



Assurance invalidité Guide de tarification

Pour usage exclusif des conseillers



Assurances

Table des matières

Renseignements généraux	1
Introduction	1
Ventes réussies	2
▪ Établissement des attentes	2
▪ La tarification de l'assurance vie par rapport à la tarification de l'assurance invalidité	2
▪ Offres de rechange	2
Évaluation médicale du risque	3
▪ À faire et à éviter	3
▪ Évaluation des risques aggravés	3
▪ Les principales décisions de tarification et leur signification	3
▪ Maladies qui entraînent automatiquement un refus d'accorder l'assurance invalidité	4
Tarification financière	5
▪ Avantages indirects	5
▪ Modification coordonnatrice de groupe ou d'association	5
Lignes directrices pour la lettre d'accompagnement	6
▪ Quand fournir une lettre d'accompagnement	6
▪ Renseignements à inclure dans une lettre d'accompagnement	6
Problèmes médicaux	7
▪ Alcool (excès/abus)	8
▪ Anxiété	8
▪ Apnée du sommeil	9
▪ Arthrite	9
▪ Asthme	10
▪ Cancer	10
▪ Dépression	11
▪ Diabète	11
▪ Épilepsie	12
▪ Grossesse	12
▪ Hypertension artérielle	13
▪ Maladie de Crohn et colite	13
▪ Maux de tête et migraines	14
▪ Obésité	14
▪ Reflux gastro-œsophagien	15
▪ Toxicomanie	15
▪ Troubles du dos	16
▪ Définition Non-fumeur	16
Problèmes non médicaux	17
▪ Infractions relatives à un véhicule automobile	17
▪ Voyages à l'étranger	17

Renseignements généraux

Les polices d'assurance invalidité de RBC Assurances® sont conçues pour verser des prestations mensuelles afin de protéger le revenu en cas d'invalidité ou de maladie. La nature de l'assurance invalidité exige que l'on porte une attention particulière à de nombreuses affections physiques et déficiences. En règle générale, la tarification de l'assurance invalidité nécessite davantage d'attention que la tarification de l'assurance vie ou de l'assurance maladies graves. En effet, les problèmes physiques ou déficiences peuvent amener l'assureur à prendre la décision d'établir une police modifiée en raison de la probabilité d'une invalidité.

Introduction

Il est essentiel d'établir des attentes raisonnables auprès de vos clients si vous souhaitez réussir dans la vente d'assurance invalidité individuelle. Un proposant peut considérer la tarification comme un processus compliqué et déroutant. L'objectif du présent guide est de vous fournir des renseignements clairs, concis et pratiques pour vous aider à expliquer nos processus de tarification et, finalement, à faire souscrire davantage de contrats.

Ce guide est un outil important car il peut vous aider à déterminer si votre client est admissible à l'assurance invalidité et, le cas échéant, selon quels critères.

L'utilité du guide pour vous, à titre de conseiller :

- Il vous aidera à gérer les attentes de votre client
- Il vous aidera à faire souscrire davantage de contrats, plus rapidement
- Il vous aidera à expliquer l'importance de la rigueur à l'étape de la proposition, en vue de diminuer le risque de surprises et d'inquiétudes, tant pour vous que pour votre client

L'utilité du guide pour votre client :

- Votre client sera mieux informé quant au type de renseignements requis
- Il acquerra, dès l'étape de la proposition, une meilleure compréhension des résultats possibles en matière de tarification

Ce guide fournit un cadre général des résultats possibles de la tarification. Il fournit une évaluation provisoire en fonction de l'état de santé général. Il ne constitue pas une garantie de la décision qui sera prise. Les problèmes de santé courants font l'objet d'une discussion dans la partie Problèmes médicaux du guide. **Étant donné que l'énumération d'absolument tous les troubles possibles dans le présent guide ne ferait qu'alourdir cet outil, nous vous demandons de communiquer avec votre représentant, Soutien des ventes, ou avec le Service de tarification si vous avez des questions.**

La décision définitive qui est prise relativement à une proposition dépend des conclusions tirées du dossier dûment documenté et examiné. Cette décision incombe au tarificateur de RBC Assurances.

Ventes réussies

Au moment de remplir la proposition, il est important de connaître les différents résultats possibles de la tarification. Cette connaissance est essentielle à la réussite de chaque vente. La partie Problèmes médicaux du présent guide met l'accent sur les modifications qui pourraient devoir être apportées pour établir une assurance aux personnes ayant d'importants problèmes de santé. Il est important d'avoir une connaissance préalable de ces problèmes afin de mieux préparer le client, mais le conseiller pourrait également éviter une décision défavorable en proposant un délai de carence plus long ou une période d'indemnisation plus courte. Par exemple :

- Un délai de carence plus long (sans l'avenant Premier jour d'hospitalisation) élimine souvent le besoin d'inclure des avenants d'exclusion.
- Une période d'indemnisation plus courte peut réduire le pourcentage de la surprime requise.

Ce guide traitera également des proposants qui pourraient ne pas être admissibles à la couverture en raison de certains problèmes physiques ou certaines déficiences.

Établissement des attentes

En informant votre client des résultats possibles de l'évaluation et en recueillant le plus d'information possible au moment de remplir la proposition, vous augmentez la probabilité de conclure une affaire qui autrement peut prendre plus de temps à évaluer ou pour laquelle la police devra être établie selon des modalités modifiées.

Quelques principes directeurs :

- La tarification de l'assurance invalidité est un processus qui est généralement plus long que celui de l'assurance vie ou maladies graves.
- Le montant de l'assurance invalidité souscrite dépend du revenu. Ainsi, le processus de souscription exige généralement que le proposant fournisse de la documentation financière. Il est important de recueillir ces renseignements et de les examiner avec le client afin de s'assurer qu'il demande une couverture appropriée.
- Le proposant peut accélérer le processus en vous fournissant des renseignements exacts et complets en temps opportun.

La tarification de l'assurance vie par rapport à la tarification de l'assurance invalidité

Comme la plupart des gens connaissent mieux l'assurance vie, il est possible de faire des rapprochements entre l'assurance vie et l'assurance invalidité et de souligner les différences entre elles, et ainsi limiter les frustrations potentielles. Les risques en assurance invalidité et en assurance vie sont différents. Par conséquent, les facteurs suivants sont d'une importance capitale en assurance invalidité, mais ils sont moins préoccupants en assurance vie.

Revenu : L'assurance invalidité nécessite généralement la présentation de renseignements financiers au moment de remplir la proposition ou de présenter une demande de règlement. En règle générale, de tels renseignements ne sont cependant pas requis en assurance vie ; en effet, le revenu constitue un facteur déterminant uniquement lorsqu'un montant d'assurance important est en cause.

Profession : L'établissement de la profession et des tâches connexes est un élément critique pour déterminer le taux de prime approprié, voire l'admissibilité à l'assurance invalidité. À moins d'exercer une activité dangereuse, la profession n'est généralement pas prise en compte dans la tarification de l'assurance vie.

Offres de rechange

Malheureusement, pour un nombre restreint de dossiers, RBC Assurances ne peut établir de police d'assurance assujettie à une tarification complète en raison d'une affection physique ou d'une déficience. Dans ces situations, l'équipe de tarification communiquera avec vous pour discuter de la possibilité d'assurer le proposant au moyen du produit de la Série Fondamentale®. Dans la mesure du possible, nous ferons une offre pour laquelle le client n'aura aucune autre mesure à prendre.

Évaluation médicale du risque

L'évaluation médicale du risque fait référence à la nécessité de consulter des renseignements médicaux ou sur l'état de santé d'un proposant dans le cadre de l'évaluation de son dossier. Il est important que le proposant comprenne son obligation de répondre aux questions de manière exacte et complète. Une maladie, une blessure ou un état de santé préexistant déclaré, figurant dans la proposition, dont la couverture n'est pas exclue, sera assuré à partir de la date d'établissement de la police. Toutefois, l'omission d'aviser RBC Assurances d'un tel état préexistant pourrait entraîner le rejet d'une demande de règlement ou la résiliation du contrat. Si un doute subsiste quant à la possibilité d'assurer un proposant, communiquez avec votre représentant, Soutien des ventes, ou avec un coordonnateur des dossiers de tarification.

Bien que plusieurs proposant seront admissibles à l'assurance invalidité standard, certains ne le seront pas en raison de leurs antécédents médicaux. Pour ceux-là, nous nous efforcerons d'établir une police selon des modalités modifiées qui fournit une couverture à un coût raisonnable.

À faire et à éviter

	À FAIRE	À ÉVITER
Décision du Service de la tarification	Informar le proposant qu'il ne doit pas présumer que la couverture est en vigueur avant que le Service de la tarification n'ait pris de décision.	Informar le client qu'il est assurable en ce qui concerne l'assurance invalidité d'après l'approbation de son assurance vie.
Catégories professionnelles	Se reporter au guide des catégories professionnelles pour connaître les titres de fonctions précis. Passer en revue les tâches accomplies et le pourcentage de temps consacré à chaque tâche.	
Remplacements	Fournir la date à laquelle la prime de la couverture en vigueur doit être payée et soumettre une formule de remplacement de police, au besoin.	Recommander au client de résilier toute couverture existante avant de savoir si la nouvelle couverture est approuvée et entrée en vigueur.
Exclusions	Discuter avec le proposant de la possibilité qu'un avenant d'exclusion soit ajouté, en présence d'un trouble de santé important. Consultez la partie Problèmes médicaux pour connaître la liste des affections courantes et de l'issue possible quant à la décision prise.	
Discussions sur les surprimes	Discuter avec le proposant de la possibilité qu'une surprime soit imposée en raison de facteurs médicaux ou non médicaux.	

Évaluation des risques aggravés

En matière d'assurance invalidité, l'évaluation des risques aggravés fait référence à la modification d'une couverture en raison de résultats des examens médicaux et d'antécédents médicaux, de troubles physiques ou d'une situation non médicale existante ou qui a déjà existé.

Les principales décisions de tarification et leur signification

Les tarificateurs de RBC Assurances peuvent prendre six principaux types de décision :

- **Taux standard** – Lorsque les taux de prime sont établis, il est présumé qu'il y aura un certain niveau de morbidité (demandes de règlement). Le tarificateur permettra donc l'application des taux de prime normaux si le risque se situe dans les limites de risque fixées lors de l'établissement des taux de prime de base.
- **Réduction de la prestation** – Choisir un délai de carence plus long, une période d'indemnisation plus courte ou réduire le montant de la prestation.
- **Surprime** – Une surprime est imposée lorsque le risque est supérieur à celui sur lequel reposent les hypothèses utilisées pour établir les taux de prime de base. La surprime est appliquée au taux de base.
- **Exclusion** – Un avenant d'exclusion est imposé lorsqu'on juge que le risque est trop important pour appliquer une surprime, sans être un motif suffisant pour refuser l'établissement d'une police. En somme, le risque est acceptable, mais il est trop élevé pour qu'une augmentation de la prime puisse suffire à elle seule ; il est impossible d'y fixer un taux. Dans de telles circonstances, l'exclusion d'un problème médical particulier ou d'une activité sportive ou d'un passe-temps est offerte.

Les trois types d'exclusions sont les suivants:

- **L'exclusion intégrale** écarte toute responsabilité dans le cas d'invalidité attribuable à l'affection expressément désignée.
- **L'exclusion de durée limitée (DL)** prévoit un délai de carence précis pour une affection particulière, mais aussi pleine couverture une fois ce délai de carence écoulé.
- **L'exclusion d'affection caractérisée (AC)** prévoit de l'assurance dans le cas d'une affection nommément désignée, le délai de carence, la période d'indemnisation et le montant d'indemnisation y étant également précisés.
- Offre de rechange – Il s'agit d'une offre différente de celle offerte relativement à un produit d'assurance assujetti à une tarification complète.
- Refus – La décision de refuser une assurance est prise lorsque le risque et la probabilité de présentation d'une demande de règlement sont trop élevés. Il n'est alors pas possible d'assurer le risque à un taux raisonnable ou d'offrir une couverture raisonnable.

Il est possible de combiner des exclusions et des surprimes, en fonction des antécédents médicaux du client.

Maladies qui entraînent automatiquement un refus d'accorder l'assurance invalidité

Il arrive parfois qu'il est préférable de ne pas soumettre la proposition d'un client ayant un problème de santé grave. La présentation d'une proposition dont le refus est certain sera non seulement contrariant pour le client, mais constituera également une mauvaise utilisation de votre temps et empêchera par ailleurs le tarificateur de traiter d'autres dossiers. Ne soumettez pas de proposition lorsque le client est atteint d'un des problèmes ci-dessous :

- Antécédents d'alcoolisme et consommation actuelle d'alcool
- Ancien alcoolique – refuser pendant les cinq premières années de sobriété
- Consommation illicite actuelle de drogues autres que la marijuana
- Lupus érythémateux
- Cirrhose
- Toute forme d'hépatite C ou d'hépatite C chronique – dans les deux cas, refuser pendant les cinq années suivant le diagnostic
- Maladie de Cushing
- Névrite optique – refuser pendant les 10 années suivant le diagnostic
- Grossesse en cours avec des complications actuelles
- Maladie polykystique des reins ou antécédents familiaux positifs
- Séropositif pour le VIH ou SIDA diagnostiqué
- Fatigue chronique, symptômes présents
- Dystrophie musculaire
- Polymyosite ou dermatomyosite
- Sclérose latérale amyotrophique (SLA), aussi connue sous le nom de maladie de Lou-Gehrig
- Maladie de Charcot-Marie-Tooth (CMT)
- Maladie de Huntington
- Sclérose en plaques (SP)
- Myasthénie gravis
- Maladie de Parkinson
- Schizophrénie
- Fibrose kystique
- Maladie d'Alzheimer ou démence
- Emphysème

Tarification financière

L'objectif de la tarification financière est de s'assurer que le montant d'assurance demandé est approprié en regard de la situation financière. Étant donné l'importance de fournir un incitatif financier à l'assuré pour retourner au travail dès que cela est possible sur le plan physique, il est important de limiter le montant total de prestation d'invalidité qu'il peut recevoir. RBC Assurances a publié des [limites d'établissement et de participation](#) en fonction du revenu.

L'examen et la validation de l'information financière constituent l'une des principales raisons pour lesquelles l'établissement d'une police est retardé ou une proposition est refusée. Le fait de passer en revue l'information financière avec le client avant de soumettre la proposition peut aider à améliorer cet aspect de l'évaluation. Fournir un justificatif de revenu en même temps que la proposition peut améliorer l'efficacité du processus.

Pour les exigences financières, veuillez vous reporter à la page 1 de la [Proposition d'assurance invalidité](#).

Avantages indirects

Les travailleurs autonomes et les représentants à commission accusent une plus grosse perte de revenu que d'autres proposants pendant une invalidité. Pour cette raison, des avantages indirects sont ajoutés au revenu assurable de ces personnes. Ces avantages correspondent à 20 % du revenu net gagné par un travailleur autonome ou un représentant à commission, jusqu'à concurrence de 40 000 \$ par année. Si un représentant gagne à la fois un salaire et une commission, les avantages indirects sont calculés uniquement en fonction de la partie assurable du revenu provenant du revenu de commission net. Les avantages indirects ne doivent pas être inclus dans le revenu inscrit dans la proposition. Seul le revenu réel doit être indiqué dans la proposition ; les avantages indirects seront calculés par le tarificateur afin de déterminer le montant d'assurance admissible.

Modification coordonnatrice de groupe ou d'association

La personne assurée a le choix de souscrire une assurance pour compléter les prestations de son assurance de groupe ou d'association ou de souscrire une assurance d'un montant plus élevé et d'y annexer une Modification coordonnatrice – Groupe/Association. La modification coordonnatrice de groupe est importante pour ceux qui souscrivent une assurance pour compléter une assurance collective existante. Elle fait en sorte que le régime collectif est le premier payeur et que le régime privé est utilisé pour compléter le régime collectif en élargissant les définitions du régime collectif et en renforçant certaines des garanties de l'assurance collective.

La personne assurée peut compléter les prestations d'une assurance de groupe ou d'association pourvu que la somme totale de ces prestations et des indemnités d'une police individuelle ne dépasse pas l'indemnisation maximale à laquelle son revenu donne droit selon nos limites de souscription courantes. Si cette somme dépasse nos limites de souscription courantes, cette modification coordonnatrice sera appliquée à l'excédent seulement, conformément à la police. Une réduction de prime de 10 % est appliquée à la police si l'excédent est d'au moins 1 000 \$ ou s'il correspond au montant intégral de la prestation prévue par la police, si ce montant est moins élevé. Si la police de la personne assurée comporte une réduction de prime de 10 %, il lui incombe de nous informer de la cessation de son assurance de groupe ou d'association. Si nous n'en sommes pas informés et qu'une demande de règlement ouvre droit à des prestations, ces prestations seront réduites de 10 %.

Lignes directrices pour la lettre d'accompagnement

Une lettre d'accompagnement est une communication adressée au tarificateur qui vous donne la possibilité de fournir des renseignements supplémentaires. Elle peut servir à préciser des détails sur les tâches professionnelles, l'état de santé et la situation financière du proposant.

Quand fournir une lettre d'accompagnement

Il n'est pas nécessaire d'envoyer une lettre d'accompagnement avec chaque proposition. Cependant, elle peut être utile pour aider le tarificateur à mieux comprendre le proposant si celui-ci :

- A des problèmes de santé existants et importants
- A des comportements négatifs influant sur sa santé, comme la consommation de drogues ou l'abus d'alcool
- A des accusations criminelles contre lui ou s'est fait suspendre son permis
- Voyage beaucoup, ou
- Présente une demande de remplacement de revenu comportant des primes importantes

Renseignements à inclure dans une lettre d'accompagnement

Une lettre d'accompagnement devrait inclure, sans toutefois s'y limiter, des renseignements généraux sur la vente :

- Depuis quand vous connaissez le proposant
- L'objectif de l'assurance
- Des précisions relatives à tout élément indiqué ci-dessus
- Les détails relatifs à toute assurance existante et à toute intention de la remplacer, le cas échéant
- La participation d'autres professionnels à la vente (avocats, comptables, etc.)

La lettre d'accompagnement peut comprendre d'autres types de détails, selon la situation du proposant. En règle générale, plus il y a de renseignements, plus cela simplifie le processus.

Problèmes médicaux

Cette partie décrit les problèmes médicaux qui sont souvent mentionnés dans une proposition d'assurance invalidité. La liste indique les décisions de tarification typiques, mais elle ne constitue pas une garantie des décisions qui seront rendues. Elle vous permettra de préparer votre client ou de repérer les situations où il est peu probable qu'une offre soit faite, éliminant ainsi les surprises désagréables.

Il s'agit des résultats potentiels pour chacun des problèmes de santé. Si le client indique plus d'un problème de santé dans sa proposition, le résultat potentiel peut être différent.

Le processus sera accéléré par la remise de questionnaires dûment remplis ou de déclarations au moment de la proposition.



Six types de décision – taux standard, réduction de la prestation, surprime, exclusion, offre de rechange, refus

Alcool (excès/abus)

L'alcoolisme est une maladie chronique marquée par une consommation d'alcool qui perturbe la santé physique ou mentale ou les responsabilités sociales, familiales ou professionnelles. Les complications découlant de la dépendance à l'alcool ou de l'abus d'alcool sont nombreuses et omniprésentes. Les personnes souffrant de l'abus d'alcool et de la dépendance souffrent également des troubles qui y sont associés, comme de l'anxiété et de la dépression ou de troubles du comportement antisociaux.

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
- Traitement (médicaments, admission dans un centre de traitement, participation à un groupe d'entraide comme les Alcooliques anonymes) - Facteurs liés à la stabilité (finances, emploi) - Présence de conséquences médicales ou psychologiques - Conduite avec facultés affaiblies (dates) - Quantité de consommation actuelle - Tout arrêt de travail	- Questionnaire sur la consommation d'alcool - Déclaration du médecin traitant (du médecin de famille et du centre de traitement, s'il y a lieu, si disponible) - Analyse sanguine complète - Dossier de conduite, s'il y a lieu	- Antécédents d'abus d'alcool: taux standard à un refus - Dépend du niveau de la consommation, antérieure, le temps écoulé depuis le début du rétablissement, des antécédents relatifs à la conduite avec facultés affaiblies et des facteurs liés à la stabilité (aucune conséquence médicale ou psychologique actuelle découlant d'un excès ou d'un abus) - L'usage actuel d'alcool, sans antécédents de consommation d'abus, peut être standard en fonction de la fréquence d'utilisation, et pour autant qu'il n'y ait pas d'autres préoccupations au point de vue de la tarification

Anxiété (comprend trouble d'anxiété généralisée)

L'anxiété est un sentiment d'appréhension ou de peur qui s'installe et qui peut être situationnelle ou chronique. Le trouble d'anxiété généralisée peut être chronique ou récurrent et peut comporter des symptômes d'inquiétude excessive ou d'anxiété pendant au moins six mois. D'autres symptômes peuvent y être associés, comme de l'agitation, de la fatigue, des difficultés de concentration, la perturbation du sommeil, etc. L'ampleur des symptômes est telle que ceux-ci peuvent troubler les fonctions sociales, professionnelles ou autres.

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
- Dates de l'apparition et du diagnostic, durée - Gravité des symptômes - Fréquences des épisodes - Nombre d'épisodes exigeant un traitement - Cause (si connue) - Symptômes continus (le cas échéant) - Traitement (médicaments et posologie) - Hospitalisation ou visites à l'urgence - Tout arrêt de travail	- Questionnaire sur la santé mentale - Déclaration du médecin traitant	- Dépend de la durée et de la gravité des symptômes, du nombre d'épisodes, du type et de la durée du traitement passé ou actuel et du temps écoulé depuis le rétablissement complet - Peut varier entre standard (pour les antécédents distants et moins graves), une exclusion et un refus - Les délais de carence de 30 ou de 60 jours ne sont généralement pas offerts

Six types de décision – taux standard, réduction de la prestation, surprime, exclusion, offre de rechange, refus

Apnée du sommeil

L'apnée du sommeil se manifeste par des apnées (des arrêts de la respiration durant au moins 10 secondes) pendant le sommeil. Parmi les symptômes, mentionnons la dysfonction cognitive, le changement de personnalité, la somnolence le jour et un mauvais rendement au travail pendant la journée. L'apnée du sommeil peut être liée à l'obésité et à des problèmes aux voies respiratoires.

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
- Dates de l'apparition et du diagnostic - Gravité des symptômes - Tous les détails d'études antérieures du sommeil (dates et dossiers) - Traitement (ventilation à pression positive continue [PPC ou CPAP], chirurgie) - Hospitalisation ou visites à l'urgence - Problèmes de santé sous-jacents (obésité, usage du tabac, etc.)	- Questionnaire sur l'apnée du sommeil - Déclaration du médecin traitant, en fonction des antécédents (y compris les résultats de toute étude du sommeil)	- Dépend de la gravité des symptômes - Peut varier entre standard et un refus

Arthrite (arthrose ou arthropathie chronique dégénérative – à l'exception de la polyarthrite rhumatoïde)

L'arthrite est une maladie musculosquelettique chronique causant la détérioration du cartilage des articulations et une nouvelle formation osseuse aux extrémités des articulations. Les grandes articulations des jambes (hanches, chevilles et genoux) ont tendance à être les plus gravement touchées. Le processus est lent et les symptômes peuvent n'apparaître que des années après une blessure. La maladie est rarement diagnostiquée avant l'âge mûr et lorsqu'elle l'est, il peut s'agir d'un problème plus grave. Le surpoids et certaines professions tendent à ajouter une charge supplémentaire sur les articulations et peuvent accélérer ou aggraver le développement de l'arthrose.

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
- Dates de l'apparition et du diagnostic - Type d'arthrite - Gravité des symptômes - Blessure grave ou chirurgie d'une articulation - Traitement (médicaments et posologie) - Limitations des activités (le cas échéant) - Tous les détails des tâches professionnelles - Tout arrêt de travail	- Déclaration supplémentaire sur la santé - Déclaration du médecin traitant	- Dépend de la gravité des symptômes, de l'articulation affectée, de la profession et de toute limitation ou de tout traitement - Condition légère à modérée : - Joint unique : peut varier entre exclusion de l'articulation impliquée à standard - Plus d'une articulation impliquée : exclusion des articulations impliquées et exclusion de l'arthrite - Grave (prise depuis longtemps de prednisone, plusieurs articulations touchées) : refus

Six types de décision – taux standard, réduction de la prestation, surprime, exclusion, offre de rechange, refus

Asthme

L'asthme est caractérisé par des crises récurrentes d'essoufflement et de respiration sifflante causées par la contraction des bronches et bronchioles. En règle générale, l'asthme constitue une réaction allergique au pollen, à la poussière, à des aliments, à des médicaments, ou une réaction à une infection ou à des facteurs inconnus. Il est plus fréquent chez les enfants et les jeunes adultes.

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
- Dates de l'apparition et du diagnostic - Gravité des symptômes - Fréquence des crises - Traitement (médicaments et posologie) - Troubles respiratoires sous-jacents - Hospitalisation ou visites à l'urgence - Usage du tabac	Questionnaire sur les troubles respiratoires	- Dépend de la fréquence des épisodes, de la maîtrise des symptômes, statut de fumeur et de tout autre trouble médical sous-jacent - Cas plutôt favorables – léger à modéré : - Épisodes non fréquent et bien maîtrisé : généralement standard - Épisodes fréquente et bien maîtrisé : exclusion pour asthme - Cas moins favorables : varie entre une exclusion avec prestations limitées et le refus

Cancer

Le cancer, ou le néoplasme malin, représente un large éventail de maladies caractérisées par la prolifération cellulaire anormale. Les cellules se divisent et grossissent de manière déréglée, elles forment des tumeurs malignes et envahissent les parties adjacentes du corps. Le cancer peut également se propager dans des parties plus éloignées du corps, par voie lymphatique ou sanguine. Il existe plus de 200 types de cancers connus chez l'humain. Les causes du cancer sont variées, complexes et comprises en partie seulement.

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
- Date du diagnostic - Type de cancer - Tous les détails sur le traitement - Fréquence des suivis ou suivis prévus - Rechute ou métastase (propagation) - Hospitalisation ou visites à l'urgence - Limitations des activités (le cas échéant) - Tout arrêt de travail	Déclaration du médecin traitant (doit inclure les rapports de pathologie initiaux, la phase et l'étendue de la maladie, le traitement, la progression de la maladie et l'état actuel)	- Dépend de la phase au diagnostic initial, de la gravité et des résultats des traitements - Peut varier entre standard et un refus

Six types de décision – taux standard, réduction de la prestation, surprime, exclusion, offre de rechange, refus

Dépression (comprend la dépression majeure)

La dépression est un état émotionnel caractérisé par des sentiments persistants de tristesse, de ne rien valoir, de rejet, de désespoir et par un manque d'intérêt dans les activités habituelles.

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
- Dates de l'apparition et du diagnostic - Fréquence et dates des épisodes antérieurs - Traitement (médicaments et posologie) - Hospitalisation ou visites à l'urgence - Pensées suicidaires ou tentatives de suicide - Tous les détails des médecins procurant un traitement et des recommandations - Tout arrêt de travail	- Questionnaire sur la santé mentale - Déclaration du médecin traitant	- Dépend de la durée et de la gravité des symptômes, du nombre d'épisodes, du type et de la durée du traitement passé ou actuel et du temps écoulé depuis le rétablissement complet - Les délais de carence de 30 ou de 60 jours ne sont généralement pas offerts - Peut varier entre standard (pour les antécédents distants et moins graves), une exclusion et un refus

Diabète (antécédents d'hyperglycémie)

Le diabète est une maladie chronique caractérisée par un excès de sucre dans le sang, causée par une carence d'insuline, par la résistance à l'insuline ou par les deux. Les effets à long terme du diabète sont cumulatifs. Il existe deux catégories générales d'effets à long terme : les dommages causés aux artères de tailles moyenne et grande et les dommages causés aux artéριοles et aux capillaires.

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
- Dates de l'apparition et du diagnostic - Traitement (médicaments et posologie) - Facteurs de contrôle (alimentation, exercices) - Type de diabète - Tension artérielle - Usage du tabac	- Questionnaire sur le diabète - Déclaration du médecin traitant - Analyse sanguine et de l'urine	- Dépend du type de diabète, de la corpulence et de l'âge à l'apparition de la maladie - Varie entre une surprime avec prestations limitées et le refus

Six types de décision – taux standard, réduction de la prestation, surprime, exclusion, offre de rechange, refus

Épilepsie (crises épileptiques)

L'épilepsie est un trouble du système nerveux central caractérisé par des crises. Les crises sont causées par des décharges d'influx nerveux anormaux. Elles se manifestent généralement pendant l'enfance. Lorsqu'elles se manifestent à l'âge adulte, une maladie sous-jacente peut être présente. Suivant un examen approfondi, si aucune cause n'est découverte, on présume qu'il s'agit de l'épilepsie. S'il y a une maladie sous-jacente (par exemple, une tumeur au cerveau, une maladie dégénérative du cerveau), cette maladie sous-jacente peut être davantage préoccupant pour la tarification que les crises qui en découlent.

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
- Dates de l'apparition et du diagnostic - Gravité des symptômes - Fréquence et dates des épisodes antérieurs - Type d'épilepsie - Traitement (médicaments et posologie) - Hospitalisation ou visites à l'urgence	- Questionnaire sur les crises convulsives - Déclaration du médecin traitant, en fonction des antécédents	- Dépend du type d'épilepsie, du niveau de contrôle et de la date de la dernière manifestation - Petit mal : dépend du niveau de contrôle et du temps écoulé depuis la dernière crise ; la tarification pourrait être standard à un refus - Grand mal : probablement un risque aggravé important (surprime et période d'indemnisation limitée) à un refus

Grossesse

De nombreux problèmes peuvent être provoqués par des complications d'une grossesse, notamment sans toutefois s'y limiter, une fatigue inhabituelle, une recommandation de rester au lit, l'hyperemesis gravidarum et le diabète de grossesse.

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
- Date d'accouchement prévue - Antécédents des grossesses antérieures et de toute complication - Hospitalisation ou visites à l'urgence	Déclaration du médecin traitant, en fonction des antécédents	- Dépend des complications actuelles ou passées et de tout problème de santé antérieur ou actuel - Toute approbation de couverture exigera l'exclusion des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement

Six types de décision – taux standard, réduction de la prestation, surprime, exclusion, offre de rechange, refus

Hypertension artérielle (hypertension)

L'hypertension artérielle se caractérise par une pression anormalement élevée de la tension artérielle. L'hypertension artérielle est généralement considérée comme haute lorsque la tension est supérieure à 140 mmHg (systolique) sur 90 mmHg (diastolique).

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
▪ Date du diagnostic ▪ Traitement (médicaments et posologie) ▪ Autres problèmes (rénaux ou cardiovasculaires) ▪ Limitations des activités (le cas échéant) ▪ Antécédents familiaux (le cas échéant)	▪ Signes vitaux, en fonction des antécédents	▪ Dépend de la mesure moyenne, de l'indice de masse corporelle (IMC) et du niveau de contrôle ▪ Bien contrôlé à l'aide d'un ou de deux médicaments : standard ▪ Mal contrôlé : varie entre la surprime et le refus

Maladie de Crohn et colite

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire chronique qui touche généralement l'iléon terminal (iléite, entérite) ou le colon (colite). La maladie inflammatoire de l'intestin fait référence à une inflammation chronique de l'intestin de cause inconnue, souvent associée à la maladie de Crohn et à la rectocolite hémorragique.

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
▪ Dates de l'apparition et du diagnostic ▪ Gravité des symptômes ▪ Fréquence et dates des épisodes antérieurs ▪ Traitement (médicaments et posologie) ▪ Perte de poids (le cas échéant)	▪ Questionnaire sur les troubles gastro-intestinaux ▪ Déclaration du médecin traitant et toutes les notes cliniques, ainsi que tous les résultats d'analyses et les rapports de recommandation	▪ Dépend de la gravité des symptômes, du traitement et des complications ▪ Peut varier entre standard et un refus

Six types de décision – taux standard, réduction de la prestation, surprime, exclusion, offre de rechange, refus

Maux de tête et migraines

Les maux de tête sont courants et sont généralement bénins. La migraine est un trouble caractérisé par des maux de tête récurrents. Il est important de connaître la cause sous-jacente, l'intensité, la qualité, la durée et la fréquence. Les maux de tête peuvent être associés à une multitude de causes possibles : une simple infection virale, une sinusite, une lésion occupant de l'espace, comme une tumeur, une méningite, la dépression, une exposition toxique (plomb, monoxyde de carbone, etc.) et l'hypertension.

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
- Dates de l'apparition et du diagnostic - Fréquence des maux de tête - Gravité des symptômes - Traitement (médicaments et posologie) - Hospitalisation ou visites à l'urgence - Niveau de maîtrise - Tout arrêt de travail	- Questionnaire sur les maux de tête/migraines - Déclaration du médecin traitant, en fonction des antécédents	- Dépend de la fréquence, du niveau de déficience, de l'association à d'autres troubles et du traitement - Maux de tête et migraines (légers, non fréquents, symptômes faciles à maîtriser) : standard - Migraines (fréquentes qui rendent invalide) : varie entre l'exclusion des maux de tête et des migraines et le refus

Obésité (corpulence)

Le surpoids, ou l'obésité, est un problème préoccupant pour la santé, dont la prévalence s'est accrue au cours des 40 dernières années. On considère qu'une personne est obèse lorsque son indice de masse corporelle (IMC) se situe entre 30 et 39,9. La préoccupation relative à une personne obèse est l'excès de graisse. Le risque de complications augmente lorsque la masse adipeuse s'accroît davantage.

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
- Traitement (chirurgie ou médicaments en vue de la perte de poids ou du contrôle du poids) - Variation récente du poids - Complications entraînées par l'obésité - Limitations des activités (le cas échéant) - Tous les détails des tâches professionnelles	- Déclaration du médecin traitant, en fonction des antécédents - Signes vitaux, en fonction des antécédents	- Dépend du niveau d'obésité, d'autres problèmes de santé et du traitement - Peut varier entre le taux standard, une surprime élevée et le refus

Six types de décision – taux standard, réduction de la prestation, surprime, exclusion, offre de rechange, refus

Reflux gastro-œsophagien

Le reflux gastro-œsophagien désigne la remontée de substances acides de l'estomac dans l'œsophage. Le principal symptôme est une sensation de brûlure de l'estomac.

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
- Dates de l'apparition et du diagnostic - Traitement (médicaments et posologie) - Gravité des symptômes - Fréquence et dates des épisodes antérieurs - Présence de complications	- Questionnaire sur les troubles gastro-intestinaux - Déclaration du médecin traitant, en tenant compte des antécédents	- Dépend du niveau de contrôle et de la durée du contrôle - Peut varier entre standard et un refus

Toxicomanie (excluant l'alcool)

La toxicomanie correspond à la consommation de toute substance créant un état de dépendance pour des motifs autres que ceux prévus, ou au non-respect des directives ou des quantités prescrites. Cela comprend les drogues illégales et les médicaments d'ordonnance.

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
- Fréquence de la consommation - Traitement (médicaments, participation à un groupe d'entraide, admission à un centre de traitement ou recommandation d'un tel centre) - Facteurs liés à la stabilité (finances, emploi) - Antécédents de rechutes - Infractions criminelles ou accusations en instance	- Questionnaire sur la consommation de drogues - Déclaration du médecin traitant - Analyse sanguine complète (les prélèvements par lancettes ou les échantillons de sang séché ne sont pas acceptés) - Dossier de conduite, s'il y a lieu	- La tarification relative à la toxicomanie est complexe ; un dossier peut comporter des nuances exigeant une certaine discussion - Peut varier entre standard et un refus selon la fréquence de consommation passée, le nombre d'années depuis la dernière utilisation et la présence de facteurs favorables - L'usage actuel de la marijuana à des fins récréatives uniquement peut varier entre standard et un refus selon la fréquence de consommation et de tout autre problème de souscription associé - Toute autre consommation actuelle de drogue : généralement un refus

Six types de décision – taux standard, réduction de la prestation, surprime, exclusion, offre de rechange, refus

Troubles du dos

Les troubles du dos peuvent se manifester fréquemment. Ils peuvent faire appel à diverses parties du corps notamment, aux vertèbres, aux disques, aux racines nerveuses, aux facettes articulaires, aux muscles ou aux ligaments. Les récurrences sont fréquentes, souvent déclenchées par une activité intense. Il peut se passer des mois, voire des années, sans symptômes, et une rémission peut se produire spontanément avec le temps. Les troubles du dos sont souvent diagnostiqués par l'étude des antécédents et un examen physique.

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
- Dates de l'apparition et du diagnostic - Gravité des symptômes - Fréquence et dates des épisodes antérieurs - Limitations des activités (le cas échéant) - Hospitalisation ou visites à l'urgence - Tâches professionnelles - Tout arrêt de travail - Tous les détails sur le traitement (consultations de spécialistes, traitements chiropratiques ou autres)	- Questionnaire sur les maux de dos - Déclaration du médecin traitant, en tenant compte des antécédents	- Dépend des causes sous-jacentes, des tâches professionnelles, de la fréquence des épisodes et de la gravité - Peut varier entre standard et un refus

Définition Non-fumeur

Pour la définition de Non-fumeur, veuillez vous référer aux [Directives de tarification pour Assurance invalidité individuelle et Assurance en cas de maladie grave](#).

Six types de décision – taux standard, réduction de la prestation, surprime, exclusion, offre de rechange, refus

Problèmes non médicaux

Infractions relatives à un véhicule automobile

La conduite ne représente généralement pas une préoccupation majeure dans la plupart des propositions d'assurance invalidité, mais il y a un autre élément du risque à prendre en considération lorsqu'on veut avoir une vue d'ensemble d'un proposant. Plus le nombre d'infractions commises par le proposant au volant d'un véhicule automobile augmente, plus la probabilité augmente d'un accident d'automobile, ainsi que celle d'une invalidité. Si le dossier de conduite du proposant est mauvais, il est possible que ce dernier ne représente pas un risque standard

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
▪ Violations/infractions au code de la route (dates, nombre et motifs) ▪ Abus d'alcool ou de drogue ▪ Suspensions ou révocations de permis ▪ Prise de médicaments pouvant nuire à la conduite	▪ Dossier de conduite	▪ Dépend du type d'infraction, du nombre de violations et du dernier incident ▪ L'indemnisation pourrait être limitée ▪ L'excès de vitesse, les accidents mineurs causant des dommages minimes : varie entre le taux standard et la surprime ▪ Infraction majeure, y compris la conduite avec les facultés affaiblies et la conduite dangereuse : varie entre le taux standard et le refus

Voyages à l'étranger (résidence à l'étranger)

Certains des risques traditionnellement associés aux voyages à l'étranger, comme l'exposition à des maladies infectieuses, des normes inférieures en matière de santé publique, l'hygiène et les conditions de vie générales, ne sont pas aussi importants qu'ils l'ont déjà été dans le passé. Des problèmes médicaux particuliers peuvent survenir dans certains pays, comme le manque de ressources médicales de qualité et la distribution défectueuse de certains médicaments.

Détails à fournir avec la proposition	Exigences attendues	Décisions de tarification probables
▪ Durée, destination (région rurale ou urbaine) et fréquence des voyages ▪ But (affaires, tourisme) ▪ Renseignements sur l'employeur	▪ Questionnaire sur le voyage	▪ Dépend de l'endroit et de la fréquence ▪ Tourisme : généralement standard ▪ Voyages aux États-Unis : standard ▪ Voyager jusqu'à 25 % du temps dans les pays à faible risque : généralement standard ▪ Voyage plus de 25 % du temps dans les pays à faible risque : généralement assurable avec exclusion pour le voyage ▪ Voyage dans les pays à risque élevé : peut être assurable avec exclusion plus restrictive pour le voyage à un refus



Assurances