente mensuelle en cas d'invalidité totale ne serait d'aucun secours.

L'option Invalidité partielle tient compte du fait que l'assuré pourrait être partiellement invalide et aide à combler l'écart entre le revenu qu'il recevait avant de subir cette invalidité et le revenu qu'il est en mesure de recevoir pendant cette dernière.

L'avenant Invalidité partielle est offert pour toutes les classes professionnelles. Pour y avoir droit, l'assuré doit, au moment de l'émission, travailler au moins 30 heures par semaine, et ce, pendant au moins 35 semaines par année.

## Définition d'invalidité partielle :

Pour être considéré comme partiellement invalide, l'assuré n'a pas à subir une période d'invalidité totale au préalable.

- **Assuré qui occupe un emploi au début de l'invalidité**

L'assuré est considéré comme partiellement invalide si, à la suite d'une maladie ou d'un accident :

- il est incapable d'accomplir au moins une des tâches importantes de sa profession habituelle; **ou**
- il est incapable de travailler au moins 50 % du temps normalement consacré à sa profession habituelle; **et**
- il reçoit des soins médicaux continus.

- **Assuré sans emploi ou en congé de maternité ou en congé parental au début de l'invalidité**

L'assuré est considéré comme partiellement invalide si, à la suite d'une maladie ou d'un accident :

- il est incapable de travailler au moins 50 % du temps normalement consacré à un emploi de remplacement; **ou**
- il reçoit des soins médicaux continus.

## Montant de la rente mensuelle partielle

Lors d'une période d'invalidité partielle, après avoir satisfait à la période d'attente, l'assuré reçoit une somme correspondant à 50 % de sa rente mensuelle. Les premiers 600 \$ de rente mensuelle partielle ne sont ni intégrés, ni coordonnés, et ce, durant les 36 premiers mois d'une invalidité. Cette période de 36 mois inclut le versement des rentes mensuelles totales et partielles, s'il y a lieu. Par la suite, la rente mensuelle partielle est assujettie aux règles d'intégration et de coordination applicables. Aucune preuve de perte de revenu n'est requise pour avoir droit à une rente mensuelle partielle.

Aucune rente mensuelle partielle n'est versée si l'assuré est sans emploi ou en congé de maternité ou en congé parental depuis plus de soixante jours.

## Période d'attente

La rente mensuelle partielle n'est jamais payable dès le premier jour en cas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour, et ce, peu importe la classe professionnelle et la période d'attente choisie par l'assuré.

- Pour les classes professionnelles B, A et 2A (après rehaussement, s'il y a lieu), la période d'attente minimale pour l'invalidité partielle est de 30 jours.
- Pour les classes professionnelles 3A et 4A, la période d'attente pour l'invalidité partielle correspond à celle choisie par l'assuré pour l'assurance salaire.

## Points à considérer pour l'application de la période d'attente

- Lorsqu'une invalidité totale a précédé l'invalidité partielle :

La période d'attente et la période d'indemnisation relative à la rente d'invalidité totale peuvent être utilisées pour réduire la période d'attente à laquelle l'assuré doit satisfaire avant le paiement d'une rente relative à une invalidité partielle qui est la continuité d'une invalidité totale.

### Exemple :

Un assuré faisant partie de la catégorie professionnelle 2A a choisi une rente mensuelle comportant une période d'attente de 14 jours. Il devient invalide le 1<sup>er</sup> janvier et satisfait à sa période d'attente de 14 jours. Le 15 janvier, il n'est plus considéré comme totalement invalide, mais plutôt comme partiellement invalide. Pour la classe professionnelle 2A, la période d'attente minimale pour l'invalidité partielle est de 30 jours. Dans ce cas, DSF considérera que la période de 14 jours déjà écoulée fait partie de la période d'attente de 30 jours et versera une rente partielle à l'assuré à compter du 30 janvier.



- Lorsque l'invalidité partielle précède l'invalidité totale :

La période d'attente relative à la rente d'invalidité partielle peut être utilisée pour réduire la période d'attente relative à la rente d'invalidité totale. Ainsi, l'assuré qui devient totalement invalide suite à une invalidité partielle ayant donné droit à une rente mensuelle partielle n'a pas à satisfaire de nouveau à la période d'attente.

### Exemple :

Un assuré faisant partie de la catégorie professionnelle 2A a choisi une rente mensuelle comportant une période d'attente de 60 jours. Il devient partiellement invalide le 1<sup>er</sup> janvier. Le 30 janvier, il n'est plus considéré comme partiellement invalide, mais plutôt comme totalement invalide. Comme la période d'attente relative à la rente d'invalidité partielle peut être utilisée pour réduire la période d'attente de la rente d'invalidité totale, DSF considérera que la période de 30 jours déjà écoulée fait partie de la période d'attente de 60 jours et versera une rente totale à l'assuré à compter du 2 mars.



## Période d'indemnisation

La rente mensuelle partielle est versée pendant la moindre des périodes suivantes :

- la période d'indemnisation choisie par l'assuré;
- une période maximale de 12 mois (pour les classes professionnelles 3A et 4A);
- une période maximale de 6 mois (pour les classes professionnelles B, A et 2A).

Lorsque, pour une même invalidité, des rentes mensuelles totales et partielles sont versées, la période d'indemnisation ne peut excéder la période d'indemnisation de l'invalidité totale choisie par l'assuré.



Les options Invalidité partielle et Invalidité résiduelle ne peuvent être choisies simultanément.

### 1.20.3 Invalidité résiduelle

Le rétablissement d'une personne invalide peut prendre un certain temps, et même, ne jamais être complet. Un assuré pourrait donc ne jamais récupérer son plein salaire, après avoir subi un arrêt de travail en raison d'une invalidité.

En vertu de l'option Invalidité résiduelle, une rente mensuelle est versée à l'assuré si le pourcentage de perte de revenu qu'il subit est d'au moins 20 % du revenu qu'il gagnait avant l'invalidité même s'il occupe un emploi à temps plein ou partiel. Le montant de la rente mensuelle équivaut au pourcentage de perte de revenu. L'assuré doit recevoir des soins médicaux continus. L'avenant Invalidité résiduelle est offert pour toutes les classes professionnelles.

Assuré **sans emploi** ou en congé de maternité ou en congé parental depuis 60 jours ou moins au début de l'invalidité qui :

- **retourne à son emploi antérieur** : la perte de revenu est fonction du revenu annuel qu'il touchait immédiatement avant la perte d'emploi;
- **retourne au travail pour occuper un emploi différent de celui qu'il occupait** : la perte de revenu est fonction du revenu annuel d'une personne sans incapacité qui occupe le même emploi.

### Montant de la rente mensuelle résiduelle

Le montant de cette rente est proportionnel à la perte de revenu subie. Par exemple, si la perte de revenu représente 40 %, l'assuré reçoit 40 % de sa rente mensuelle.

De plus, lorsque la perte de revenu est de 80 % et plus, l'assuré recevra la rente mensuelle totale.

D'autre part, si la perte de revenu équivaut à moins de 20 %, aucune rente mensuelle résiduelle n'est versée.

La rente mensuelle résiduelle est assujettie aux règles d'intégration et de coordination applicables.

Lorsque l'assuré est sans emploi ou en congé de maternité ou en congé parental depuis plus de soixante (60) jours, aucune rente mensuelle résiduelle n'est payable.

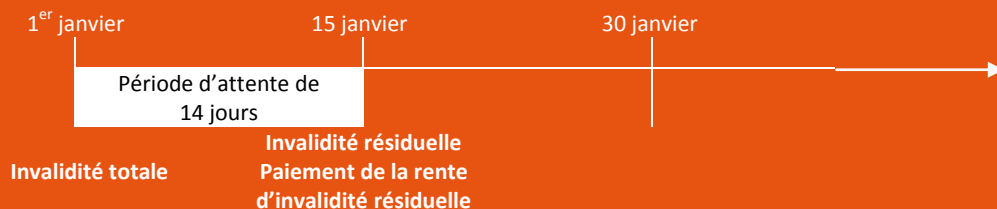
### Période d'attente

La rente mensuelle résiduelle n'est jamais payable dès le premier jour en cas d'accident, d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour, et ce, peu importe la classe professionnelle et la période d'attente choisie par l'assuré.

- Pour les classes professionnelles 2A, A et B (après rehaussement, s'il y a lieu), l'assuré doit avoir été totalement invalide pendant 30 jours ou la période d'attente qu'il a choisie en vertu de sa protection d'assurance salaire, si elle est plus longue.
- Pour les classes professionnelles 4A et 3A, l'assuré doit avoir été totalement invalide pendant la période d'attente qu'il a choisie en vertu de sa protection d'assurance salaire.
- La période d'attente et la période d'indemnisation de l'invalidité totale peuvent être utilisées pour réduire la période d'attente de l'invalidité résiduelle.

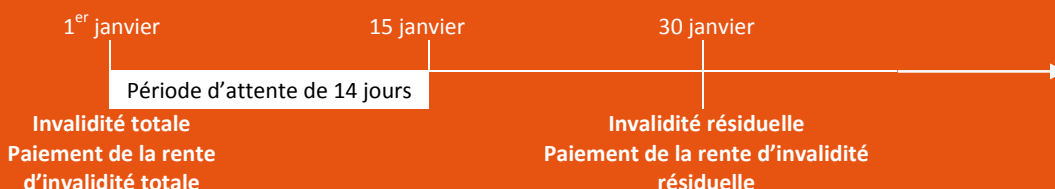
#### Exemple 1 :

Un assuré faisant partie de la classe professionnelle 3A a choisi une rente comportant une période d'attente de 14 jours. Il devient totalement invalide le 1<sup>er</sup> janvier et satisfait à sa période d'attente de 14 jours. Le 15 janvier, il n'est plus considéré comme totalement invalide, mais plutôt comme souffrant d'une invalidité résiduelle. Dans le cas de la catégorie 3A, la période d'attente choisie initialement est applicable. L'assuré recevra donc une rente à compter du 15 janvier.



#### Exemple 2 :

Un assuré faisant partie de la classe professionnelle 2A a choisi une rente comportant une période d'attente de 14 jours. Il devient invalide le 1<sup>er</sup> janvier en raison d'un accident. Une fois qu'il a satisfait à la période d'attente de 14 jours, il peut recevoir sa rente d'invalidité totale. Le 30 janvier, il n'est plus considéré comme totalement invalide, mais plutôt comme souffrant d'une invalidité résiduelle. Dans le cas de la catégorie 2A, l'assuré doit avoir été invalide pendant 30 jours pour recevoir une rente d'invalidité résiduelle. L'assuré recevra donc sa rente d'invalidité résiduelle à compter du 30 janvier.



### Période d'indemnisation

- La rente mensuelle résiduelle est versée à l'assuré jusqu'à concurrence de la période d'indemnisation choisie et tient compte de la durée de son invalidité totale préalable.



Les avenants Invalidité résiduelle et Invalidité partielle ne peuvent pas être en vigueur simultanément.

### 1.20.4 Remboursement des primes à la résiliation

L'assurance salaire a pour but de protéger l'assuré contre les risques que présente une invalidité, mais il se peut qu'il ne soit jamais invalide.

L'option Remboursement des primes permet à l'assuré de recevoir un remboursement des primes qu'il a payées. Ce remboursement correspond à 50 % des primes que l'assuré a payées, moins les versements de rente mensuelle (incluant les rentes d'invalidité partielle ou résiduelle, s'il y a lieu) qu'il a reçus. Il est à noter que suite à ce remboursement des primes, le contrat n'est plus en vigueur.

L'avenant Remboursement des primes est offert pour toutes les classes professionnelles.

Âge à l'émission : cette option peut être offerte si l'assuré est âgé de 18 à 55 ans.

Les primes payées incluent :

- les frais de contrat;
- la surprime;
- la prime relative à la rente mensuelle en vertu de l'Assurance salaire;
- la prime relative aux options (sauf l'option d'assurabilité future).



Les primes qui ont été exonérées et les primes relatives à l'annulation d'un avenant, s'il y a lieu, sont exclues de ce remboursement.

Si l'assuré réduit sa prime pendant les 10 premières années suivant la date d'émission de sa protection, la nouvelle prime sera réputée avoir été payée depuis cette date.

La réduction de prime peut être due à :

- une baisse de la rente mensuelle;
- une prolongation de la période d'attente;
- une réduction de la période d'indemnisation;
- etc.

Cela veut également dire que l'assuré sera pénalisé s'il passe du statut fumeur au statut non-fumeur, si sa catégorie professionnelle est rajustée favorablement ou si sa surprime fait l'objet d'une révision au cours des 10 premières années.

### **Période de remboursement**

Ce remboursement peut être effectué lors de l'une des éventualités suivantes :

1. La date la plus éloignée de :
  - l'anniversaire du contrat le plus près du 55<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré;
  - le 10<sup>e</sup> anniversaire du contrat suivant la date d'achat de la protection la plus récente ou de modification à la hausse de l'option de remboursement des primes.
2. L'anniversaire du contrat le plus près du 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré.
3. Lorsque l'assuré est âgé de 60 à 65 ans, il peut demander un remboursement anticipé de primes. Le pourcentage de remboursement est alors réduit de 5 % par année anticipée jusqu'à l'anniversaire de son contrat le plus près de son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

Pour ces trois éventualités, la demande de remboursement des primes doit parvenir au siège social de DSF dans les 60 jours précédant la date du remboursement, et ce, peu importe l'âge atteint.

### **Assuré invalide lors des dates d'exercice offertes**

Si l'assuré est invalide lors des périodes de remboursement mentionnées ci-dessus, il recevra le remboursement à la date à laquelle sa rente mensuelle prendra fin.

Toutefois, la demande de remboursement devra être envoyée aux dates prévues initialement.

### **1.20.5 Option d'assurabilité future**

Le montant de la rente mensuelle d'un assuré est déterminé en fonction de sa situation et de ses besoins actuels. Comme sa carrière pourrait évoluer et que sa situation pourrait changer, cette rente pourrait un jour ne plus correspondre à ses besoins. De plus, l'état de santé d'un assuré pourrait se détériorer au fil du temps et l'empêcher d'ajouter un montant de rente supplémentaire.

L'avenant Option d'assurabilité future permet à l'assuré de majorer sa rente mensuelle lors de chaque anniversaire du contrat.

L'assuré peut obtenir cet avenant à l'émission du contrat selon les conditions suivantes :

- Être âgé de 18 à 50 ans;
- un seul avenant Option d'assurabilité future est offert, et ce, quel que soit le nombre de protections d'assurance salaire de l'assuré;
- cet avenant n'est pas offert dans le cas des contrats surprimés.

## Montant de la rente mensuelle

Au moment de l'achat de l'avenant Option d'assurabilité future, l'assuré doit choisir la rente mensuelle maximale dont il souhaite disposer pour des majorations futures. L'assuré peut choisir un montant variant entre 500 \$ et 8 000 \$ (par multiple de 500 \$).

La somme des rentes mensuelles d'invalidité totale et du montant choisi en vertu de l'avenant Option d'assurabilité future ne peut excéder la rente mensuelle maximale prévue relativement à la classe professionnelle de l'assuré.

De plus, le montant choisi en vertu de l'avenant Option d'assurabilité future ne peut excéder 2,5 fois la somme des rentes mensuelles d'invalidité totale. Par contre, cette limite ne s'applique pas dans le cas des finissants universitaires et des nouveaux diplômés.

L'assuré peut demander jusqu'à cinq majorations d'un maximum de 20 % du montant choisi (minimum de 100 \$) en soumettant des justifications financières, mais sans être assujéti à la présentation de preuves d'assurabilité. Par exemple, un assuré ayant choisi un montant de 1 000 \$ pourra demander cinq majorations de 200 \$. S'il ne demande pas le plein montant de majoration (soit 200 \$), il ne pourra récupérer le reste plus tard.

## Exercice de l'option d'assurabilité future

- L'assuré doit demander d'exercer cette option au moins 30 jours avant le prochain anniversaire de son contrat.
- L'assuré ne peut pas exercer cette option s'il est en période d'invalidité.
- L'assuré peut se prévaloir de cette option avant l'anniversaire du contrat le plus près de son 56<sup>e</sup> anniversaire de naissance, et ce, sans devoir fournir de nouvelles preuves d'assurabilité.
- La prime associée au montant additionnel souscrit est calculée selon l'âge atteint, ainsi que les tarifs en vigueur auprès de la compagnie au moment où la demande est faite.
- Le nouveau montant de rente mensuelle entrera en vigueur dès l'anniversaire du contrat, si l'invalidité est attribuable à un accident. Par contre, si l'invalidité est attribuable à une maladie, le nouveau montant de rente entrera en vigueur seulement 6 mois après l'anniversaire du contrat.

### Exemple :

Un assuré a un contrat SOLO Assurance salaire prévoyant une rente mensuelle de 1 000 \$ et une option d'assurabilité future de 500 \$. À l'anniversaire de son contrat, soit le 1<sup>er</sup> janvier, l'assuré veut exercer son option d'assurabilité future. Il a donc le droit d'augmenter sa rente mensuelle de 100 \$ (20 % x 500 \$). Ce même assuré devient invalide pour cause d'accident le 31 janvier. Comme le montant d'augmentation est en vigueur, il recevra une rente mensuelle de 1 100 \$ (1 000 \$ + 100 \$). S'il était devenu invalide pour cause de maladie toujours le 31 janvier, la rente mensuelle aurait été de 1 000 \$. Toutefois, s'il était devenu invalide pour cause de maladie le 31 septembre de la même année, c'est une rente mensuelle de 1 100 \$ qui aurait été payable.

- Dans le cas où l'assuré dispose de plus d'une rente mensuelle, l'option d'assurabilité future s'ajoute à la rente mensuelle d'invalidité totale comportant la période d'attente la plus longue. Si plus d'une rente mensuelle d'invalidité totale comporte la même période d'attente, cette option est ajoutée à la rente mensuelle comportant la période d'indemnisation la plus longue.

### Exemple 1 :

Un assuré choisit deux rentes mensuelles avec l'avenant Option d'assurabilité future :

Rente mensuelle	Montant de rente mensuelle	Période d'attente	Période d'indemnisation
1	1 050 \$	30 jours	65 ans
2	1 300 \$	120 jours	65 ans

Lorsqu'il exercera son option d'assurabilité future, sa nouvelle rente mensuelle comportera une période d'attente de 120 jours ou plus et une période d'indemnisation allant jusqu'à 65 ans ou moindre.

### Exemple 2 :

Un assuré choisit deux rentes mensuelles avec l'avenant Option d'assurabilité future :

Rente mensuelle	Montant de rente mensuelle	Période d'attente	Période d'indemnisation
1	1 050 \$	30 jours	2 ans
2	1 300 \$	30 jours	65 ans

Lorsqu'il exercera son option d'assurabilité future, sa nouvelle rente mensuelle comportera une période d'attente de 30 jours ou plus et une période d'indemnisation allant jusqu'à 65 ans ou moindre.

- S'il y a des exclusions relativement à la rente mensuelle d'invalidité totale, les mêmes exclusions s'appliqueront à la majoration.
- L'exercice de cette option entraîne aussi l'ajout des mêmes avenants que ceux joints à la protection initiale.
- L'exercice de cette option ne peut être reporté même si l'assuré est invalide.

### 1.20.6 Prolongation de la période de profession habituelle

La définition d'invalidité totale s'applique à l'exercice de la profession habituelle pendant les 24 premiers mois de sa période d'indemnisation, et à l'exercice d'un emploi de remplacement après ces 24 premiers mois. À la fin de cette période de 24 mois, l'assuré doit non seulement être incapable d'exercer sa profession habituelle, mais aussi être incapable d'exercer tout autre emploi convenant à sa scolarité, sa formation et son expérience, afin de continuer à recevoir sa rente mensuelle.

L'option Prolongation de la période de profession habituelle permet à l'assuré de prolonger cette période de 24 mois jusqu'à 5 ans ou jusqu'à l'anniversaire de contrat le plus près de son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

L'avenant Prolongation de la période de profession habituelle est offert pour toutes les classes professionnelles.

Un client ne peut avoir, en vertu du même contrat, deux rentes mensuelles distinctes qui n'auraient pas la même définition d'invalidité au moment du paiement de la prestation.

### Exemple 1

Choix non offert

Rente mensuelle	Montant de rente mensuelle	Période d'indemnisation	Définition de profession habituelle
1	1 000 \$	65 ans	2 ans
2	1 000 \$	65 ans	65 ans

Ce choix n'est pas offert à l'assuré, car il pourrait se retrouver dans une situation où la rente 1 cesse d'être payable compte tenu de la définition d'invalidité appliquée et où la rente 2 continue d'être payable.

### Exemple 2

Choix offert

Rente mensuelle	Montant de rente mensuelle	Période d'indemnisation	Définition de profession habituelle
1	1 000 \$	5 ans	5 ans
2	1 000 \$	65 ans	65 ans

Ce choix est offert à l'assuré, car la rente 1 cesse d'être payable compte tenu de la période d'indemnisation et non compte tenu de la définition de profession habituelle.

## 1.21 Offre pour les finissants universitaires et les nouveaux diplômés

Une rente mensuelle prédéterminée est offerte aux étudiants universitaires qui en sont à leur dernière année d'études et aux diplômés dans leur première année de pratique des professions indiquées ci-dessous, sans qu'ils doivent fournir de preuves financières.

Professions	Rente mensuelle prédéterminée (\$)	Professions	Rente mensuelle prédéterminée (\$)
Analyste de systèmes (informatique)	2 500	Ingénieur forestier	2 000
Actuaire (FSA, ASA, bacc. en actuariat)	2 500	Ingénieur mécanique	2 000
Actuaire (sans désignation professionnelle)	2 500	Ingénieur minier	2 000
Anesthésiste	3 500	Médecin	3 500
Architecte (bureau seulement)	2 000	Neurochirurgien	3 500
Avocat	1 500	Neuropsychologue	3 500
Chiropraticien	1 500	Notaire	1 500
Comptable (CA, CGA, CMA)	2 500	Ophthalmologiste	3 500
Comptable industriel agréé	2 500	Optométriste	2 500
Comptable (sans titre)	2 500	Orthodontiste	1 500
Dentiste	1 500	Pédiatre	3 500
Denturologiste	2 500	Pédodontiste	3 000
Endodontiste	2 500	Pharmacien	2 000
Ergothérapeute	2 500	Physiothérapeute	2 500
Géologue	1 500	Podiatre	3 000
Géologue (travail en chantier)	1 500	Programmeur (informatique)	2 500
Gynécologue	3 500	Psychiatre	2 500
Ingénieur chimique	2 000	Psychologue (avec maîtrise ou doctorat)	2 500
Ingénieur civil	2 000	Radiologiste	3 500
Ingénieur électrique	2 000	Sexologue (avec maîtrise)	2 500
Ingénieur électronique	2 000	Vétérinaire (urbain, petits animaux)	1 500

### Prestation garantie

Pour l'ensemble de ces professions, une rente mensuelle non coordonnée est prévue en cas d'invalidité totale dans les 3 premières années suivant l'émission du contrat. Ce qui veut dire qu'aucune preuve de revenu ne sera exigée si l'assuré devient invalide dans les 3 premières années.

### Limites dans le cas où l'assuré fait un retour aux études

Cette offre ne s'applique pas si l'assuré fait un retour aux études et continue d'occuper son emploi antérieur, que ce soit à son compte ou à titre de salarié. Dans ce cas, le montant d'assurance offert sera fonction des revenus qu'il touchait avant de retourner aux études.

### Directives à suivre pour bénéficiaire de l'offre

Pour bénéficier de cette offre qui s'adresse aux finissants universitaires, le client doit répondre adéquatement aux questions suivantes de la proposition :

Section E1 – Admissibilité aux protections d'invalidité SOLO

3- Profession ou métier : Précisez la profession pour laquelle le client suit une formation.

4- Désignation professionnelle ou diplôme obtenu : Précisez le niveau d'études.

5- Depuis quand exercez-vous cette profession ou ce métier? : Précisez l'année d'études et la date prévue pour l'obtention du diplôme.

Vous devez indiquer « INITIATIVE ÉTUDIANTS » dans la section « Instructions spéciales » de la proposition pour que la demande d'assurance de votre client soit traitée adéquatement.

## 1.22 Offre pour les producteurs agricoles (SOLO Sécuriterre)

Nous avons un produit d'assurance salaire spécialement conçu en fonction de la réalité des producteurs agricoles d'aujourd'hui. Pour être admissible à ce produit, le producteur agricole doit être propriétaire et détenir 20 % des parts de l'exploitation agricole.

Dans le menu Fusion, choisir Santé / Invalidité / SOLO Assurance salaire. Ensuite, dans l'écran de saisie, à l'icône «Groupes affinités », sélectionner SOLO Sécuriterre. Vous pouvez compléter les autres champs de l'illustration comme un produit SOLO Assurance salaire régulier.

The image shows two parts of a software interface. The top part is a form for 'SOLO Assurance salaire' with fields for 'Protection' (set to 'Individuelle'), 'Nb. ass.' (set to '1'), and 'Date établis.' (set to '2014-02-13'). Below these are fields for 'Prénom', 'Nom', 'Sexe', 'Age/DDN', 'Taux', and 'Revenu annuel'. The bottom part is a dialog box titled 'Groupes affinités - version 15.2.0 bêta 3'. It has three radio buttons: 'Aucun', 'SOLO Sécuriterre' (which is selected), and 'Autres'. To the right of the radio buttons is a text box containing the criteria: 'Critères d'admissibilité additionnels aux critères de base : - Doit être propriétaire. - Doit détenir au moins 20% des parts de l'exploitation agricole.' At the bottom of the dialog are three buttons: 'Aide', 'Annuler', and 'Accepter'.

L'avantage du groupe affinité SOLO Sécurité est que le producteur agricole peut inclure ses dépenses d'amortissement reliées à la ferme à son revenu annuel et la rente mensuelle sera basée sur ce montant. C'est plus avantageux que de l'assurer avec le produit d'assurance frais d'affaire car ce sont des prêts à long terme qui pourraient être couverts jusqu'à 65 ans, contrairement à SOLO Assurance frais d'affaire qui les couvre seulement pendant 24 ou 36 mois.

Dans bien des cas, l'exploitation agricole sera sur le même terrain que la résidence de l'agriculteur, mais nous ne considérons pas l'assuré comme s'il travaillait à domicile. Vous remarquerez que dans la section «Autres caractéristiques» de l'écran de saisie, les cases Travailleur à domicile et Majoration travailleur autonome (20 %) sont grisées.

Pour connaître les frais d'affaire spécifiques à une exploitation agricole, veuillez consulter la section 2.17 du présent guide.



VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

# SOLO Assurance frais d'affaires

## 2.1 Description du produit

SOLO Assurance frais d'affaires prévoit que les principales dépenses ou les principaux frais d'affaires de l'entreprise de l'assuré, comme le loyer, les services publics, les impôts fonciers et les salaires, seront réglés en cas d'invalidité.

Si l'assuré subit une invalidité, une rente mensuelle lui sera versée à la suite de la période d'attente, sous réserve du respect des exigences concernant les preuves relatives aux frais d'affaires.

SOLO Assurance frais d'affaires s'adresse aux travailleurs autonomes et aux entrepreneurs afin de couvrir certains frais reliés à l'exploitation de leur entreprise.

Les primes sont déductibles du revenu imposable de l'entreprise en tant que dépenses d'entreprise. Les prestations sont cependant considérées comme un revenu imposable pour cette dernière puisqu'elles servent à payer des dépenses déductibles. Ainsi, l'assuré n'est pas pénalisé.

Le produit SOLO Assurance frais d'affaires est de type garanti, renouvelable jusqu'à 65 ans. DSF ne peut pas annuler le contrat, ni modifier ses dispositions existantes, ni y ajouter de dispositions ou de restrictions. L'assuré peut prolonger son assurance au-delà de 65 ans sous réserve de certaines conditions.

## 2.2 Admissibilité

Classes professionnelles admissibles : 4A, 3A, 2A, A et B

Pour être admissible à la protection SOLO Assurance frais d'affaires, toute personne doit :

- être âgée de 18 à 60 ans inclusivement;
- occuper un emploi et appartenir à une classe professionnelle autre que « x »;
- posséder une entreprise générant un revenu annuel positif depuis au moins un an ou satisfaire à des critères de continuation d'emploi; **et**
- travailler au moins 30 heures par semaine; **et**
  - avoir un emploi qui l'occupe au moins 40 semaines par année; **ou**
  - avoir un emploi qui l'occupe entre 35 et 39 semaines par année (dans ce cas, la période d'attente doit être d'au moins 90+ jours).

Le revenu annuel signifie revenu net après dépenses.

Dans le cas d'une nouvelle entreprise (existence de moins d'un an) où la preuve de revenu annuel positif n'est pas disponible, Desjardins Assurance regardera aussi les critères de continuité d'emploi afin de confirmer l'admissibilité.



Si l'assuré :

- a un emploi qui l'occupe moins de 35 semaines par année; **ou**
- ne travaille pas depuis 1 an pour son entreprise et ne satisfait pas aux critères de continuation d'emploi;
- possède une entreprise qui n'a pas généré un revenu annuel positif au cours de la dernière année; **ou**
- possède une entreprise qui compte plus de 10 employés;

il n'est pas admissible à ce produit.

## 2.3 Critères de continuation d'emploi

L'assuré ayant de l'expérience préalable dans son secteur d'activité, donc permettant de reconnaître la continuation d'emploi :

- a des antécédents professionnels stables,
- travaille au moins 30 heures par semaine, toute l'année, et exerce une profession assurable; **et**
- démontre des facteurs assurables parmi la liste suivante :
  - a actuellement des contrats garantis et renouvelables;
  - est en activité depuis au moins 6 mois;
  - effectue un travail professionnel ou spécialisé;
  - possède une stabilité d'emploi et affiche des revenus antérieurs;
  - a des employés;
  - n'a aucun antécédent de problèmes financiers.

Dans le cas d'une nouvelle entreprise, le plan d'affaire incluant les projections financières doivent être fournies pour analyser le dossier.

## 2.4 Structure de primes

- **Primes nivelées jusqu'à 65 ans (T65)**

La prime est calculée de manière à ce qu'elle demeure « nivelée » pendant toute la durée du contrat. Ceci signifie qu'il n'y aura pas d'augmentation annuelle en raison de l'âge de l'assuré pendant toute la durée du contrat. La prime pourrait augmenter ou diminuer en fonction de l'ensemble des demandes de prestations soumises par tous les assurés, mais une telle modification ne pourrait pas toucher qu'un seul assuré. Elle s'appliquerait plutôt à tous les assurés ayant des caractéristiques communes. L'état de santé de l'assuré ou sa capacité de gagner un revenu ne sont donc pas des facteurs d'augmentation ou de diminution de la prime.

## 2.5 Montant de rente mensuelle

La rente mensuelle est le montant d'assurance que l'assuré recevra au moment de l'invalidité. Le montant de la rente est choisi par l'assuré en fonction de ses frais d'affaires. Les montants minimums et maximums sont indiqués ci-dessous :

Rente mensuelle	Classe professionnelle	Montant
Minimale	Toutes	400 \$
Maximale	4A	6 000 \$
	3A	4 000 \$
	2A	3 000 \$
	A	3 000 \$
	B	3 000 \$

Ces maximums s'appliquent à l'ensemble des protections frais d'affaires que l'assuré détient auprès de Desjardins Assurances.

Il est à noter que vous pouvez offrir des montants de rente mensuelle plus élevés que ceux indiqués dans Fusion. Pour plus d'information, veuillez communiquer avec votre conseiller en développement des affaires.



Le pourcentage des frais d'affaires couverts dépend du nombre d'employés de l'entreprise selon le tableau suivant :

Nombre d'employés*	% des frais d'affaires couverts par le contrat
0 à 5	100 %
6	85 %
7	70 %
8	55 %
9	40 %
10	25 %
11 et plus	0 %



#### À la soumission

Si l'entreprise compte de **6 à 10 employés au moment de l'établissement de la garantie SOLO Assurance frais d'affaires**, son propriétaire n'est admissible que s'il s'agit d'une **entreprise de services**.

Si l'entreprise compte **11 employés ou plus au moment de l'établissement de la garantie SOLO Assurance frais d'affaires**, son propriétaire **n'est pas admissible à SOLO Assurance frais d'affaires**, car, en cas d'invalidité, des personnes compétentes pourraient prendre sa relève, limitant ainsi les pertes subies.

#### À la présentation d'une demande de prestations

Aucune prestation ne sera versée à l'assuré dont l'entreprise compte **15 employés ou plus** au moment où une demande de prestations est soumise, et ce, même si le nombre d'employés était inférieur à 11 au moment de l'établissement de la garantie.

\* On tient compte de tous les employés : employés à temps plein ou à temps partiel, permanents ou contractuels.

## 2.6 Définition d'invalidité totale

Pendant la période d'attente et les 24 mois qui suivent immédiatement, l'assuré est considéré comme totalement invalide si, à la suite d'une maladie ou d'un accident :

- il est incapable d'accomplir les tâches importantes de sa profession habituelle; **et**
- il n'exerce aucune activité rémunératrice; **et**
- il reçoit des soins médicaux continus.

Après avoir reçu des prestations pendant ces 24 mois, l'assuré continuera d'en recevoir si :

- il est incapable d'occuper un emploi de remplacement; **et**
- il n'exerce aucune activité rémunératrice; **et**
- il reçoit des soins médicaux continus.

DSF peut renoncer aux exigences relatives aux soins médicaux continus sur réception d'une attestation écrite qu'elle juge satisfaisante. Cette attestation devra démontrer que d'autres soins médicaux ne procureraient aucun bienfait à l'assuré.

## 2.7 Période d'attente

### 2.7.1 Définition et application

La période d'attente désigne le nombre de jours d'invalidité totale qui doit s'écouler avant que la rente soit payable à l'assuré.

L'assuré n'a pas à être invalide de façon continue pour satisfaire à la période d'attente. La période d'attente peut être une addition de périodes d'invalidité successives.

Les périodes d'invalidité successives de 7 jours ou plus, reliées à une même cause, peuvent être additionnées pour satisfaire à la période d'attente. Cependant, les périodes d'invalidité totale ainsi cumulées ne peuvent être séparées par plus de **180 jours pour les classes professionnelles 2A, A, B** ou par plus de **360 jours pour les classes professionnelles 4A et 3A**.

## 2.7.2 Choix possible

Pour SOLO Assurance frais d'affaires, la période d'attente peut être de : 30, 90+ ou 120 jours.

Pour les périodes d'attente de 30 et 90+ jours, l'assuré est admissible à recevoir sa rente mensuelle dès le premier jour en cas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour.

Le signe « + » signifie que la rente mensuelle est versée dès le premier jour en cas d'accident. Cette caractéristique s'applique dans le cas de la période d'attente de 90 jours.

Le tableau suivant résume les caractéristiques reliées à la période d'attente :

Période d'attente choisie	Périodes d'attente réelles			
	Invalidité due à un accident		Invalidité due à une maladie	
	Sans hospitalisation ou chirurgie d'un jour	Avec hospitalisation ou chirurgie d'un jour	Sans hospitalisation ou chirurgie d'un jour	Avec hospitalisation ou chirurgie d'un jour
30	30	0	30	0
90+	0	0	90	0
120	120	120	120	120

## 2.8 Période d'indemnisation

La période d'indemnisation désigne la période pendant laquelle l'assuré est invalide et reçoit une rente mensuelle. La période d'indemnisation commence à l'expiration de la période d'attente et se termine à la première des éventualités suivantes :

- fin de l'invalidité;
- fin de la période d'indemnisation choisie par l'assuré;
- anniversaire de l'assurance le plus près du 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré;
- décès de l'assuré.

Pour SOLO Assurance frais d'affaires, la période d'indemnisation peut être de : 24 ou 36 mois.

De plus, la période d'indemnisation sera toujours d'au moins 24 mois, même si le contrat se termine à 65 ans. Par exemple, un assuré âgé de 64 ans est déclaré totalement invalide; il recevrait donc une rente mensuelle pendant 24 mois, c'est-à-dire jusqu'à 66 ans, même si le contrat devrait se terminer à 65 ans.

## 2.9 Pluralité des causes d'invalidité

Si, au cours de la période d'indemnisation, un événement autre que celui qui a causé l'invalidité totale de l'assuré survient et que cet événement peut donner droit à des prestations, aucune prestation supplémentaire ne sera versée durant cette période d'indemnisation. Pour l'assureur, il s'agit de la poursuite de la même demande de prestations d'invalidité.

De plus, aucune rente mensuelle supplémentaire ne sera versée si l'assuré demeure totalement invalide à la fin de la période d'indemnisation relative à sa première invalidité et qu'un autre événement pouvant donner droit à des prestations survient.

## 2.10 Récidive d'une invalidité

Lorsque l'assuré se rétablit d'une invalidité et qu'il subit une autre invalidité attribuable à la même cause, celle-ci sera considérée comme une récurrence de la première invalidité.

Si l'assuré redevient invalide au cours des **six (6) mois (classes professionnelles 2A, A et B)** ou au cours des **douze (12) mois (classes professionnelles 4A et 3A)** suivant la fin d'une invalidité et que cette autre invalidité découle de la même cause, cette dernière sera considérée comme une prolongation de l'invalidité précédente. **L'assuré n'aura donc pas à satisfaire à la période d'attente pour recevoir sa rente mensuelle.** De plus, les versements de rente mensuels seront cumulés relativement à la période d'indemnisation choisie.

Toutefois, si son invalidité est attribuable à une autre cause, l'assuré devra satisfaire de nouveau à la période d'attente et sa rente mensuelle sera payable jusqu'à concurrence de la période d'indemnisation choisie, sans égard aux versements qu'il a déjà reçus.

## 2.11 Droit de prolongation après 65 ans

Lorsque l'assuré atteint 65 ans, SOLO Assurance frais d'affaires offre la possibilité de prolonger l'assurance en transformant le contrat en une assurance invalidité temporaire un an, et ce, sans preuve médicale. La prolongation est possible chaque année durant 5 ans, jusqu'à un maximum de 70 ans.

Pour être admissible, l'assuré doit :

- travailler à temps plein à l'âge de 65 ans;
- ne pas être invalide à l'âge de 65 ans;
- demander ce changement 30 jours avant la date anniversaire du contrat la plus proche de son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance, et 30 jours avant chaque période de renouvellement par la suite;
- fournir des preuves financières.

## 2.12 Fin de l'assurance

L'assurance prendra fin au premier des événements suivants :

- le décès de l'assuré;
- la date d'expiration du contrat :
  - l'anniversaire de l'assurance le plus près du 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré;
  - la déchéance du contrat;
- la date à laquelle l'assuré prend sa retraite;
- la date de substitution de SOLO Assurance salaire à SOLO Assurance frais d'affaires.

## 2.13 Avantages distinctifs

SOLO Assurance frais d'affaires se démarque par un avantage distinctif offert sans frais supplémentaires à l'assuré.

### 2.13.1 Admissibilité à recevoir une prestation dès le premier jour en cas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour

Pour les périodes d'attente de moins de 120 jours, l'assuré est admissible à recevoir sa rente mensuelle dès le premier jour en cas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour. Une hospitalisation est définie comme un séjour d'au moins 18 heures consécutives dans un hôpital à titre de patient interne alité (salle ou chambre)

### 2.13.2 Droit de substitution (âge à l'émission)

L'entreprise de l'assuré pourrait progressivement et rapidement prendre de l'expansion au fil des ans et passer de 2 ou 3 employés à 12 ou 13. L'assuré pourrait ne plus avoir besoin d'une assurance pour régler ses frais d'affaires en cas d'invalidité, car des personnes compétentes pourraient prendre sa relève. Un propriétaire d'entreprise dont la retraite approche pourrait aussi décider de vendre son entreprise et de travailler en tant que salarié pendant quelques années. Il pourrait donc vouloir substituer une Assurance salaire à son Assurance frais d'affaires.

C'est pourquoi **SOLO** lui permet de remplacer son **Assurance frais d'affaires** par une **Assurance salaire**.

Ce droit de substitution est assujéti aux conditions suivantes :

- il doit être exercé avant l'âge de 60 ans;
- il ne peut être exercé qu'une seule fois, et ce, au cours des sept premières années suivant l'émission du contrat;
- il est offert à l'âge à l'émission;
- il ne doit pas entraîner une augmentation du risque pour l'assureur (la période d'attente ne peut être réduite, et la période d'indemnisation ainsi que la rente mensuelle ne peuvent être augmentées);
- il n'est assujéti à aucune preuve d'assurabilité;
- il exige la soumission d'informations financières pour éviter que l'assuré ne soit surassuré dans le cas où ses frais d'affaires s'avéreraient plus élevés que la rente mensuelle à laquelle il a droit en fonction de son revenu;
- il offre la possibilité d'ajouter des avenants à l'âge atteint. Cette offre est assujéti à des preuves d'assurabilité;
- il est à noter que, lors de cette substitution, la prestation d'assurance maladies graves est exclue.



Dès que l'entreprise compte au moins 11 employés, il est conseillé de remplacer SOLO Assurance frais d'affaires par SOLO Assurance salaire, étant donné qu'à 11 employés, aucune rente mensuelle n'est payable en vertu de SOLO Assurance frais d'affaires.

## 2.14 Autres avantages inclus

Le produit SOLO Assurance frais d'affaires présente aussi plusieurs autres avantages.

### 2.14.1 Don d'organe

L'invalidité attribuable à un don d'organe ne donne droit à aucune indemnisation, sauf lorsque le don est effectué une fois que la garantie donnant droit à l'indemnisation est en vigueur depuis au moins six (6) mois.

### 2.14.2 Présomption d'invalidité totale

Si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'assuré subit la perte de deux des membres ou d'un des sens indiqués ci-dessous, il sera considéré comme totalement invalide, qu'il occupe ou non un emploi, et qu'il reçoive ou non des soins médicaux continus.

Par « perte », on entend la perte totale et définitive :

- de l'usage d'une main;
- de l'usage d'un pied;
- de la main et de l'articulation du poignet à la suite d'une amputation;
- du pied et de l'articulation de la cheville à la suite d'une amputation;
- de la vue des deux yeux (acuité visuelle de 20/200 ou moins, ou champ de vision de moins de 20 degrés);
- de la parole attribuable à une lésion corporelle ou à une maladie physique d'une durée d'au moins 6 mois consécutifs;
- de l'ouïe des deux oreilles, avec un seuil d'audition de plus de 90 décibels.

### 2.14.3 Réadaptation

Si l'assuré reçoit une rente mensuelle en vertu d'un contrat SOLO Assurance salaire, DSF paiera les coûts relatifs à un programme de réadaptation s'il vise à accélérer le retour au travail. Ce programme devra être approuvé au préalable par Desjardins Assurances et ne devra pas être couvert en vertu d'une autre assurance invalidité, de toute autre assurance ou de tout autre programme ou service.

### 2.14.4 Exonération des primes

L'assuré cessera de payer les primes de SOLO Assurance frais d'affaires une fois qu'il aura satisfait à la période d'attente et tant et aussi longtemps qu'une rente mensuelle lui sera versée.

La protection Assurance frais d'affaires ne prévoit pas de remboursement des portions de primes payées à l'avance, ni de facturation des portions des primes lorsque l'invalidité est terminée.

Exemple :

Un assuré paie sa prime le 28 juin et devient invalide le 30 juin. À la suite de sa période d'attente de 30 jours, DSF l'exonère des primes payables à compter du 30 juillet.

La prime payée le 28 juin n'est pas remboursée. La prime due le 28 juillet n'est pas payable puisque l'assuré est exonéré. Si son invalidité se termine le 29 août et qu'il retourne au travail à cette date, l'assuré n'a pas à payer une portion de la prime. Celle-ci n'est payable que le mois suivant, soit le 28 septembre.

## 2.14.5 Service d'assistance

Les services d'experts médicaux « *Advance Medical* » sont aussi inclus. Grâce à ces services, l'assuré a accès au programme d'expertise médicale qui lui permettra de :

- consulter des médecins spécialistes réputés mondialement pour confirmer son diagnostic et déterminer le plan de traitement optimal;
- parler directement à un médecin pendant toute la durée du traitement. Le médecin agira au nom de l'assuré et l'aidera à trouver les réponses à ses questions.

Ce service d'assistance ne constitue pas une obligation contractuelle de Desjardins Assurances.

## 2.15 Règles spécifiques pour les travailleurs à domicile

Si l'assuré travaille à domicile, des restrictions peuvent s'appliquer à sa protection.

### Règle numéro 1 : Protection offerte sans restriction

**Cette règle s'applique aux classes professionnelles B, A, 2A, 3A et 4A, et ce, avant le relèvement de classe, s'il y a lieu.**

La protection est offerte sans restriction si l'assuré remplit l'une des deux conditions suivantes :

- l'assuré travaille à domicile moins de 25 % de son temps; **OU**
- l'assuré détient :
  - une entrée distincte de l'entrée principale de sa résidence;
  - une enseigne affichée désignée pour l'entreprise; et
  - un achalandage visible.

Dans ce cas, veuillez décocher la case « Travail à domicile (+ de 25 %) » de l'écran de saisie du logiciel d'illustration.

## Règle numéro 2 : Protection offerte avec restrictions

Cette règle s'applique à toutes les classes professionnelles B, A, 2A, 3A et 4A, et ce, avant le relèvement de classe, s'il y a lieu.

Lorsque l'assuré travaille à domicile, mais ne satisfait pas à la règle numéro 1, la protection peut être offerte avec des restrictions selon le pourcentage du temps où il travaille à domicile :

- L'assuré travaille plus de 25 % du temps à domicile :

Dans ce cas, la protection peut être offerte aux conditions suivantes :

- période d'attente minimale de 120 jours et
- période d'indemnisation de 2 ans.

## 2.16 Liste des frais d'affaires admissibles

- Loyer, électricité et autres services publics, téléphone.
- Salaires des membres du personnel (qui n'engendrent pas de revenus et dont les services sont essentiels durant l'invalidité).
- Cotisations de l'employeur au régime d'assurance collective, au régime de retraite des employés, à la Régie des rentes du Québec (RRQ) ou au Régime de pensions du Canada (RPC), à la Commission de la santé et de la sécurité du travail, au ministère du Développement des ressources humaines (DRHC) et au régime provincial d'assurance maladie.
- Entretien ménager.
- Services professionnels d'un comptable externe.
- Crédit-bail et amortissement d'équipement, y compris l'automobile.
- Cotisations professionnelles.
- Taxes d'affaires et permis.
- Dépréciation du matériel et des locaux appartenant à l'assuré.
- Timbres-poste et autres frais d'affranchissement et fournitures de bureau.
- Impôt foncier relatif à l'emplacement d'affaires.
- Intérêts débiteurs.
- Assurance de responsabilité professionnelle.
- Amortissements ou remboursements périodiques de capital, y compris les hypothèques. Il est entendu que l'assuré doit choisir dès le début de sa période d'invalidité d'être indemnisé pour l'amortissement ou pour les remboursements de capital et qu'il ne peut modifier ce choix à l'égard d'une même période d'invalidité.
- Prime d'assurance incendie, vol et risques divers.

Cependant, aucun remboursement ne sera effectué pour des frais dont l'assuré n'était pas périodiquement redevable avant son invalidité totale.

Aussi, les mensualités servant à financer l'achat d'un bloc de clientèle pour les conseillers en sécurité financière ne sont pas admissibles à titre de frais d'affaires.

Si les bureaux de l'entreprise sont situés au domicile de l'assuré, la présente garantie limite le remboursement des frais à ceux qui sont réellement engagés pour l'entreprise. Cette limite s'applique, entre autres, aux frais suivants :

- Chauffage
- Eau
- Téléphone
- Loyer
- Électricité
- Impôts fonciers
- Intérêts sur l'hypothèque
- Primes d'assurance incendie, vol et risques divers

## 2.17 Offre pour les producteurs agricoles (SOLO Sécuriterre)

Desjardins Assurances fait une offre spécifique pour les frais d'affaires qui sont propres aux agriculteurs. Voici donc la liste des frais d'affaires spécifiques qui sont couverts en vertu d'un contrat SOLO Sécuriterre.

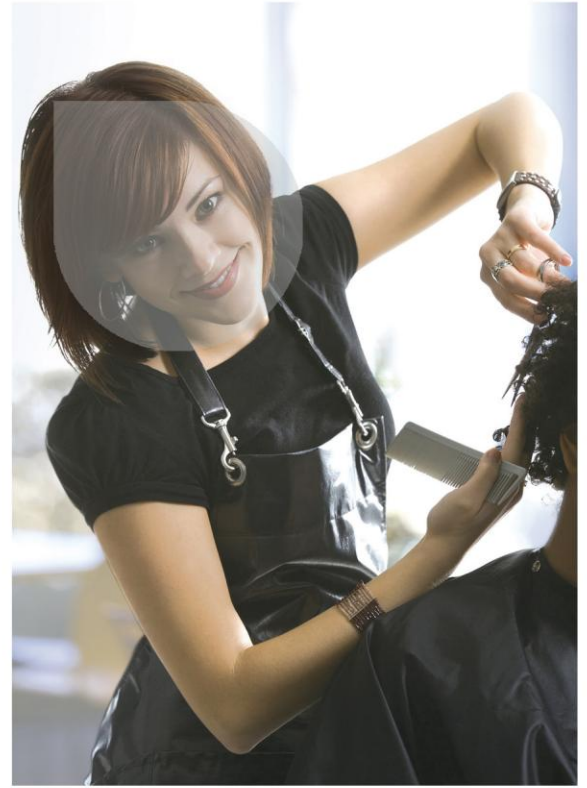
- Loyer, électricité et autres services publics, téléphone
- Salaires de ou des employés de ferme (qui n'engendrent pas de revenus et dont les services sont essentiels durant l'invalidité)
- Cotisations de l'employeur au régime d'assurance collective, au régime de retraite des employés, à la Régie des rentes du Québec (RRQ) ou au Régime de pensions du Canada (RPC), à la Commission de la santé et de la sécurité du travail, au ministère du Développement des ressources humaines (DRHC) et au régime provincial d'assurance maladie
- Nettoyage
- Services professionnels d'un comptable externe
- Cotisations professionnelles
- Taxes d'affaires et permis
- Fournitures de bureau, timbres-poste et autres frais de messagerie
- Impôt foncier relatif à l'emplacement d'affaires
- Frais d'intérêt, sauf ceux sur un compte à découvert
- Primes d'assurance de responsabilité professionnelle
- Prime d'assurance incendie, vol et risques divers.
- Remboursement périodiques de capital relatifs à des prêts souscrits pour des actifs non amortissables

Cependant, aucun remboursement ne sera effectué pour des frais dont l'assuré n'était pas périodiquement redevable avant son invalidité totale.

Pour en savoir plus sur un contrat d'assurance salaire offert spécifiquement aux agriculteurs, vous pouvez vous référer à la section 1.22 du présent guide.



**solo**<sub>MC</sub> Assurance  
dépenses courantes



**Desjardins**  
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE



# SOLO Assurance dépenses courantes

## 3.1 Description

SOLO Assurance dépenses courantes prévoit le versement d'une rente mensuelle non imposable en cas d'invalidité totale afin de couvrir les dépenses courantes et permettre à l'assuré de conserver son style de vie. L'assuré n'a pas à fournir de preuves de paiement, par exemple, des reçus ou des factures, pour recevoir sa rente.

Le produit SOLO Assurance dépenses courantes est de type garanti, renouvelable jusqu'à 65 ans. DSF ne peut pas annuler le contrat, ni modifier ses dispositions existantes, ni y ajouter de dispositions ou de restrictions.

## 3.2 Admissibilité

SOLO Assurance dépenses courantes ne comporte pas de classe professionnelle.

Pour être admissible à la protection SOLO Assurance dépenses courantes, toute personne doit :

- être âgée de 18 à 60 ans inclusivement;
- avoir travaillé au moins 20 heures par semaine au cours des 4 dernières semaines; et
- avoir travaillé 40 semaines au cours de la dernière année et gagné au moins 12 500 \$ (pour avoir le droit de choisir la période d'indemnisation de 12 mois en cas de maladie et allant jusqu'à 65 ans en cas d'accident).



Si l'assuré n'a pas travaillé au moins 20 heures par semaine durant les 4 semaines précédant son adhésion à cette protection, sa rente mensuelle se limitera à 500 \$, et sa période d'indemnisation, à 12 mois, en cas de maladie ou d'accident.

## 3.3 Structure de primes

- **Primes nivelées jusqu'à 65 ans (T65)**

La prime est calculée de manière à ce qu'elle demeure « nivelée » pendant toute la durée du contrat. Ceci signifie qu'il n'y aura pas d'augmentation annuelle en raison de l'âge de l'assuré pendant toute la durée du contrat. La prime pourrait augmenter ou diminuer en fonction de l'ensemble des demandes de prestations soumises par tous les assurés, mais une telle modification ne pourrait pas toucher qu'un seul assuré. Elle s'appliquerait plutôt à tous les assurés ayant des caractéristiques communes. L'état de santé de l'assuré ou sa capacité de gagner un revenu ne sont donc pas des facteurs d'augmentation ou de diminution de la prime.

## 3.4 Montant de rente mensuelle

La rente mensuelle est le montant d'assurance choisi par l'assuré et que celui-ci recevra au moment de l'invalidité.

Rente mensuelle	Montant
Minimale	400 \$
Maximale	1 500 \$

### Premiers 1 200 \$ garantis (rente non intégrée et non coordonnée)

SOLO Assurance dépenses courantes garantit le versement d'une rente mensuelle non intégrée et non coordonnée pouvant aller jusqu'à 1 200 \$ (soit le moindre du montant que l'assuré a choisi ou 1 200 \$), et ce, même s'il reçoit des montants provenant de régimes gouvernementaux ou d'autres assurances, et ce, durant les 36 premiers mois d'une invalidité. La période de non-intégration pour les premiers 1 200 \$ ne peut excéder le moindre de 36 mois ou la période d'indemnisation choisie.

## 3.5 Définition d'invalidité totale

### Période d'indemnisation de 12 mois pour maladie ou accident

- a) Pour un assuré qui **a travaillé** en moyenne **au moins 20 heures** par semaine pendant les 4 semaines précédant immédiatement le début de l'invalidité.

Pendant la période d'attente et les 12 premiers mois de la période d'invalidité totale, l'assuré est considéré comme invalide si, à la suite d'un accident ou d'une maladie :

- il est totalement incapable d'accomplir les tâches importantes de sa profession habituelle;
- il n'exerce aucune activité rémunératrice; **et**
- il reçoit des soins médicaux continus.

- b) Pour un assuré qui **n'a pas travaillé** en moyenne **au moins 20 heures** par semaine pendant les 4 semaines précédant immédiatement le début de l'invalidité.

L'assuré est considéré comme invalide si, à la suite d'un accident ou d'une maladie :

- il est totalement incapable d'occuper un emploi de remplacement;
- il n'exerce aucune activité rémunératrice; **et**
- il reçoit des soins médicaux continus.

### Période d'indemnisation de 12 mois pour maladie ou jusqu'à 65 ans pour accident

- a) Pour un assuré qui **a travaillé** en moyenne **au moins 20 heures** par semaine pendant les 4 semaines précédant immédiatement le début de l'invalidité.

Pendant la période d'attente et les 24 premiers mois de la période d'invalidité totale, l'assuré est considéré comme invalide si, à la suite d'un accident ou d'une maladie :

- il est totalement incapable d'accomplir les tâches importantes de sa profession habituelle;
- il n'exerce aucune activité rémunératrice; **et**
- il reçoit des soins médicaux continus.

Après avoir reçu des prestations pendant 24 mois, l'assuré continuera d'en recevoir si, à la suite d'un accident ou d'une maladie :

- il est incapable d'occuper un emploi de remplacement;
- il n'exerce aucune activité rémunératrice; **et**
- il reçoit des soins médicaux continus.

- b) Pour un assuré qui **n'a pas travaillé** en moyenne **au moins 20 heures** par semaine pendant les 4 semaines précédant immédiatement le début de l'invalidité.

L'assuré est considéré comme invalide si, à la suite d'un accident ou d'une maladie :

- il est totalement incapable d'occuper un emploi de remplacement; **et**
- il n'exerce aucune activité rémunératrice;
- il reçoit des soins médicaux continus.

DSF peut renoncer aux exigences relatives aux soins médicaux continus sur réception d'une attestation écrite qu'elle juge satisfaisante. Cette attestation devra démontrer que d'autres soins médicaux ne procureraient aucun bienfait à l'assuré.

## 3.6 Période d'attente

### 3.6.1 Définition et application

La période d'attente désigne le nombre de jours d'invalidité totale qui doit s'écouler avant que la rente soit payable à l'assuré.

L'assuré n'a pas à être invalide de façon continue pour satisfaire à la période d'attente. La période d'attente peut être une addition de périodes d'invalidité successives.

Les périodes d'invalidité successives de 7 jours ou plus, reliées à une même cause, peuvent être additionnées pour satisfaire à la période d'attente. Cependant, les périodes d'invalidité totale ainsi cumulées ne peuvent être séparées par plus de **180 jours**.

### 3.6.2 Choix possible

Pour SOLO Assurance dépenses courantes, la période d'attente est de 30 jours.

## 3.7 Période d'indemnisation

La période d'indemnisation désigne la période pendant laquelle l'assuré est invalide et reçoit une rente mensuelle. La période d'indemnisation commence à l'expiration de la période d'attente et se termine à la première des éventualités suivantes :

- fin de l'invalidité;
- fin de la période d'indemnisation choisie par l'assuré;
- anniversaire de l'assurance le plus près du 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré;
- décès de l'assuré.

Pour SOLO Assurance dépenses courantes, la période d'indemnisation peut être de :

- 12 mois pour maladie ou accident;
- 12 mois pour maladie ou jusqu'à 65 ans pour accident.

## 3.8 Pluralité des causes d'invalidité

Si, au cours de la période d'indemnisation, un événement autre que celui qui a causé l'invalidité totale de l'assuré survient et que cet événement peut donner droit à des prestations, aucune prestation supplémentaire ne sera versée.

De plus, aucune rente mensuelle ne sera versée si l'assuré demeure totalement invalide à la fin de la période d'indemnisation relative à sa première invalidité et qu'un autre événement pouvant donner droit à des prestations survient.

## 3.9 Récidive d'une invalidité

Si l'assuré redevient invalide au cours des **six (6) mois** suivant la fin d'une invalidité et que cette autre invalidité découle de la même cause, cette dernière sera considérée comme une prolongation de l'invalidité précédente. **L'assuré n'aura donc pas à satisfaire à la période d'attente pour recevoir sa rente mensuelle.** De plus, les versements de rente mensuels seront cumulés relativement à la période d'indemnisation choisie.

Toutefois, si son invalidité est attribuable à une autre cause, l'assuré devra satisfaire de nouveau à la période d'attente et sa rente mensuelle sera payable jusqu'à concurrence de la période d'indemnisation choisie, sans égard aux versements qu'il a déjà reçus.

## 3.10 Fin de l'assurance

L'assurance prendra fin au premier des événements suivants :

- le décès de l'assuré;
- la date d'expiration du contrat :
  - l'anniversaire de l'assurance le plus près du 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré;
  - la déchéance du contrat.

## 3.11 Autres avantages inclus

Le produit SOLO Assurance dépenses courantes présente aussi plusieurs autres avantages.

### 3.11.1 Don d'organe

L'invalidité attribuable à un don d'organe ne donne droit à aucune indemnisation, sauf lorsque le don est effectué une fois que la garantie donnant droit à l'indemnisation est en vigueur depuis au moins six (6) mois.

### 3.11.2 Présomption d'invalidité totale

Si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'assuré subit la perte de deux des membres ou d'un des sens indiqués ci-dessous, il sera considéré comme totalement invalide, qu'il occupe ou non un emploi, et qu'il reçoive ou non des soins médicaux continus.

Par « perte », on entend la perte totale et définitive :

- de l'usage d'une main;
- de l'usage d'un pied;
- de la main et de l'articulation du poignet à la suite d'une amputation;
- du pied et de l'articulation de la cheville à la suite d'une amputation;
- de la vue des deux yeux (acuité visuelle de 20/200 ou moins, ou champ de vision de moins de 20 degrés);
- de la parole attribuable à une lésion corporelle ou à une maladie physique d'une durée d'au moins 6 mois consécutifs;
- de l'ouïe des deux oreilles, avec un seuil d'audition de plus de 90 décibels.

### 3.11.3 Réadaptation

Si l'assuré reçoit une rente mensuelle en vertu d'un contrat SOLO Assurance salaire, Desjardins Assurance peut payer les coûts relatifs à un programme de réadaptation s'il vise à accélérer son retour au travail. Ce programme devra être approuvé au préalable par Desjardins Assurance et ne devra pas être couvert en vertu d'une autre assurance invalidité, de toute autre assurance ou de tout autre programme ou service.

### 3.11.4 Exonération des primes

L'assuré cessera de payer les primes de SOLO Assurance dépenses courantes une fois qu'il aura satisfait à la période d'attente et tant et aussi longtemps qu'une rente mensuelle lui sera versée.

La protection Assurance dépenses courantes ne prévoit pas de remboursement des portions de primes payées à l'avance, ni de facturation des portions de primes lorsque l'invalidité est terminée.

#### Exemple :

Un assuré paie sa prime le 28 juin et devient invalide le 30 juillet. À la suite de sa période d'attente de 30 jours, DSF l'exonère des primes payables à compter du 30 juillet.

La prime payée le 30 juin n'est pas remboursée. La prime due le 28 juillet n'est pas payable puisque l'assuré est exonéré. Si son invalidité se termine le 29 août et qu'il retourne au travail à cette date, il n'a pas à payer une portion de la prime. Celle-ci n'est payable que le mois suivant, soit le 28 septembre.

### 3.11.5 Service d'assistance

Les services d'experts médicaux « *Advance Medical* » sont aussi inclus. Grâce à ces services, l'assuré a accès au programme d'expertise médicale qui lui permettra de :

- consulter des médecins spécialistes réputés mondialement pour confirmer son diagnostic et déterminer le plan de traitement optimal;
- parler directement à un médecin pendant toute la durée du traitement. Le médecin agira au nom de l'assuré et l'aidera à trouver les réponses à ses questions.

Ce service d'assistance ne constitue pas une obligation contractuelle de Desjardins Assurance.



## Renseignements généraux



**Desjardins**  
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

# Renseignements généraux

## 4.1 Règles de coordination et d'intégration (Applicable à SOLO Assurance salaire et SOLO Assurance dépenses courantes)

La **coordination** signifie que la rente mensuelle pourrait être réduite de manière à ce que la somme des prestations d'invalidité que l'assuré reçoit de toutes sources (à l'exception de toute assurance crédit incluant SOLO Assurance proprio) ne soit pas supérieure à 90 % du revenu mensuel moyen. Dans ce cas, la rente mensuelle serait réduite afin que le total de toutes les rentes n'excède pas ce dit pourcentage de 90 %.

L'**intégration** signifie que la rente mensuelle pourrait être réduite de toute prestation ou indemnité d'invalidité provenant de régimes gouvernementaux, à l'exception de toute prestation de maladie payable selon la *Loi sur l'assurance emploi*. Advenant le cas où des versements forfaitaires ou rétroactifs seraient versés à l'assuré par des régimes gouvernementaux, l'assuré serait tenu de rembourser à Desjardins Assurances les montants qui n'auraient pas été payables en vertu de l'intégration.

### Restrictions

Si l'assuré néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu de régimes gouvernementaux, Desjardins Assurances évalue le montant des prestations que l'assuré aurait eu le droit de recevoir et se réserve le droit de réduire en conséquence la rente mensuelle payable à l'assuré.

Dans les 36 premiers mois d'invalidité totale, la coordination et l'intégration ne s'appliquent pas aux premiers 1 200 \$.

## 4.2 Limites et exclusions

### 4.2.1 Limites applicables lorsque l'assuré n'est pas activement au travail au moment de l'invalidité (Applicables pour SOLO Assurance salaire seulement)

- 1) Si, au moment de l'invalidité, l'assuré
  - n'occupe aucun emploi depuis 12 mois ou moins; ou
  - est en congé de maternité ou en congé parental depuis 70 semaines ou moins

Dans ce cas, la période d'attente est automatiquement de 90 jours, peu importe ce que l'assuré a choisi à l'émission, et la rente mensuelle n'est pas payable dès le premier jour en cas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour.

De plus, aucune rente mensuelle ne sera payée si l'invalidité résulte de l'un des troubles suivants ou des traitements ou complications qui s'y rattachent :

- stress;
- anxiété;
- dépression;
- névrose;
- psychose;
- trouble d'adaptation
- épuisement professionnel;
- fibromyalgie;
- syndrome de fatigue chronique;
- trouble de la personnalité;
- déficit d'attention;
- tout autre trouble émotionnel ou psychiatrique

2) Si, au moment de l'invalidité, l'assuré

- n'occupe aucun emploi depuis plus de 12 mois; ou
- est en congé de maternité ou en congé parental depuis plus de 70 semaines

Dans ce cas, l'assuré ne recevra aucune rente mensuelle.

Cependant, l'assuré sera de nouveau admissible à une rente mensuelle si :

- les primes n'ont jamais cessé d'être payées et
- l'assuré peut prouver qu'il occupe de nouveau un emploi à temps plein.

#### 4.2.2 Exclusions

Les produits de la gamme SOLO ne donnent droit à aucune prestation dans les cas indiqués ci-dessous.

Exclusions	Assurance salaire	Assurance frais d'affaires	Assurance dépenses courantes
Lorsque l'invalidité résulte directement ou indirectement de blessures que l'assuré s'inflige volontairement ou d'une tentative de suicide. Cette exclusion s'applique que l'assuré soit sain d'esprit ou non.	X	X	X
Lorsque l'invalidité résulte d'une guerre, déclarée ou non, d'une émeute, d'une révolte, d'une révolution, d'un acte de terrorisme, d'un conflit armé ou de tout acte s'y rattachant.	X	X	X
Lorsque l'invalidité survient alors que les activités de l'entreprise pour laquelle l'assuré travaille sont suspendues à cause d'une grève ou d'un lock-out. Si l'invalidité se poursuit une fois que les activités de l'entreprise ont repris ou qu'elles ont définitivement cessé, des prestations pourraient être versées en vertu de la présente garantie.	X	S.O.	S.O.
Au cours de toute période d'emprisonnement de l'assuré ou lorsque l'invalidité résulte d'un événement qui survient lors de la participation de l'assuré à un acte criminel ou à tout acte qui y est lié.	X	X	X
Lorsque l'invalidité résulte de la conduite d'un véhicule motorisé ou d'un bateau par l'assuré alors que son taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à la limite légale en vigueur au Canada ou qu'il a consommé des stupéfiants ou des drogues.	X	X	X
Lorsque l'invalidité résulte directement de la consommation de stupéfiants ou de drogues ou de l'absorption répétée ou abusive d'alcool.	X	X	X
Lorsque l'invalidité résulte de la participation de l'assuré à une envolée ou tentative d'envolée dans un aéronef quelconque alors qu'il est membre de l'équipage ou exerce une fonction ou prend part à un entraînement, à quelque titre que ce soit, en rapport avec cette envolée ou tentative d'envolée.	X	X	X
Lorsque l'invalidité résulte de traitements ou de soins reçus pour des raisons esthétiques.	X	X	X



Exclusions	Assurance salaire	Assurance frais d'affaires	Assurance dépenses courantes
Lorsque l'invalidité résulte d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une interruption naturelle ou provoquée de la grossesse. Cependant, la présente garantie couvre toute invalidité qui résulte des complications d'une grossesse, d'un accouchement ou de l'interruption naturelle ou provoquée de la grossesse.	X	X	X
Pendant la période au cours de laquelle l'assuré est rémunéré pour une absence à la suite d'une entente avec son employeur.	X	S.O.	X
Pendant la période au cours de laquelle l'assuré quitte temporairement ses fonctions à la suite d'une entente avec son employeur.	X	S.O.	S.O.
Lorsque le nombre d'employés en poste, quel que soit le statut de chacun, au début de l'invalidité est de 15 et plus.	S.O.	X	S.O.
Pour combler la perte de salaire, d'honoraires ou d'autres revenus (y compris les avantages sociaux) de l'assuré à la suite de son invalidité.	S.O.	X	S.O.
Pour combler la perte de salaire, d'honoraires ou d'autres revenus (y compris les avantages sociaux) du remplaçant de l'assuré à la suite de l'invalidité de ce dernier.	S.O.	X	S.O.
Lorsque l'invalidité résulte de la participation de l'assuré à une course, une épreuve ou à un concours de vitesse à bord d'un véhicule motorisé à titre d'amateur ou de professionnel, sur des circuits autorisés ou ailleurs.	X	X	X
Lorsque l'invalidité résulte de la pratique d'un sport professionnel par l'assuré pour lequel il touche une rémunération.	X	X	X
Lorsque l'invalidité résulte d'une maladie qui survient dans les 6 mois suivant la date de prise d'effet de la présente garantie, si cette dernière a été établie à la suite de l'exercice de l'option d'assurabilité future.	X	X	S.O.
Lorsque l'invalidité résulte de l'un des troubles suivants ou des traitements ou complications qui s'y rattachent, alors que l'assuré n'occupe aucun emploi ou qu'il est en congé de maternité ou parental : stress, anxiété, dépression, névrose, psychose, trouble d'adaptation, fibromyalgie ou tout autre syndrome de douleur chronique, syndrome de fatigue chronique, trouble de la personnalité, déficit d'attention ou tout autre trouble émotionnel ou psychiatrique.	X	S.O.	S.O.

## 4.3 Restrictions s'appliquant à des professions particulières

Les périodes d'indemnisation de SOLO Assurance salaire et de SOLO Assurance frais d'affaires offertes relativement à certaines professions particulières sont restreintes. Le tableau ci-dessous présente ces professions et ces périodes.

Profession ou métier	Industrie	Classe	Période d'indemnisation maximum
Agent de police (autres)	Sécurité publique	A	2 ans
Policier (autres)	Sécurité publique	A	2 ans
Détective et autre agent	Sécurité publique	B	2 ans
Préposé aux chambres (éta-bl. 1 <sup>re</sup> classe)	Hôtellerie, hôtels et motels	B	2 ans
Serveur	Hôtellerie, hôtels et motels	B	2 ans
Serveur (si vente alcool secondaire)	Restauration (restaurant, brasserie)	B	2 ans
Barman	Restauration (établissement de 1 <sup>re</sup> classe)	B	2 ans

## 4.4 Définitions

### 4.4.1 Accident

Atteinte corporelle constatée par un médecin et résultant, indépendamment de toute maladie ou de toute autre cause, directement de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure. Seule une invalidité totale résultant d'un accident et se manifestant dans les 90 jours suivant cet accident pourra donner droit à des prestations.

### 4.4.2 Âge

L'âge de l'assuré est l'âge à son plus proche anniversaire de naissance, déterminé à la date initiale d'une protection.

### 4.4.3 Âge atteint

L'âge de l'assuré est l'âge à son plus proche anniversaire de naissance, déterminé à la date de changement d'une protection.

### 4.4.4 Classe professionnelle

La classe professionnelle d'un assuré est définie par sa profession et l'industrie dans laquelle il travaille. L'emploi qu'occupe un assuré est un facteur de risque et prend beaucoup d'importance dans l'établissement d'un contrat d'assurance invalidité. Les risques pris en considération sont relatifs au type d'emploi et au secteur d'activité.

La classe professionnelle est garantie. Ainsi, si l'assuré change d'emploi après l'émission du contrat et que ce changement entraîne une augmentation du risque professionnel, la prime sera calculée en fonction de la classe professionnelle déterminée à l'émission.

#### **4.4.5 Emploi**

Tout travail rémunéré exercé par l'assuré.

#### **4.4.6 Emploi à temps plein**

Pour le produit SOLO Assurance salaire

Exercice régulier d'un emploi rémunéré :

- au moins 30 heures par semaine, pendant au moins 35 semaines par année; ou
- au moins 24 heures par semaine, pendant au moins 40 semaines par année.

Pour les produits SOLO Assurance frais d'affaires et SOLO Assurance dépenses courantes

Exercice régulier d'un emploi rémunéré :

- au moins 30 heures par semaine, pendant au moins 35 semaines par année.

#### **4.4.7 Emploi de remplacement**

Le terme emploi de remplacement signifie l'emploi, la profession ou le métier pour lequel l'assuré est raisonnablement qualifié et qui pourrait lui procurer au moins 60 % du revenu brut qu'il recevait au moment où il est devenu totalement invalide. Pour déterminer quel genre d'emploi de remplacement l'assuré peut occuper, l'assureur tient compte de son instruction, de sa formation et de son expérience. Toutefois, il ne tient pas compte de la disponibilité d'un tel emploi dans la région où réside l'assuré.

Dans l'évaluation des différentes alternatives, si un emploi existe dans la région de l'assuré mais ne permet de gagner au moins 60 % du revenu brut pré-invalidité, il ne répond pas à la définition d'emploi de remplacement, même s'il permettrait de gagner au moins 60 % dans une autre région.

#### **4.4.8 Hospitalisation**

Si l'assuré doit être hospitalisée 18 heures ou plus à titre de patient interne alité, à la suite d'une maladie ou d'un accident, ou subir une chirurgie d'un jour, la rente mensuelle prévue selon la présente garantie sera payable après la période d'attente prévue à cette fin.

S'il n'y a pas de maladie ou d'accident, il ne devrait pas y avoir de prestation, car le client ne rencontre pas la définition d'invalidité totale. Par exemple, pour une vasectomie ou une ligature, il ne devrait pas y avoir de prestation payable à moins qu'un trouble médical motive cette chirurgie.

#### **4.4.9 Profession habituelle**

Le terme profession habituelle signifie la profession que l'assuré exerçait immédiatement avant le début de son invalidité.

#### **4.4.10 Revenu annuel**

Le revenu annuel est le revenu total de la dernière année accomplie que l'assuré a reçu pour son travail et qui est déclaré sur les feuillets d'impôt, y compris salaires, honoraires, primes, gages ou commissions, avant déduction des impôts sur le revenu, moins les frais professionnels déductibles aux fins de l'impôt sur le revenu.

Cependant, le revenu annuel exclut :

- les revenus de pension, les intérêts et autres revenus de placement;
- les revenus de location, les gains en capital, les droits d'auteur, les redevances et les pensions alimentaires touchées;
- tout autre revenu qui n'est pas reçu directement en retour d'un service fourni.

Ce qui est exclu du revenu annuel est en fait le revenu annuel non-gagné.

**Lorsque l'assuré est propriétaire ou associé d'une entreprise** et qu'il détient une part d'au moins 20 % et qu'il travaille activement dans l'entreprise, le revenu annuel inclut toute part de revenu d'entreprise avant impôt attribuable à l'assuré, moins les dépenses d'entreprise déductibles aux fins de l'impôt sur le revenu. Toute perte de l'entreprise sera soustraite du revenu annuel de l'assuré. Il est à noter que les dividendes ne sont pas assurables, mais comme ils sont payés à partir des bénéfices de l'entreprise, ils sont assurés de façon implicite.

Veillez vous reporter à la section *Définition du revenu assurable* pour définir le revenu assurable selon le statut de votre client.

#### **4.4.11 Revenu mensuel moyen**

Le montant le plus élevé entre :

- le revenu annuel que l'assuré a gagné pendant la dernière année civile complète précédant le début de son invalidité, divisé par 12; **et**
- la moyenne du revenu annuel que l'assuré a gagné pendant les 3 années les plus rentables des 5 dernières années, divisée par 12.

### **4.5 Renseignements concernant la prime**

Les protections de la gamme SOLO ne requièrent pas une prime minimale.

#### **4.5.1 Coefficient de périodicité des primes**

Desjardins Assurances offre différentes périodicités de paiement des primes.

- Mensuelle, par prélèvement bancaire (facteur 0,09)
- Semestrielle (facteur 0,52)
- Annuelle (facteur 1,00)

#### **4.5.2 Frais de contrat**

Les frais de contrat sont de 50 \$ par année.

#### **4.5.3 Surprimes**

La surprime s'exprime par une majoration des taux de prime. Elle est utilisée dans le cas des assurés qui ne présentent pas dans l'immédiat de symptômes d'invalidité, mais dont l'état de santé pourrait se détériorer et ainsi entraîner une invalidité dans le futur.

Lorsqu'elle est utilisée, la surprime s'applique à l'ensemble du contrat, soit les protections de base, ainsi que les avenants. Par contre, il n'est pas possible d'ajouter l'avenant Option d'assurabilité future, lorsque l'assuré est surprimé.

Pour illustrer une surprime, vous devez utiliser le bouton « surpr » dans l'écran de saisie des produits SOLO du logiciel d'illustration Fusion et y inscrire le pourcentage approprié.

## 4.6 Imposition

### 4.6.1 SOLO Assurance salaire

Pour le produit SOLO Assurance salaire, les prestations ne sont pas imposables et les primes payées ne sont pas déductibles à titre de dépenses d'entreprise.

S'il y a un regroupement de contrats, tel que décrit à la section 1.16 Regroupement de contrats, les prestations sont imposables.

### 4.6.2 SOLO Assurance frais d'affaires

En ce qui a trait à SOLO Assurance frais d'affaires, les primes d'assurance sont déductibles à titre de dépenses d'entreprise (si elles servent à couvrir des frais déductibles), que l'entreprise soit constituée en société ou non. Les rentes mensuelles payables à la suite d'une demande de prestations sont imposables.

Lors du paiement de prestations, Desjardins Assurances n'a pas de feuillets fiscaux à émettre en fin d'année. La responsabilité de les déclarer revient à l'assuré. Les prestations seront donc imposables, mais elles servent à payer des dépenses déductibles.

### 4.6.3 SOLO Assurance dépenses courantes

Pour ces 2 produits, les prestations ne sont pas imposables.

### 4.6.4 Avantage REER

L'avantage REER est non imposable, mais crée une cotisation si le dépôt est effectué dans un régime enregistré.

## 4.7 Proposition

La proposition est un document important qui identifie le client et précise le type d'assurance et les garanties demandées. Elle comprend aussi des renseignements sur les autres protections d'assurance en vigueur, les finances personnelles et les antécédents médicaux du client. La proposition est divisée en deux sections :

- la première faisant référence aux renseignements personnels du client;
- la deuxième faisant référence aux déclarations d'assurabilité du client.

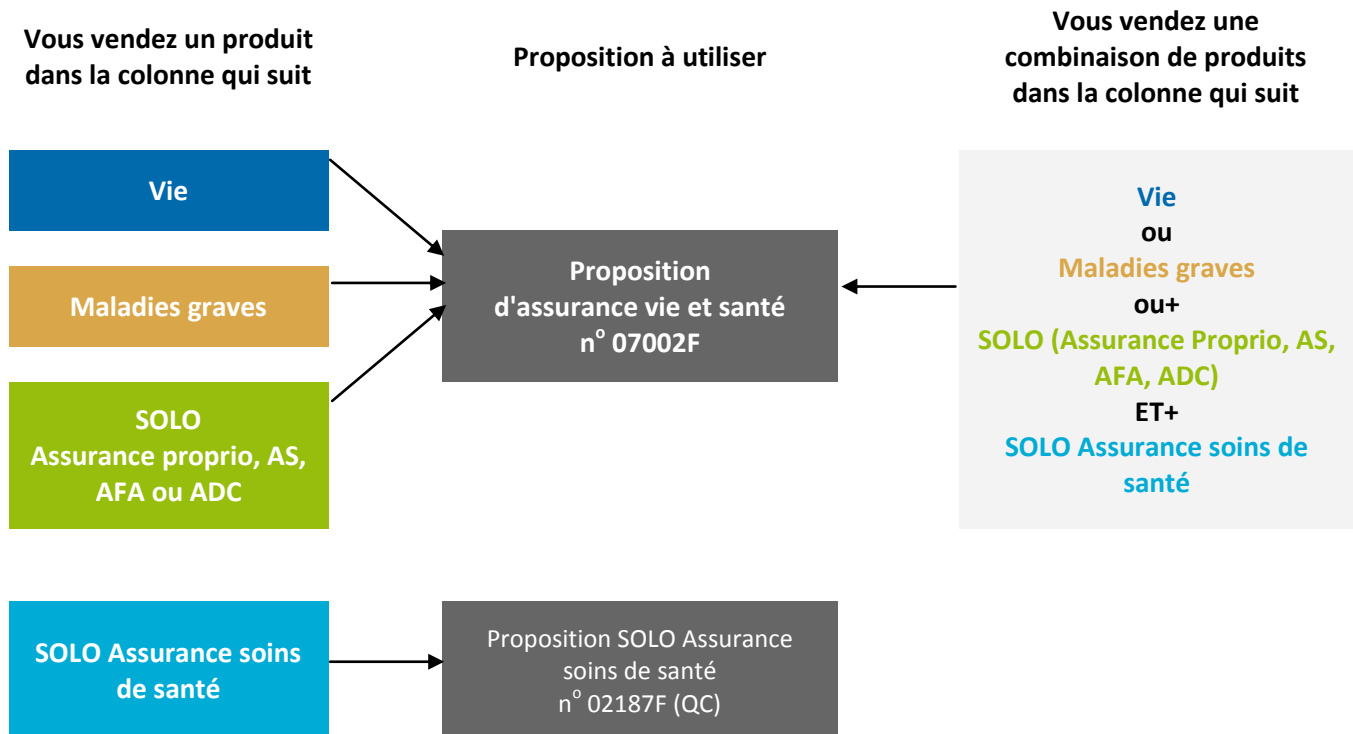
Pour le tarificateur, la proposition représente la première source de renseignements personnels du client. Il est donc important que les informations inscrites dans ce document soient exactes et fiables. Elle présente aussi le profil du client. Si l'on fournit le profil le plus fidèle à la réalité possible, le tarificateur est en mesure d'évaluer le risque plus rapidement et d'accélérer ainsi le processus de sélection des risques.

La proposition est un document juridique qui fait partie du contrat d'assurance. Il est donc important de la remplir avec soin, de poser toutes les questions et de consigner les réponses en présence du client. Quant au client, il ne doit pas signer la proposition tant qu'elle n'est pas remplie en entier.

Le conseiller a la tâche de remplir la proposition. Il est la principale source de relations avec le client et c'est lui qui possède la formation et les connaissances nécessaires pour effectuer cette tâche.

La proposition nationale peut être utilisée relativement aux protections d'assurance invalidité, d'assurance vie et d'assurance maladies graves. Cette proposition s'intitule « Proposition d'assurance vie et santé n° 07002F ».

La proposition pour le produit SOLO Assurance soins de santé s'intitule « Proposition SOLO Assurance soins de santé n° 02187F ».



## 4.8 Modifications possibles après l'émission du contrat

Type de modification	Permis en tout temps	Permis à l'anniversaire seulement	Preuves d'assurabilité nécessaires	Documents nécessaires
<b>Rente mensuelle</b>				
Augmentation (au moins 400 \$ d'augmentation sauf en cas d'exercice de la garantie d'assurabilité)	Nouvelle vente À l'âge atteint, preuves d'assurabilité financière et médicale nécessaires			Proposition d'assurance vie, santé et invalidité
Diminution	À l'âge à l'émission	S.O.	Non	Formulaire Demande de modification du contrat n'exigeant pas de preuve d'assurabilité
<b>Période d'attente</b>				
Réduction	Nouvelle vente À l'âge atteint, preuves d'assurabilité financière et médicale nécessaires			Proposition d'assurance vie, santé et invalidité
Augmentation	À l'âge à l'émission	S.O.	Non	Formulaire Demande de modification du contrat n'exigeant pas de preuve d'assurabilité
<b>Période d'indemnisation</b>				
Réduction	À l'âge à l'émission	S.O.	Non	Formulaire Demande de modification du contrat n'exigeant pas de preuve d'assurabilité
Augmentation	Nouvelle vente À l'âge atteint, preuves d'assurabilité financière et médicale nécessaires			Proposition d'assurance vie, santé et invalidité
<b>Changement de structure de primes</b>				
T10 pour T65	S.O.	À l'âge atteint	Non (s'il n'y a pas d'augmentation du risque pour Desjardins Assurances)	Formulaire Demande de modification du contrat n'exigeant pas de preuve d'assurabilité
T65 pour T10	Nouvelle vente À l'âge atteint, preuves d'assurabilité financière et médicale nécessaires			Proposition d'assurance vie, santé et invalidité

Type de modification	Permis en tout temps	Permis à l'anniversaire seulement	Preuves d'assurabilité nécessaires	Documents nécessaires
<b>Relèvement de classe professionnelle</b>	Nouvelle vente À l'âge atteint, preuves d'assurabilité financière et médicale nécessaires			Proposition d'assurance vie, santé et invalidité
<b>Amélioration de la classe professionnelle suite à un changement de profession *</b>	À l'âge à l'émission	S.O.	Oui (financières et médicales)	Proposition d'assurance vie, santé et invalidité
<b>Modification de régulier/fumeur à privilégiés/non-fumeur</b>	À l'âge à l'émission	S.O.	Oui (financières et médicales)	Proposition d'assurance vie, santé et invalidité
<b>Droit de substitution (SOLO Assurance salaire à SOLO Assurance frais d'affaires (ou vice versa) ou à SOLO Assurance proprio)</b>	S.O.	À l'âge à l'émission (pendant les 7 premières années)	Non	Formulaire Demande de modification du contrat n'exigeant pas de preuve d'assurabilité
<b>Avenants</b>				
Ajout (sauf pour l'avenant Remboursement des primes et l'option d'assurabilité future qui ne peuvent être ajoutés qu'à l'émission)	S.O.	Doit être fait à l'anniversaire et à l'âge atteint.	Oui (financières et médicales)	Proposition d'assurance vie, santé et invalidité
Retrait	Doit être fait au mensuversaire		Non	Formulaire Demande de modification du contrat n'exigeant pas de preuve d'assurabilité
Exercice de l'option d'assurabilité future	S.O.	Doit être fait au moins 30 jours avant le prochain anniversaire du contrat	Preuves financières seulement	Formulaire Demande de modification du contrat n'exigeant pas de preuve d'assurabilité

\* La classe professionnelle est garantie, ce qui veut dire qu'une fois qu'elle a été accordée à l'assuré, elle ne peut être diminuée sous prétexte que l'assuré a changé de fonctions de façon à augmenter le risque de l'assureur.

#### 4.8.1 Documents à fournir pour modification avec preuve d'assurabilité

Pour faire une demande de modification avec preuve d'assurabilité, le représentant en sécurité financière doit remplir le formulaire 07002F « Proposition d'assurance vie, santé et invalidité » et fournir le tableau siège social de l'illustration Fusion.



## 4.8.2 Documents à fournir pour modification sans preuves d'assurabilité

Pour faire une demande de modification sans preuves d'assurabilité, le représentant en sécurité financière doit remplir le formulaire 09219F « Demande de modification n'exigeant pas de preuve d'assurabilité » et fournir le tableau siège social de l'illustration.

## 4.9 Sélection des risques

L'évaluation des risques relative à l'assurance invalidité diffère de celle qui s'applique à l'assurance vie et à l'assurance maladies graves. La nature même des risques est très différente. En effet, plusieurs éléments peuvent avoir un impact sur l'assurance invalidité, y compris la conjoncture économique et le taux de chômage.

Certaines maladies qui n'ont pas d'impact sur le risque de mortalité peuvent toutefois avoir des répercussions sur la durée des absences du travail, les possibilités de récurrence et la chronicité des problèmes de santé. La motivation à reprendre le travail après une invalidité est un des facteurs les plus importants dans l'évaluation de l'assurance invalidité.

Plusieurs éléments doivent donc être pris en considération pour déterminer la protection appropriée de même que la classe professionnelle qui s'applique, soit la profession, la stabilité d'emploi et le revenu.

Votre rôle en tant que conseiller en sécurité financière est donc très important. Vous devez notamment accorder une attention particulière à la présélection des demandes que vous soumettez et fournir tous les éléments nécessaires à l'évaluation des risques tant du point de vue de la profession que du point de vue médical et des habitudes de vie. Il est primordial que vous joignez les justifications financières (déclarations de revenus) et les questionnaires particuliers (alcool, drogues, sports) aux propositions d'assurance afin d'éviter des retards dans leur évaluation.

### 4.9.1 Évaluation préliminaire de l'état de santé

Afin de savoir si votre client est admissible à SOLO Assurance proprio, compte tenu de son état de santé, vous pouvez remplir le formulaire « Évaluation préliminaire de l'état de santé » et l'envoyer à l'adresse électronique [solo.info@dsf.ca](mailto:solo.info@dsf.ca).

## 4.9.2 Preuves financières

Les documents suivants sont nécessaires pour établir le revenu annuel :

	SOLO Assurance salaire	SOLO Assurance frais d'affaires	SOLO Assurance dépenses courantes
<b>2 999 \$ et moins (incluant l'en-vigueur*)</b>	<p><b>Salarié</b> Aucune preuve financière</p> <p><b>Autres</b> Aucune preuve financière sauf si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Majoration de 20 %</li> <li>• Moins de 12 mois dans l'emploi actuel<sup>1</sup></li> </ul>	<p>Aucune preuve financière sauf si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de 12 mois à son compte avec l'entreprise actuelle<sup>1</sup></li> </ul> <p>Veillez toutefois remplir en tout temps la section de la proposition : QUESTIONS POUR SOLO ASSURANCE FRAIS D'AFFAIRES SEULEMENT en page 2.</p>	
<b>3 000 \$ et plus (incluant l'en-vigueur*)</b>	<p><b>Salarié</b> Aucune preuve financière</p> <p><b>Autres</b> Preuve financière nécessaire</p>	<p>Veillez indiquer les frais le plus exactement possible; en cas d'invalidité, Desjardins Assurances effectue le règlement sur la base de pièces justificatives comme c'est toujours le cas dans l'industrie.</p>	Aucune preuve financière
<b>Preuves financières s'il y a lieu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copie des déclarations de revenus fédérales (2 ans)</li> <li>• États financiers de la dernière année</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• États financiers de l'année fiscale en cours</li> </ul>	

Pour obtenir la prestation garantie :

Les clients admissibles des classes 4A, 3A, 2A ou A doivent fournir des preuves financières complètes, soit les T4 ou T1 pour les salariés seulement et les T1 accompagnés des états financiers pour les autres. Pour les classes 4A et 3A, l'information financière des 2 dernières années est requise, et pour les classes 2A et A, celle des 3 dernières années doit être soumise.

\*Calcul de l'assurance en vigueur :

Ne pas inclure :

- Assurance qui sera remplacée suite à la mise en vigueur de la protection demandée (indiquez tout de même toutes les protections en vigueur dans la proposition)
- Assurance créances
- Assurance frais d'affaires

Veillez noter que, pour un employé à commission, il n'y a pas d'état financier qui est produit. Vous n'avez donc pas à en soumettre.

<sup>1</sup> Si le client est dans l'entreprise actuelle depuis moins de 12 mois, il doit fournir les états financiers pour l'année fiscale en cours.

Il est à noter que l'avis de cotisation ne constitue pas une preuve financière pour déterminer le revenu assurable, puisqu'il ne permet pas de distinguer les différentes sources de revenus, ce que permet la déclaration de revenus fédérale.

### **4.9.3 Taux privilégiés relatifs aux non-fumeurs**

Pour obtenir les taux privilégiés relatifs aux non-fumeurs, l'assuré ne doit pas avoir fait usage de tabac sous toutes ses formes (cigarettes, cigares, cigarillos), y compris les substituts de nicotine (timbres, gomme à mâcher ou autres), ni de marijuana, y compris ses dérivés (hachisch, etc.), au cours des douze (12) derniers mois.

Comme c'est le cas pour toutes les autres déclarations figurant dans la proposition, une réponse erronée à cette question entraînera la nullité du contrat.

### **4.9.4 Résidence**

Résider au Canada depuis au moins un an.

### **4.9.5 Alcool et drogues**

Ces éléments sont très importants dans l'évaluation des risques. Il faut donc répondre correctement aux questions de la proposition les concernant et fournir les questionnaires requis afin de faciliter leur évaluation.

### **4.9.6 Conduite automobile**

Dans certains cas (voir le tableau des preuves d'assurabilité), le dossier de conduite automobile est nécessaire à l'évaluation des risques. Il est important de faire signer l'autorisation et de la joindre à la proposition d'assurance afin d'éviter des retards.

### **4.9.7 Faillites**

L'assurance invalidité n'est pas offerte aux demandeurs n'ayant pas encore été libérés d'une faillite. Les autres cas doivent être considérés individuellement. Il est possible que la période d'attente soit plus longue et la période d'indemnisation plus courte.

### **4.9.8 Sports et loisirs**

Les athlètes professionnels ne sont pas admissibles à l'assurance invalidité. En ce qui concerne la pratique de sports dangereux, le questionnaire approprié doit être rempli et joint à la proposition d'assurance. Dans certains cas, une exclusion du sport concerné pourra être appliquée.

### **4.9.9 Aviation**

La participation à des vols aériens autrement qu'à titre de passager à bord d'un avion commercial doit être déclarée, et une exclusion la concernant est généralement applicable. L'assurance salaire n'est pas offerte aux pilotes d'avion commercial.

### **4.9.10 Voyages et résidence à l'étranger**

Les déplacements à l'étranger peuvent représenter des risques additionnels d'invalidité. La proposition d'assurance comporte des questions à cet effet. Il est donc important de fournir toutes les informations nécessaires à l'évaluation des risques, p. ex. : les lieux visités, la durée du séjour, la raison de celui-ci, etc.

Dans certains cas ciblés, des exclusions sont appliquées afin de limiter les risques inhérents aux voyages ou à la résidence à l'étranger. Il arrive parfois que l'assurance invalidité ne puisse être accordée (fréquence des voyages, pays à haut risque).

### **4.9.11 Exclusions**

Après l'évaluation des risques, certains problèmes de santé, la participation à certains sports et des voyages à l'étranger peuvent être exclus. Nous pouvons ainsi offrir une assurance invalidité pour les autres possibilités. Certains problèmes graves de santé ne permettent toutefois pas l'acceptation d'une proposition d'assurance invalidité.

## 4.9.12 Révision d'exclusions

Dans les cas où la condition de santé s'est améliorée de façon notable et s'est stabilisée depuis au moins 2 ans, et où il n'y a pas de possibilité de récurrence, une demande de révision pourra être soumise pour évaluation.

## 4.10 Demande de prestations

### Comment fonctionne une demande de prestations?

Desjardins Assurances espère que la santé de l'assuré sera toujours bonne et qu'il n'aura jamais à soumettre une demande de prestation d'invalidité. Toutefois, si tel devait être le cas, Desjardins Assurances accompagne le conseiller et l'assuré à chacune des étapes de la demande afin d'assurer un déroulement harmonieux.

Tout d'abord, Desjardins Assurances recommande à l'assuré de voir un médecin le plus rapidement possible afin qu'il puisse constater son état. C'est la date de la première consultation médicale suivant l'arrêt de travail qui fait foi de la date du début de l'invalidité. Le début rapide des investigations et du traitement ne peut que permettre à l'assuré de se rétablir et de retourner au travail le plus tôt possible.

Desjardins Assurances recommande ensuite à l'assuré de communiquer avec son conseiller qui le soutiendra dans l'ensemble de ses démarches. Les demandes de prestations doivent être transmises par écrit à Desjardins Assurances dans les 30 jours suivant la date de l'événement pouvant entraîner le paiement de la rente mensuelle.

### Quels sont les formulaires à compléter lors d'une demande de prestations?

Pour faire une demande de prestation, l'assuré doit remplir différents formulaires et fournir certains documents obligatoires :

- 1) Demande de prestations relatives à une invalidité (formulaire n° 09044)  
L'assuré doit compléter certaines sections, de même que l'employeur, s'il y a lieu. De plus, la section « Autorisation à la collecte et à la communication des renseignements personnels » doit être dûment signée.
- 2) RACQ – Maladies à caractère physique ou psychologique – demande initiale (formulaire n° 02025)  
Il s'agit d'un document à compléter par le médecin traitant. Veuillez noter que plusieurs médecins exigent des frais pour remplir le rapport médical et que ces derniers sont à la charge de l'assuré.  
Si la période d'attente est de plus de 30 jours, une copie des notes évolutives du médecin traitant, qui ont trait à l'invalidité en cours, devra être jointe au rapport médical.
- 3) S'il s'agit d'une invalidité qui survient dans les 2 premières années d'émission du contrat ou de remise en vigueur, l'assuré doit compléter le Formulaire autorisation RAMQ
- 4) S'il s'agit d'un contrat SOLO Assurance frais d'affaires, il faut aussi compléter le formulaire Demande de remboursement – Assurance frais d'affaires (formulaire n° 09110). De plus, des preuves doivent être soumises à Desjardins Assurances en ce qui a trait aux frais engagés depuis le début de l'invalidité totale au moyen de factures, reçus ou autres documents satisfaisants pour Desjardins Assurances.

## Quelles sont les preuves financières à fournir

Afin de calculer les prestations maximales qui sont payables, des preuves de revenus sont nécessaires. En fonction de son statut, l'assuré devra fournir :

### Salarié :

- Rente mensuelle de 1 200 \$ et moins :
  - Aucune preuve financière pour les 36 premiers mois. Par la suite, la déclaration de revenus provinciale de la dernière année ou les 3 déclarations de revenus les plus rentables des 5 dernières années pourraient être requises.
- Rente mensuelle de plus de 1 200 \$ :
  - La déclaration de revenus provinciale de la dernière année ou les 3 déclarations de revenus les plus rentables des 5 dernières années pourraient être requises.

### Autres :

- Rente mensuelle de 1 200 \$ et moins :
  - Aucune preuve financière pour les rentes mensuelles de 1 200 \$ et moins pour les 36 premiers mois. Par la suite, la déclaration de revenus provinciale de la dernière année ou les 3 déclarations de revenus les plus rentables des 5 dernières années pourraient être requises.
- Rente mensuelle de plus de 1 200 \$ :
  - La déclaration de revenus provinciale de la dernière année ou les 3 déclarations de revenus les plus rentables des 5 dernières années pourraient être requises.

Il est possible que des renseignements supplémentaires soient exigés en plus des documents précités.

## Qu'est-ce que la clause d'inconstabilité?

Si l'invalidité survient dans les deux premières années d'émission du contrat ou de sa remise en vigueur, Desjardins Assurances doit appliquer la clause d'inconstabilité. C'est-à-dire que le secteur des réclamations doit procéder à une étude approfondie du dossier, ce qui crée un délai supplémentaire, compte tenu qu'il faut vérifier la liste de tous les médecins que l'assuré a vu dans les cinq dernières années, ainsi qu'analyser chacun des dossiers de médecin traitant. Pour ce faire, le secteur des réclamations doit d'abord demander la liste des médecins que l'assuré a consultés et ensuite communiquer avec chacun de ces médecins et commander les dossiers.

## Quel est le délai de traitement pour une demande de prestations?

Une fois que Desjardins Assurances aura reçu ces documents, un délai de 7 jours ouvrables est requis pour l'analyse du dossier. Pour être admissible à des prestations, l'assuré devra répondre à certains critères.

Pour être admissible à une prestation d'invalidité totale (l'assuré pourrait avoir souscrit une option d'invalidité partielle ou résiduelle, auquel cas il n'aurait pas besoin d'être considéré comme totalement invalide pour avoir droit à la prestation), l'assuré doit répondre aux critères d'admissibilité et à la définition d'invalidité totale.

Une fois que la demande de prestation est acceptée et que l'assuré a satisfait à la période d'attente, la rente sera versée mensuellement par dépôt direct ou par chèque. Si l'assuré se rétablit en cours de mois, un prorata sera calculé afin d'indemniser chacune des journées où il n'a pas été en mesure de travailler.

Si vous avez des questions concernant l'état d'une demande de prestations, vous pouvez communiquer avec le secteur des prestations au 1 877 838-7750.

## 4.11 Valeur nette

Si la valeur nette du client excède 4 millions de dollars, le client doit répondre à la question « Valeur nette » dans la proposition. La rente mensuelle demandée sera réduite de 400 \$ par tranche de 100 000 \$ de valeur nette excédant 4 millions de dollars.

Le domicile, la résidence saisonnière, les voitures, les collections et les autres biens personnels ne sont pas pris en considération dans le calcul de la valeur nette.

Les actifs qui génèrent un revenu non gagné doivent être exclus du calcul de la valeur nette afin d'éviter un double ajustement de la rente.

## 4.12 Revenus non professionnels

Les revenus non professionnels sont des revenus qui ne sont pas liés aux activités professionnelles de la personne. Ils continuent d'être produits indépendamment de son incapacité à travailler (p. ex. : revenu de placements, loyer, locations, redevances, revenu de pensions).

Si les revenus non professionnels excèdent le moindre de 30 000 \$ ou 15 % du revenu gagné déclaré, le client doit répondre aux questions relatives aux « Revenus non professionnels » dans la proposition. Le cas échéant, différents ajustements peuvent être apportés par rapport à ce qui a été demandé initialement : diminuer le montant de rente, augmenter la période d'attente, réduire la période d'indemnisation.

Aussi, lorsque le revenu non professionnel excède 50 % du revenu annuel gagné, le risque n'est habituellement pas acceptable pour l'assurance salaire. Chaque cas fait l'objet de considération individuelle.

Exemple :

Un assuré, travailleur autonome, a un revenu annuel de 30 000 \$, qui équivaut à 36 000 \$ une fois majoré, donc à une rente mensuelle de 2 150 \$. Il a aussi un revenu non professionnel de 7 200 \$. Le taux d'imposition estimé est de 50 %.

Est-ce que le revenu non professionnel (7 200 \$) excède 15 % du revenu annuel gagné (majoré, s'il y a lieu)?

Oui (15 % de 36 000 \$ : 5 400 \$).

Une réduction de la rente mensuelle est donc nécessaire :

$7\,200 \$ - 5\,400 \$ = 1\,800 \$$  (qui équivaut au revenu non professionnel excédentaire)

Réduction pour impôt sur l'excédent du revenu non professionnel

$50 \% \times 1\,800 \$ = 900 \$$

$900 \$ / 12 \text{ mois} = 75 \$$  de réduction/mois

Rente mensuelle après réduction

La rente mensuelle maximale de 2 150 \$ doit être réduite de 75 \$.

$2\,150 \$ - 75 \$ = 2\,075 \$/\text{mois}$



## Outils et matériel de vente



**Desjardins**  
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

# Outils et matériel de vente

Voici la liste des outils et du matériel de vente mis à votre disposition pour vous aider dans vos démarches.

Ces documents sont disponibles sur le site [webi](#)

## Outils de vente

### Analyse des besoins financiers

L'analyse des besoins financiers a pour but de déterminer le besoin (rente mensuelle, périodes d'attente et d'indemnisation), de se conformer à l'AMF et d'avoir toutes les informations en main pour établir une illustration.

Il existe un formulaire ABF pour l'Assurance salaire et un autre pour l'Assurance frais d'affaires.

### Formulaire d'évaluation préliminaire

Les formulaires d'évaluation préliminaire ont pour but de vous permettre d'être plus efficace et de poser les bonnes questions à votre client avant de soumettre une proposition d'assurance, si vous avez des doutes sur l'assurabilité ou la classe professionnelle de votre client.

Il existe un formulaire d'évaluation préliminaire pour l'état de santé et un autre pour la classe professionnelle.

## Matériel de vente

### Brochure conseiller (n° 09035F)

Brochure générale présentant les principaux avantages de chacune des protections SOLO en fonction de la cible. Propose un discours qu'un représentant peut utiliser en présence de son client.

### Brochure client (n° 10016F)

Brochure générale présentant les principaux avantages de chacune des protections SOLO en fonction de la cible. Propose un discours qu'un représentant peut utiliser en présence de son client.

### Feuillet SOLO

Les conseillers qui désirent personnaliser les feuillets SOLO peuvent le faire en envoyant un courriel à Communication Marketing et en prenant soin d'y indiquer leur nom et leurs coordonnées et d'y joindre une photo haute résolution. DSF fournira un fichier PDF, sans frais, qui pourra être imprimé localement et envoyé par le conseiller à sa clientèle existante ou à des clients potentiels, par la poste ou par courriel.





## Annexes

# Annexe A : Critère de sélection

Tableau de preuves d'assurabilité – Produits d'assurance invalidité

Rente mensuelle	Âge		
	18-45	46-55	56 +
0 \$ à 2 000 \$	1	1	1
2 001 \$ à 3 999 \$	1	2	3
4 000 \$ à 6 000 \$	4	4	5
6 000 \$ et plus	4	4	5

1. Déclaration(s) d'assurabilité
2. Déclaration(s) d'assurabilité, paramédical et urine
3. Déclaration(s) d'assurabilité, paramédical et profil sanguin
4. Déclaration(s) d'assurabilité, paramédical, profil sanguin, rapport de conduite automobile et rapport d'enquête
5. Déclaration(s) d'assurabilité, paramédical, profil sanguin, électrocardiogramme au repos, rapport de conduite automobile et rapport d'enquête

## Notes :

- Un rapport d'enquête et un rapport médical pourront être demandés en tout temps de façon discrétionnaire.
- Copie des déclarations de revenus fédérales (2 ans) pour les montants de rente mensuelle de 3 000 \$ et plus (excepté pour les salariés).
- Formulaire : « Modification – Régime d'assurance salaire » dans le cas de rentes d'invalidité imposables.
- Formulaire pour l'autorisation du rapport de conduite automobile pour 4 000 \$ et plus (pour le Québec seulement).

# Annexe B : Définitions des maladies graves

## A. Cancer

Un diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

- Exclusion : Aucune prestation ne sera payable dans le cas des cancers suivants qui n'ont pas de risque de décès à court terme :
- carcinome in situ; **ou**
  - mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V); **ou**
  - tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases; **ou**
  - cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

### Période moratoire d'exclusion

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si :

dans les 90 premiers jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la date de prise d'effet du contrat **ou**
- la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur,

l'assuré a présenté des signes ou des symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic, ou a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat).

Vous devez faire part de cette information à la compagnie dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas cette information, la compagnie a le droit de refuser toute prestation pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par son traitement.

## B. Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

Le diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par :

- L'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus et présentant au moins un des éléments suivants :
  - a) symptômes de crise cardiaque;
  - b) nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde; **ou**
  - c) apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle y compris, mais non exclusivement, une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste.

- Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants :
- élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limitée à une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q;
  - découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde;
  - lequel ne répond pas à la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) décrite précédemment.

## C. Chirurgie coronarienne

La chirurgie du cœur visant à remédier, par pontage aortocoronarien, au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire. Les interventions non chirurgicales, ou par biais de cathéters, telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction, ne sont pas couvertes. Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de la chirurgie coronarienne.

## D. Remplacement des valves du cœur

Le remplacement chirurgical de toute valve du cœur par une valve naturelle ou mécanique. Un spécialiste doit approuver la nécessité médicale de cette chirurgie.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour la réparation d'une valve cardiaque.

## E. Chirurgie de l'aorte

Une intervention chirurgicale pour remédier à une anomalie de l'aorte, qui nécessite une excision et le remplacement chirurgical de l'aorte au moyen d'un greffon. On entend par « aorte », l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications. Un spécialiste doit approuver la nécessité médicale de la chirurgie de l'aorte.

## F. Accident vasculaire cérébral

Un diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, une hémorragie intracrânienne ou une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; **et**
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de trente (30) jours suivant la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants :

- attaques ischémiques cérébrales transitoires, ou
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou
- infarctus lacunaire, lequel ne répond pas à la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment.

## G. Sclérose en plaques

Un diagnostic définitif, d'au moins une des conditions suivantes :

- au moins deux épisodes distincts, confirmés par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation;
- des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins 6 mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation; **ou**
- un seul épisode, confirmé par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation et s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois.

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste.

## H. Maladie d'Alzheimer

Un diagnostic définitif d'une affection dégénérative progressive du cerveau. L'assuré doit présenter des signes de détérioration intellectuelle affectant la mémoire et le jugement, et entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social. Cette réduction doit nécessiter une surveillance journalière de huit heures au minimum. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer doit être posé par un spécialiste.

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera payable pour cette condition pour tout autre désordre organique du cerveau de type démentiel ainsi que pour les maladies psychiatriques.

## I. Maladie de Parkinson

Un diagnostic définitif de la maladie de Parkinson primitive idiopathique, laquelle se caractérise par un minimum de deux des manifestations cliniques suivantes : rigidité musculaire, tremblements ou bradykinésie (lenteur anormale des mouvements, ralentissement des réactions physiques et mentales). L'assuré doit avoir besoin d'aide physique substantielle d'un autre adulte pour effectuer au moins deux (2) des six (6) activités de la vie quotidienne suivantes. Le diagnostic de maladie de Parkinson doit être posé par un spécialiste.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- prendre son bain : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires;
- se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux;
- faire sa toilette : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète;
- être continent : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général;
- se mouvoir : capacité d'entrer ou de sortir d'un lit, de s'asseoir ou de se relever d'une chaise ou d'une chaise roulante, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint;
- se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera payable pour cette condition pour tout autre type de parkinsonisme.

## J. Paralysie

Le diagnostic définitif de la perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus, résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, durant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

## K. Perte de membres

Le diagnostic définitif de la séparation irréversible et complète de deux ou plusieurs membres, au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville, résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire. Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.

## L. Cécité

Un diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux yeux; **ou**
- un champ visuel de moins de 20 degrés dans les deux yeux.

Le diagnostic de cécité doit être confirmé par un spécialiste.

## M. Surdité

Le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'ou ie des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz. Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

## N. Perte de la parole

Le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou d'une maladie physique et démontré pour une période continue d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition pour toute cause psychiatrique.

## O. Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente

Le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier selon la transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, l'assuré doit être inscrit comme receveur dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux  tats-Unis d'Amérique et qui effectue la forme de transplantation requise. Aux fins de la définition de la période de survie, la date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de l'assuré à un tel programme de transplantation. Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste.

## P. Transplantation d'un organe vital

Le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour se qualifier selon la transplantation d'un organe vital, l'assuré doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, en se limitant à ces organes. Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste.

## Q. Insuffisance rénale

Un diagnostic définitif du stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, ou par une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

## R. Méningite bactérienne

Un diagnostic définitif de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique document  pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic. Le diagnostic de méningite bactérienne doit être confirmé par une analyse de laboratoire et doit être fait par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans le cas d'une méningite virale.

## S. Coma

Un diagnostic définitif d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pour une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre (4) ou moins pendant les 96 heures. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants :

- un coma médicalement provoqué; ou
- un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue; ou
- un diagnostic de mort cérébrale.

## T. Brûlures sévères

Le diagnostic définitif de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures sévères doit être posé par un spécialiste.

## U. Tumeur cérébrale bénigne

Le diagnostic définitif d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou par radiation ou provoquer des déficits neurologiques documentés et irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas de microadénomes pituitaires de moins de 10 mm.

### Période moratoire d'exclusion

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si :

dans les 90 premiers jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

- la date de prise d'effet du contrat ou
- la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur,

l'assuré a présenté des signes ou des symptômes ou a subi des investigations menant au diagnostic de tumeur cérébrale bénigne sans égard à la date du diagnostic, ou a fait l'objet d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne.

Vous devez faire part de cette information à la compagnie dans les six mois suivant la date du diagnostic. Si vous ne divulguez pas cette information, la compagnie a le droit de refuser toute prestation pour une tumeur cérébrale bénigne ou pour toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.

## V. Maladie du neurone moteur

Un diagnostic définitif d'une des maladies suivantes : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primaire, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudobulbaire, et se limite à ces maladies. Le diagnostic de maladie du neurone moteur doit être posé par un spécialiste.

## W. Infection au VIH dans le cadre de l'occupation

Un diagnostic définitif d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de l'assuré, et qui a exposé celui-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date de prise d'effet du contrat ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur.

La prestation ne sera payable que si tous les critères suivants sont respectés :

- la blessure accidentelle doit être signalée à la compagnie dans les 14 jours suivant l'accident;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée entre 90 et 180 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé au Canada ou aux États-Unis d'Amérique;
- la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis d'Amérique.

Le diagnostic d'infection au VIH dans le cadre de l'occupation doit être posé par un spécialiste.

**Exclusion :** Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants :

- l'assuré a refusé d'utiliser tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la blessure accidentelle;
- l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non accidentelle (incluant, mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogues intraveineuses).

## X. Anémie aplasique

Un diagnostic définitif, confirmé par biopsie, d'une défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

- stimulation de la moelle osseuse;
- immunosuppresseurs;
- greffe de la moelle osseuse.

Le diagnostic d'anémie aplasique doit être posé par un spécialiste.

## Y. Perte d'autonomie

Un diagnostic définitif de :

- l'incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne, ou
- déficience cognitive définie ci-après;

pour une période continue de plus de 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement. Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un spécialiste.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- prendre son bain : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires;
- se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux;
- faire sa toilette : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète;
- être continent : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général;



- se mouvoir : capacité d'entrer ou de sortir d'un lit, de s'asseoir ou de se relever d'une chaise ou d'une chaise roulante, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint;
- se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

La déficience cognitive est définie comme « détérioration mentale et perte de l'aptitude intellectuelle, se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables et qui résultent d'une cause organique objective diagnostiquée par un spécialiste ». Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière continue d'au moins 8 heures par jour.

L'établissement de la déficience cognitive sera fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides des dites déficiences.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette condition pour tout trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique.

# Annexe C : Tableau de rentes mensuelles maximales

Revenu annuel	Rente mensuelle non imposable	Rente mensuelle imposable	Assurance emploi – Montant au 120 <sup>e</sup> jour
16 000 \$ et moins	1 200 \$	1 200 \$	600 \$
18 000 \$	1 200 \$	1 350 \$	650 \$
20 000 \$	1 300 \$	1 500 \$	700 \$
22 000 \$	1 400 \$	1 650 \$	775 \$
24 000 \$	1 525 \$	1 800 \$	825 \$
26 000 \$	1 625 \$	1 950 \$	900 \$
28 000 \$	1 725 \$	2 100 \$	950 \$
30 000 \$	1 850 \$	2 250 \$	1 000 \$
32 000 \$	1 950 \$	2 400 \$	1 075 \$
34 000 \$	2 050 \$	2 550 \$	1 125 \$
36 000 \$	2 150 \$	2 700 \$	1 175 \$
38 000 \$	2 275 \$	2 850 \$	1 250 \$
40 000 \$	2 350 \$	3 000 \$	1 300 \$
42 000 \$	2 450 \$	3 150 \$	1 325 \$
44 000 \$	2 550 \$	3 300 \$	1 300 \$
46 000 \$	2 625 \$	3 450 \$	1 300 \$
48 000 \$	2 725 \$	3 600 \$	1 275 \$
50 000 \$	2 825 \$	3 750 \$	1 275 \$
55 000 \$	3 050 \$	4 125 \$	1 250 \$
60 000 \$	3 275 \$	4 500 \$	1 225 \$
65 000 \$	3 525 \$	4 875 \$	1 225 \$
70 000 \$	3 750 \$	5 250 \$	1 200 \$
75 000 \$	3 875 \$	5 625 \$	1 200 \$
80 000 \$	4 075 \$	6 000 \$	1 175 \$
85 000 \$	4 275 \$	6 375 \$	1 150 \$
90 000 \$	4 450 \$	6 750 \$	1 150 \$
95 000 \$	4 650 \$	7 125 \$	1 125 \$
100 000 \$	4 850 \$	7 500 \$	1 125 \$
110 000 \$	5 250 \$	8 250 \$	1 100 \$
120 000 \$	5 475 \$	9 000 \$	1 075 \$
130 000 \$	5 850 \$	9 750 \$	1 075 \$
140 000 \$	6 225 \$	10 000 \$	1 050 \$
150 000 \$	6 600 \$	10 000 \$	1 050 \$
160 000 \$	6 950 \$	10 000 \$	1 025 \$
170 000 \$	7 325 \$	10 000 \$	1 025 \$
180 000 \$	7 700 \$	10 000 \$	1 025 \$
190 000 \$	8 050 \$	10 000 \$	1 000 \$
200 000 \$	8 425 \$	10 000 \$	1 000 \$
210 000 \$	8 800 \$	10 000 \$	1 000 \$
220 000 \$	9 150 \$	10 000 \$	975 \$
230 000 \$	9 525 \$	10 000 \$	975 \$
240 000 \$	9 900 \$	10 000 \$	975 \$
250 000 \$ et +	10 000 \$	10 000 \$	975 \$

**IMPORTANT : Pour les regroupements de polices, utilisez la colonne Rente mensuelle imposable. Dans les autres cas, utilisez toujours la colonne Rente mensuelle non imposable.**