

Frais généraux d'entreprise

GUIDE DU CONSEILLER EN ASSURANCE

À l'intention des conseillers uniquement.

CODE DE PRODUIT

906

GENRE DE PRODUIT

Protection d'entreprise

CONSEIL DE VENTE

De nombreux étudiants souscrivent une protection du revenu alors qu'ils étudient pour devenir des professionnels. Toutefois, ils retardent souvent la souscription d'une assurance Frais généraux d'entreprise (FGE) jusqu'à ce qu'ils aient actuellement une entreprise. Entre-temps, ces mêmes étudiants accumulent des dettes importantes qui doivent être protégées en cas d'invalidité. Pensez à faire souscrire une assurance FGE plus rapidement pour protéger les dettes de votre client grâce à l'assurance Frais généraux d'entreprise pour étudiants unique à RBC Assurances®. Avant d'avoir une entreprise ou un bureau, cette assurance jouera un rôle très important en aidant votre client à rembourser ses prêts étudiants ou toute autre dette. Une fois que celui-ci aura une entreprise ou un bureau, cette assurance deviendra une assurance FGE plus traditionnelle.

OBJECTIF / CLIENTÈLE

La police d'assurance Frais généraux d'entreprise (FGE) s'adresse aux dirigeants de sociétés ou de cabinets à peu d'actionnaires, ainsi qu'aux propriétaires de petites entreprises. Il s'agit d'une police de remboursement des frais mensuels fixes que l'entreprise doit continuer à engager pour demeurer en exploitation jusqu'au retour du propriétaire par suite d'une invalidité. Cette police d'assurance permet le maintien des activités de l'entreprise jusqu'à ce que la personne assurée retourne au travail ou prenne une décision concernant l'avenir de l'entreprise.

Cette assurance revêt une importance capitale dans les entreprises ou les cabinets dont la survie repose essentiellement sur la capacité du propriétaire de se rendre au travail. Les bons clients éventuels sont les médecins, les avocats, les comptables, les ingénieurs et les autres personnes sur lesquelles repose la capacité de produire un revenu pour payer les factures.

Toutes ces caractéristiques et le fait que les primes sont déductibles aux fins de l'impôt à titre de frais d'entreprise font du contrat d'assurance Frais généraux d'entreprise un élément essentiel du programme de sécurité financière du propriétaire d'entreprise. Ce contrat assure la survie de l'entreprise en cas d'invalidité.

RENOUVELLEMENT

Le contrat d'assurance Frais généraux d'entreprise est irrévocable et son maintien est garanti jusqu'à l'âge de 65 ans. Après 65 ans, l'assurance peut être maintenue à certaines conditions lorsque la personne assurée occupe un emploi et est responsable des frais engagés pour maintenir en activité l'entreprise ou le bureau. Les taux de primes et les périodes d'indemnisation peuvent changer après l'âge de 65 ans. La personne assurée peut maintenir son assurance pour invalidité totale jusqu'à l'âge de 75 ans. Après 75 ans, toutefois, les indemnités pour invalidité totale seront réduites de 50 %.

DIRECTIVES DE TARIFICATION

Catégories professionnelles :	4A, 3A, 2A, A			
Indemnisation mensuelle minimale :	450 \$ (Il peut s'agir d'une indemnisation de base de 100 \$, majorée au moyen de l'Avenant Indemnité complémentaire pour frais généraux)			
Limites de souscription :	4A*	3A	2A	A
	30 000 \$	15 000 \$	7 000 \$	5 000 \$

* Les propositions de plus de 30 000 \$, jusqu'à concurrence de 40 000 \$, seront étudiées pour les professions de catégorie 4A (y inclus les professions de catégorie 3A qui ont bénéficié d'un rehaussement à 4A), moyennant une attestation financière et l'examen du dossier complet par la Tarification. **Pour être admissible**, la personne à assurer doit avoir gagné au moins 100 000 \$ au cours des deux dernières années et compter au moins trois ans d'expérience dans sa profession actuelle. De plus, la limite de participation pour les personnes admissibles sera portée à 70 000 \$.

Les limites de souscription de l'assurance Frais généraux d'entreprise sont en sus des limites normales de souscription et de l'assurance invalidité. Toutefois, si l'assurance protection du revenu déjà en vigueur excède nos limites de souscription et de participation, ou si le proposant a une surassurance en vertu d'un autre produit d'assurance en cas d'invalidité, la police ne peut pas être approuvée. Elle ne sera pas approuvée non plus si le revenu du proposant est inférieur au minimum requis dans le cas de l'assurance invalidité.

Age à la souscription, périodes d'indemnisation et délais de carence :

Âge*	Catégorie	Périodes d'indemnisation	Délais de carence
18-60	4A, 3A, 2A	15 ou 24 mois	15, 30, 60 ou 90 jours
18-60	A	15 ou 24 mois	30, 60 ou 90 jours

* Pour connaître les taux applicables aux personnes de 61 à 63 ans, communiquez avec votre bureau de vente régional. (Ne sont offerts qu'aux personnes des catégories 4A et 3A. Certaines restrictions s'appliquent.)

Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter la section du présent document intitulée Exigences de la Tarification.

DÉFINITIONS D'INVALIDITÉ

INVALIDITÉ TOTALE

La personne assurée est considérée comme totalement invalide si, par suite d'une blessure ou d'une maladie :

1. elle est incapable d'accomplir les tâches importantes de sa profession habituelle ; et
2. elle reçoit les soins d'un médecin et suit le traitement qu'il prescrit.

INVALIDITÉ PARTIELLE

La personne assurée est considérée comme partiellement invalide si, par suite d'une blessure ou d'une maladie :

1. elle est incapable d'accomplir les tâches habituelles de sa profession, au moins pendant la moitié du temps habituellement nécessaire ; ou
2. elle est incapable d'accomplir une ou plusieurs tâches importantes de sa profession ; et
3. elle reçoit les soins d'un médecin et suit le traitement qu'il prescrit.

GARANTIES DE LA POLICE

INVALIDITÉ TOTALE

Si la personne assurée est toujours totalement invalide à l'expiration du délai de carence, nous lui remboursons les frais engagés, jusqu'à concurrence de l'indemnisation mensuelle maximale. Les frais remboursables sont ceux qui sont nécessaires à l'exploitation de l'entreprise de la personne assurée ou à l'exercice de sa profession. Vous trouverez la liste des frais remboursables à la section du présent document intitulée Exigences de la Tarification.

INVALIDITÉ PARTIELLE

Si la personne assurée est toujours partiellement invalide à l'expiration du délai de carence, nous lui remboursons une partie des frais remboursables. Les indemnités pour invalidité partielle sont égales à 50 % du montant de l'indemnisation mensuelle maximale et payables pendant un maximum de trois mois, pour autant que le montant de l'indemnisation maximale globale n'ait pas encore

été atteint. Il n'est pas nécessaire que l'invalidité partielle soit consécutive à une période d'invalidité totale.

Les prestations versées sont assujetties aux limitations et aux exclusions que stipule la police.

GARANTIE DE CUMUL

Lorsque le montant des frais remboursables du mois est inférieur à l'indemnisation mensuelle maximale, la différence peut être reportée et appliquée à un autre mois pour lequel le montant des frais remboursables est supérieur à l'indemnisation mensuelle maximale. La somme des indemnités payables ne peut pas être supérieure à l'indemnisation mensuelle multipliée par le nombre de mois de la période d'indemnisation. Cette garantie s'applique si la personne assurée est totalement invalide.

PROLONGATION DE LA GARANTIE

Si la personne assurée est totalement invalide durant toute la période d'indemnisation et si le total des indemnités versées au cours de cette période est inférieur à l'indemnisation maximale globale, nous continuerons à verser des indemnités pour invalidité totale tant que la personne assurée demeurera totalement invalide, jusqu'à ce que le montant de l'indemnisation maximale globale ait été atteint.

PRÉSUMPTION D'INVALIDITÉ TOTALE

Si la personne assurée perd irrémédiablement la vision des deux yeux, la parole, l'ouïe des deux oreilles ou l'usage de deux membres, elle sera considérée comme totalement invalide et touchera des indemnités pour invalidité totale.

PRESTATIONS DE SURVIVANT

Si le décès de la personne assurée survient en cours d'indemnisation pour invalidité totale et avant l'âge de 65 ans, le bénéficiaire recevra un chèque représentant une fois et demie le montant de la prestation mensuelle maximale payable au moment du décès. Le paiement de cette prestation ne doit pas avoir pour effet de dépasser le montant de l'indemnisation maximale globale.

DROIT DE SUBSTITUTION DU CONTRAT

La personne assurée peut demander avant l'âge de 60 ans de substituer sa police Frais généraux d'entreprise à une police d'assurance individuelle RBC Assurances équivalente prévoyant une indemnisation mensuelle du montant le moins élevé entre le même montant d'indemnisation mensuelle, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ et le montant de la prestation maximale des frais mensuels remboursables, sous réserve des justifications financières. Ces directives s'appliquent aux polices Frais généraux d'entreprise présentement offertes. Certaines polices plus anciennes ne prévoient pas de montant d'indemnisation maximale de 5 000 \$.

Pour demander la substitution, veuillez présenter une proposition standard, sans remplir la section sur les renseignements médicaux. Il n'y a aucune attestation de santé requise. Tous les formulaires d'autorisation doivent être remplis, étant donné qu'il y aura une étude financière du risque. Les limites de revenu, de souscription et de participation s'appliquent.

Nous retiendrons l'âge, les taux de primes et la catégorie professionnelle au moment de la souscription de la police FGE, mais la date d'effet de la nouvelle police sera différente. Toute exclusion et/ou surprime s'appliquant à la police d'origine s'appliqueront aussi à la nouvelle police.

La période d'indemnisation de la nouvelle police sera de deux ans. Le délai de carence restera le même sauf s'il était de 15 jours, auquel cas la nouvelle police comportera un délai de carence de 30 jours. Des délais de carence plus longs peuvent être demandés.

Si la police FGE comporte un Avenant – Indemnité complémentaire pour frais généraux de six mois, ce dernier sera transformé en IMC avec période d'indemnisation de six mois.

RECHUTE D'INVALIDITÉ

Lorsque la personne assurée redevient invalide en raison des mêmes causes ou pour des causes connexes, moins de six mois consécutifs après s'être rétabli, nous considérerons cette invalidité comme la prolongation de la période d'invalidité précédente.

CUMUL DE JOURS D'INVALIDITÉ

Aux fins du délai de carence, les périodes d'invalidité totale attribuables aux mêmes causes ou à des causes connexes peuvent être cumulées et considérées ininterrompues si l'intervalle qui les sépare est de 12 mois ou moins.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsque la personne assurée est invalide depuis 90 jours, nous payons les primes exigibles au cours de son invalidité et lui remboursons les primes acquittées au cours de ces 90 premiers jours.

EXCLUSIONS

Nous ne verserons pas d'indemnités pour une invalidité attribuable à ce qui suit :

- fait ou accident de guerre, déclarée ou non ; ou
- grossesse ou accouchement normaux ; nous assurerons cependant les complications invalidantes de la grossesse ou de l'accouchement.

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

PROLONGATION DE LA GARANTIE INVALIDITÉ PARTIELLE PAR SUITE DE BLESSURE OU DE MALADIE (H782)

Si la personne assurée est partiellement invalide, soit depuis la date de la blessure ou le début de la maladie, soit après une période d'invalidité totale, elle a droit à 50 % du montant de l'indemnisation mensuelle maximale, pendant un maximum de six mois. Cette garantie remplace la garantie Invalidité partielle de la police. La garantie est offerte aux personnes des catégories 4A, 3A et 2A âgées de 18 à 55 ans.

INDEMNITÉS POUR INVALIDITÉ RÉSIDUELLE (H856)

Garantie prévoyant des indemnités pour invalidité résiduelle de longue durée lorsque la personne assurée reçoit les soins d'un médecin et suit le traitement qu'il prescrit et que les frais fixes remboursables, augmentés du coût des marchandises / produits vendus ou des services, dépassent d'au moins 200 \$ le revenu d'entreprise brut mensuel de la personne assurée.

Le paiement des indemnités commence après la cessation de l'invalidité totale ou la date de l'expiration du délai de carence, si cette date est postérieure. Au cours des six premiers mois d'invalidité résiduelle, le montant des indemnités ne sera pas inférieur à 50 % du montant de l'indemnisation mensuelle maximale. Le montant d'indemnisation maximale exigible équivaut au montant des frais mensuels remboursables, augmenté du coût des marchandises / produits vendus ou des services et diminué du revenu brut mensuel provenant de l'entreprise.

Le montant des indemnités ne peut pas être supérieur à celui de l'indemnisation mensuelle maximale. Le paiement des indemnités peut être prolongé au delà de la période d'indemnisation, jusqu'à ce que le montant de l'indemnisation globale ait été versé ou jusqu'à la date du 65^e anniversaire de naissance de la personne assurée, si cette date est antérieure. Si l'invalidité résiduelle a commencé moins de trois mois avant le 65^e anniversaire de naissance de la personne assurée, les indemnités seront payables pendant trois mois. Cette garantie est offerte aux personnes des catégories 4A et 3A âgées de 18 à 55 ans.

OPTION D'ASSURANCE ADDITIONNELLE FRAIS GÉNÉRAUX — OAAFG (H862)

Cette garantie permet à la personne assurée de souscrire plus tard de l'assurance additionnelle, sans égard à son état de santé ni à sa profession, en autant que ses frais justifient l'augmentation au moment de l'exercice de l'option.

Cette garantie est offerte aux personnes des catégories 4A, 3A, 2A et A âgées de 18 à 50 ans.

Le maximum des sommes optionnelles au titre de l'OAAFG est calculé automatiquement par notre système d'établissement de projets. Pour de plus amples renseignements, veuillez vous reporter au tableau de la page suivante, indiquant le maximum des sommes optionnelles.

À chaque anniversaire de police, avant son 55^e anniversaire de naissance, la personne assurée peut exercer une option d'assurance additionnelle (tranche d'augmentation), en tout ou en partie. Elle peut reporter à l'année suivante jusqu'à une tranche d'augmentation si elle n'a pas exercé son option ou ne l'a exercée qu'en partie. Par ailleurs, elle ne peut souscrire plus de deux tranches à la fois. Avant son 50^e anniversaire de naissance, elle a aussi la faculté d'exercer, une seule fois, une double option. Le montant global des augmentations d'assurance permises au titre de cet avenant ne peut être supérieur au maximum des sommes optionnelles prévu par l'avenant. Les augmentations peuvent aller de 100 \$ à 1 500 \$ (multiples de 50 \$), selon la catégorie professionnelle de la personne assurée.

En cours d'invalidité, la personne assurée peut exercer une option OAAFG. Cette augmentation prendra effet le 91^e jour d'invalidité qui suit la date de l'exercice de l'option.

Lorsqu'une option est exercée, la prime afférente à l'augmentation est établie d'après l'âge alors atteint par la personne assurée et nos taux alors en vigueur.

Toutes les augmentations sont assujetties à nos limites maximales de souscription et de participation. Le montant total combiné de toutes les assurances en vigueur, en plus du montant de l'option d'assurance additionnelle Frais généraux demandée, ne peut pas excéder les limites maximales de souscription et de participation. Aucune documentation financière requise, mais la liste des frais sur la proposition Option d'Assurance Additionnelle Frais Généraux, doit être.

MONTANT DE L'OPTION TOTALE MAXIMALE

Le montant de l'option totale maximale (augmentation) offert par catégorie au titre de la garantie OAAFG correspond à la moins élevée des sommes suivantes :

1. 2 fois l'indemnisation mensuelle de base ;
2. 55 moins l'âge tarifé de la personne assurée (l'âge au plus proche anniversaire) multiplié par la tranche d'augmentation choisie ;
et
3. le maximum applicable par catégorie (4A – 30 000 \$, 3A – 15 000 \$, 2A – 7 000 \$, A – 5 000 \$) moins le montant de l'indemnisation de base.

Tranches d'augmentation maximale :	Catégorie	Tranches d'augmentation
	4A	1 500 \$
	3A	1 000 \$
	2A	500 \$
	A	200 \$

AVENANT DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ (H1134)

L'Avenant des professionnels de la santé est obligatoire pour les professionnels de la santé suivants (à moins qu'il soit refusé par suite de la tarification) :

- Acuponcteurs et acuponcteurs-médecins
- Chiroprodistes
- Chiropracticiens exerçant l'acuponcture
- Coroners
- Dentistes, spécialistes dentaires et chirurgiens (endodontistes, spécialistes en chirurgie maxillo-faciale, orthodontistes, pédodontistes, périodontistes, prosthodontistes)
- Hygiénistes dentaires, assistants dentaires, dentothérapeutes, denturologues, denturologistes
- Massothérapeutes exerçant l'acuponcture
- Sages-Femmes
- Naturopathes (ayant obtenu leur désignation de médecin)
- Infirmiers (autorisés, auxiliaires autorisés, auxiliaires)
- Ostéopathes (ayant obtenu leur désignation de médecin)
- Ambulanciers paramédicaux
- Assistants aux médecins
- Médecins, spécialistes et chirurgiens
- Physiothérapeutes exerçant l'acuponcture
- Podiatres
- Techniciens de laboratoire professionnel
- Thérapeutes respiratoires (Inhalothérapeutes).

En tant que professionnel autorisé à pratiquer dans le secteur des soins de santé, la personne assurée peut être exposée au VIH ou à l'hépatite B et C. Si elle répond à l'une des conditions ci-dessous, il n'est pas nécessaire qu'elle soit suivie par un médecin pour avoir droit aux indemnités pour invalidité lorsqu'elle est séropositive ou atteinte de l'hépatite et qu'en raison de son état :

- elle est limitée dans l'exercice de ses fonctions ou empêchée d'accomplir les tâches importantes de sa profession ; ou
- ses patients refusent d'être traités par elle parce qu'elle a dû leur révéler son état ; conformément à une loi ou à une directive d'application générale établie par un organisme de réglementation professionnelle du secteur de la santé ou un organe de réglementation médicale.

Aux fins du présent avenant, « votre profession » s'entend de la ou des professions que la personne assurée exerce régulièrement lorsqu'elle devient invalide.

La prime de l'Avenant des professionnels de la santé peut changer en tout temps. Une fois changée cependant, elle est fixe pour cinq ans. Si l'Option d'assurance additionnelle Frais généraux est comprise dans la police de la personne assurée, le montant d'indemnisation de l'avenant des professionnels de la santé augmentera automatiquement au fur et à mesure de l'exercice des options.

AVENANT INDEMNITÉ COMPLÉMENTAIRE POUR FRAIS GÉNÉRAUX (H721)

Garantie additionnelle dont les indemnités sont payables jusqu'au 180^e jour, pour autant qu'elle soit ajoutée à une assurance de base d'au moins 100 \$ par mois. Le délai de carence de cette garantie doit être le même que celui de l'assurance de base. Cette garantie permet à la personne assurée de disposer d'un montant d'assurance additionnel au cours des six premiers mois d'invalidité totale, période où les frais sont plus élevés. La garantie ne vient pas augmenter les indemnités pour invalidité partielle normalement payables au titre de la police.

ASSURANCE FRAIS GÉNÉRAUX D'ENTREPRISE POUR ÉTUDIANTS (A718)

L'assurance Frais généraux d'entreprise pour étudiants (FGE pour étudiants) est offerte aux professionnels (catégories 4A et 3A) admissibles aux limites particulières aux étudiants précisées dans nos Directives de tarification.

Cet avenant permet de souscrire une assurance FGE avant d'avoir un bureau ou une entreprise. Cette assurance joue un rôle très important en aidant la personne assurée à rembourser ses prêts étudiants ou toute autre dette. L'assurance FGE pour étudiants devient automatiquement une assurance FGE plus traditionnelle lorsque la personne assurée devient responsable des frais de maintien d'une entreprise ou d'un bureau.

Indemnité maximale payable : L'indemnité de FGE pour étudiants versera 25 % de la prestation mensuelle FGE souscrite, jusqu'à un maximum de 500 \$. Par exemple :

Indemnité mensuelle FGE souscrite	Indemnité mensuelle FGE pour étudiants payable (le moindre de 25 % du montant FGE et de 500 \$)
1 000 \$	250 \$
2 000 \$	500 \$
3 000 \$	500 \$

AUTRES PRODUITS AXÉS SUR LA PROTECTION DE L'ENTREPRISE

Les propriétaires d'entreprise devraient prendre en considération les répercussions d'une éventuelle invalidité sur leur entreprise. En plus de l'assurance Frais généraux d'entreprise, ils devraient examiner nos autres produits visant la protection de l'entreprise :

RACHAT EN CAS D'INVALIDITÉ

Lorsque l'un des propriétaires de l'entreprise devient invalide, l'assurance Rachat en cas d'invalidité procure aux autres propriétaires les capitaux nécessaires au rachat de sa participation dans l'entreprise.

PROTECTION PERSONNE CLÉ

La police Protection Personne clé est conçue pour indemniser l'employeur des pertes financières subies par l'entreprise en cas d'invalidité d'une personne clé.

PROTECTION PRÊT COMMERCIAL

En cas d'invalidité totale du propriétaire de l'entreprise, l'assurance Protection Prêt commercial procure les capitaux nécessaires au remboursement des prêts en cours et des intérêts.

PRODUITS AXÉS SUR LA PROTECTION DU REVENU

Assurez-vous que le revenu professionnel de votre client est protégé en cas d'invalidité. Nous offrons une vaste gamme de produits de remplacement du revenu qui peuvent être adaptés aux besoins particuliers de vos clients.

PRODUITS AXÉS SUR LA PROTECTION DU MODE DE VIE

L'assurance Frais généraux d'entreprise rembourse certains frais d'entreprise. Mais qu'advient-il du mode de vie de la personne assurée ? Votre client pourra-t-il maintenir le versement de ses cotisations REER en cas d'invalidité totale ? Si votre client est atteint d'une maladie grave ou victime d'une blessure importante, il devra faire face à d'importantes dépenses supplémentaires. Les produits visant la protection du mode de vie sont le complément idéal aux assurances d'entreprise et de protection du revenu et procurent à votre client l'autonomie, la dignité et la tranquillité d'esprit.

PROTECTION-RETRAITE

Cette assurance aide la personne assurée à maintenir le versement de ses cotisations à son régime d'épargne-retraite pendant une période d'invalidité totale. Cette assurance peut être souscrite jusqu'à l'âge de 55 ans ; les indemnités peuvent aller de 300 \$ à 1 500 \$, mais ne peuvent être supérieures à 20 % du revenu professionnel mensuel de la personne assurée.

POLICE RÉTABLISSEMENT D'UNE MALADIE GRAVE™

(Offerte en tant que police distincte ; veuillez vous reporter à la fiche technique ou au guide du conseiller en assurance de la Police Rétablissement d'une maladie grave pour tous les détails.)

L'assurance maladies graves est un excellent complément à un régime d'assurance invalidité. Alors que l'assurance protection du revenu en cas d'invalidité sert à couvrir les frais de subsistance ordinaires, l'assurance maladies graves offre une protection du mode de vie en prévoyant le versement d'une somme forfaitaire si l'une des maladies graves assurées est diagnostiquée chez le client et qu'il y survit, tel qu'il est défini dans la police. Il n'existe aucune règle qui dicte comment se servir des prestations. Qu'elles servent au paiement de soins médicaux ou infirmiers, ou à l'amortissement des dettes, c'est le client qui décide.

EXIGENCES DE LA TARIFICATION

1. CLIENTS ÉVENTUELS ADMISSIBLES

Les professionnels de la catégorie 4A sont admissibles à l'assurance Frais généraux d'entreprise, dans les cas suivants :

- Personnes à leur compte dont le revenu est fonction de l'attention personnelle et régulière qu'elles consacrent à leurs fonctions professionnelles et qui sont responsables du paiement des frais associés au maintien de leur propre bureau (ceci s'applique aux sociétés individuelles et aux sociétés de personnes) ;
- Actionnaires d'une société professionnelle, qui consentiraient à indemniser la société des frais généraux d'entreprise engagés au cours d'une invalidité. Dans ce cas, c'est la société qui devrait être titulaire du contrat.

Certains frais peuvent être limités ou refusés si l'adresse de l'entreprise et celle du domicile est la même (par exemple : chauffage, eau, téléphone, loyer ou intérêts hypothécaires, électricité, taxes foncières).

L'admissibilité d'une société de personnes ou d'une société professionnelle repose essentiellement sur le fait que l'entreprise subirait une perte certaine et importante de revenu si l'un des associés ou actionnaires devenait invalide. Les sociétés de personnes ou les sociétés professionnelles de cinq associés ou moins sont généralement admissibles ; pour celles de plus de cinq associés, elles ne sont pas habituellement admissibles. Les sociétés comprenant de six à dix dirigeants sont admissibles à une assurance de 15 000 \$ au maximum s'il est possible d'en démontrer le besoin et à condition que la société n'ait pas à son service d'autres personnes de la même profession ou d'une profession similaire, ou à des postes de soutien.

Toutes les autres professions des catégories 4A, 3A, 2A et A sont admissibles, compte tenu de ce qui suit :

Les sociétés individuelles ou à deux associés sont admissibles si elles ne comptent pas plus de trois employés à temps plein ou partiel, si l'adresse de l'entreprise diffère de celle du domicile et si la personne à assurer travaille dans un domaine où ses services professionnels particuliers et personnels sont requis. Si la société compte jusqu'à six employés, une lettre doit accompagner la proposition, établissant clairement que les services personnels du proposant sont essentiels au maintien de l'entreprise.

Nous considérerons les propriétaires d'entreprise de la catégorie 4A ou 3A qui ont jusqu'à dix employés, à condition qu'il n'y ait pas plus de trois employés ou autres propriétaires qui accomplissent les mêmes tâches que le proposant. Une lettre détaillée ou une note explicative doit accompagner la proposition, exposant clairement les services essentiels offerts par le proposant et dont il faudrait se priver en cas d'invalidité, ainsi que les conséquences financières en découlant.

Les proposants des secteurs suivants dont l'entreprise compte « jusqu'à dix employés » ne sont pas admissibles à cette assurance, et ce, sans exception : industrie de la construction, promotion immobilière et vente au détail.

Les représentants d'assurance seront considérés aux fins de l'assurance Frais généraux d'entreprise :

- a) si l'adresse de leur entreprise diffère de celle de leur domicile ;
- b) s'ils ne reçoivent pas d'apport financier (intégral ou partiel) de leur compagnie affiliée ; et
- c) s'ils ne comptent pas plus de trois employés à temps plein ou partiel.

Adresses de l'entreprise et du domicile sont les mêmes : l'assurance Frais généraux d'entreprise n'est pas offerte aux personnes dont l'adresse commerciale est la même que celle à domicile, à l'exception d'un groupe restreint de professionnels de la catégorie 4A suivants : comptables (CA, CMA, CGA, CPA seulement), actuaires, architectes, chiropodistes, ingénieurs professionnels, avocats, notaires (Québec), optométristes, orthodontistes ostéopathes, pharmaciens, médecins et chirurgiens, podiatres et psychologues (ayant obtenu leur designations PhD, PsyD, EdD seulement). Certains frais peuvent être limités ou exclus.

Professions inadmissibles : agriculteurs, camionneurs et tous les autres risques de la catégorie B.

2. EXIGENCES FINANCIÈRES EN SÉLECTION AUTOMATIQUE

Il n'y a pas d'exigences financières particulières en ce qui concerne la proposition d'assurance frais généraux d'entreprise, à condition que les documents financiers ne soient pas exigés pour tout autre type d'assurance souscrit en même temps. La prévue de revenu et des dépenses est exigée au moment de présenter une demande de règlement.

Une analyse des frais généraux est requise dans la proposition à moins que la documentation pertinente au revenu, y compris une analyse des frais, a été soumise avec la proposition.

Les renseignements suivants devraient être clairement indiqués dans le Complément d'information – Frais Généraux D'entreprise, inclus dans la proposition:

- la part des frais remboursables actuels du proposant doit être correctement indiquée dans la proposition
- les frais non remboursables ne devraient pas être inclus
- les frais instables ou exceptionnellement élevés devraient être clarifiés
- si les autres professionnels sont des employés, leur salaire doit être omis

3. COORDINATION AVEC D'AUTRES CONTRATS FGE

Lorsqu'une police Frais généraux d'entreprise de RBC Assurances est établie en sus d'une autre police FGE de RBC Assurances ou d'une autre compagnie, une déclaration signée sera exigée à la délivrance, attestant l'annexion à la police d'un Avenant de non-cumul.

4. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Remplir la section Désignation de bénéficiaire de la proposition pour que les indemnités soient payées au titre de la garantie Indemnité de survivant advenant le décès de la personne assurée.

5. TITULAIRE DU CONTRAT

Le titulaire du contrat est la personne assurée, sauf indication contraire. Si l'entreprise est une société de capitaux, c'est elle qui devrait être le titulaire du contrat. Veuillez vous reporter au Guide fiscal de RBC Assurances pour avoir des précisions sur l'incidence fiscale de la propriété du contrat d'assurance.

La police Frais généraux d'entreprise RBC Assurances sert de guide sur les frais remboursables et non remboursables. Les frais ne figurant dans cette liste seront étudiés cas par cas.

Frais	Remboursables	Explications / Observations
Abonnements	Cas par cas	La mise à jour et le renouvellement de la documentation professionnelle sont remboursables (p. ex. abonnements à des revues médicales, juridiques ou comptables et à de la documentation de recherches).
Agence d'évaluation du crédit	Non	
Amortissement / Allocation du coût en capital	Oui	REMBOURSABLES : matériel médical / dentaire, mobilier et matériel de bureau, immeuble (si le cabinet le possède et l'occupe), etc. NON REMBOURSABLES : véhicule de la personne assurée, avion, immeuble, s'il s'agit d'un investissement, etc. Calculer la déduction mensuelle moyenne pour les biens amortissables qui sont remboursables. Nous ne remboursons pas le prix d'acquisition de biens importants amortissables.
Frais	Remboursables	Explications / Observations
Assurance accidents du travail / CSST	Oui	Pour les salariés seulement.
Assurance de responsabilité professionnelle	Oui	
Assurance vie	Cas par cas	REMBOURSABLES : Sur la tête des employés, dans le cadre de leurs avantages sociaux. NON REMBOURSABLES : Sur la tête du propriétaire.
Avantages sociaux	Cas par cas	Assurance collective des salariés seulement. Les avantages greffés à la rémunération de la personne assurée ou à celle des membres de sa profession ne sont pas remboursables étant donné que nous ne remboursons pas les frais qui sont habituellement considérés comme des gratifications ou avantages accessoires (« perks »).
Blanchissage	Oui	Nettoyage régulier du linge et des uniformes.
Bureau, fournitures / frais	Oui	Seules les fournitures générales de bureau sont remboursables. Les fournitures utilisées directement pour l'exécution du travail de la personne assurée ne sont pas remboursables (p. ex. fournitures médicales / dentaires).
Capital et intérêts – Prêt sur biens d'équipement	Oui	La quote-part de l'employeur pour l'assurance-emploi ou le RRQ / RPC est remboursable.
Comptabilité, Frais ou honoraires	Oui	S'il s'agit de frais périodiques. Les frais annuels sont mensualisés.
Congrès	Non	
Contrat d'entretien / de maintenance	Oui	Les réparations contractuelles du matériel et les frais de contrat d'entretien ou de maintenance sont remboursables.

Cotisations professionnelles et autres	Cas par cas	REMBOURSABLES : Frais habituellement remboursables étant donné que l'appartenance à des ordres professionnels est nécessaire au maintien du statut professionnel. NON REMBOURSABLES : Cotisations à des clubs privés ou de loisirs, etc.
Coût d'achat de biens vendus par l'entreprise	Non	
Déménagement, Frais de	Non	
Déplacement / Voyage	Non	
Divertissements	Non	
Dons de bienfaisance	Non	
Électrocardiographie, Services d'	Non	Nous ne remboursons pas les frais qui seront transmis au patient ou au client.
Entretien et réparation	Cas par cas	REMBOURSABLES : Les réparations par suite d'une usure minime ou normale sont remboursables. NON REMBOURSABLES : Réparations importantes.
Factures en souffrance	Non	Les factures de frais engagés avant l'invalidité ne sont pas remboursables.
Formation	Non	
Fournitures dentaires	Non	
Frais	Remboursables	Explications / Observations
Fournitures médicales / de radiographie	Non	
Frais bancaires	Oui	
Gestion, Frais de	Oui	La liste des frais payés est exigée et les frais sont remboursés tel qu'indiqué.
Gratification salariale	Non	Seul le salaire normal est remboursable.
Honoraires et frais juridiques	Non	
Honoraires professionnels	Cas par cas	REMBOURSABLES : Honoraires d'organismes professionnels / honoraires de comptables. NON REMBOURSABLES : Honoraires pour services exécutés par des particuliers ou par des organismes de la même profession, d'une profession similaire ou assimilée ou bien d'une profession de soutien.
Hypothèque sur locaux commerciaux	Voir Loyer / Hypothèque	
Impôts fonciers	Oui	Seulement si l'immeuble appartient à l'entreprise, abrite l'entreprise et n'est pas un placement immobilier.
Impôts sur le revenu	Non	Le paiement des impôts personnels du propriétaire ou de ceux de son entreprise n'est pas remboursable.
Laboratoire, Frais de	Non	Nous ne remboursons pas les frais qui seront transmis au patient ou au client.
Loyer / Hypothèque	Oui	Le loyer et les versements hypothécaires sont des frais remboursables. Toutefois, on ne les trouve pas ensemble. Si l'entreprise possède et occupe l'immeuble, les intérêts hypothécaires et le choix entre le capital ou l'amortissement sont remboursables. (L'entreprise ne

peut louer ses propres locaux.) Si l'entreprise a deux adresses, il est possible qu'elle paie un loyer et une hypothèque à la fois (propriétaire d'un immeuble et locataire de l'autre). Un minimum de présence physique et de services est exigé.

Matériel loué / à bail	Oui	S'il est nécessaire à l'exploitation de l'entreprise de la personne assurée.
Mauvaises créances	Non	
Petite caisse	Non	Les frais réels doivent être détaillés et correspondre à des frais qui sont remboursables.
Prêts scolaires	Non	C'est une dépense personnelle, non une charge professionnelle.
Primes d'assurance	Oui	Assurance des biens, incendie, vol, responsabilité civile ou professionnelle.
Primes FGE	Non	
Promotion commerciale	Non	
Publicité	Oui	Publicité contractuelle seulement.
Remboursements aux clients	Non	
Rémunération du personnel	Oui	REMBOURSABLES : Personnel administratif et de soutien (p. ex. infirmières, commis, techniciens, secrétaires, hygiénistes dentaires s'ils sont salariés). NON REMBOURSABLES : Personnes non classées comme employés de soutien, membres de la même profession, toute personne qui partage les frais d'entreprise, exécute les fonctions de l'assuré ou toute personne à laquelle il incombe directement de produire un revenu pour le compte de l'entreprise ou du cabinet (p. ex. l'hygiéniste dentaire à contrat).
Frais	Remboursables	Explications / Observations
Répondeur téléphonique, Service de	Oui	Généralement remboursables étant donné que ce sont habituellement des mensualités fixes.
Représentation, Frais de	Non	
Salaire du personnel producteur de revenu, exerçant la même profession, que la personne assurée	Non	
Services publiques	Oui	
Stationnement, Frais de	Non	
Suppléance, Frais / Rémunération	Non	
Taxe professionnelle	Oui	Montant mensualisé des taxes annuelles.
Timbres et autres frais postaux	Oui	
TPS	Cas par cas	La TPS entre dans les frais remboursables des assurés exerçant la profession médicale ou dentaire et qui n'ont pas le droit de facturer la TPS à leurs patients.
Voiture – Assurance, prêt, crédit-bail	Cas par cas	Si une voiture est nécessaire à l'exploitation de l'entreprise, ces frais sont remboursables au prorata.



Assurances

Le présent guide du conseiller en assurance n'est qu'un résumé des produits. Le libellé du contrat fait foi. Pour obtenir un complément d'information sur la police Frais généraux d'entreprise ou une copie de notre système d'exposés, veuillez communiquer avec le bureau des ventes de RBC Assurances de votre région.

Assureur : Compagnie d'assurance vie RBC

® / ^{MC} Marque(s) de commerce de Banque Royale du Canada, utilisée(s) sous licence.