



Canadian Life & Health
Insurance Association
Association canadienne des
compagnies d'assurances
de personnes

GUIDE DE L'AGENT

ASSURANCE MALADIES GRAVES

Ce guide a été conçu pour aider les agents à mieux comprendre l'assurance maladies graves et à offrir à leurs clients une planification financière en assurance qui soit efficace.

TABLE DES MATIÈRES

GUIDE DE L'AGENT

Dans ces pages	3
1. Comprendre le besoin d'assurance maladies graves de votre client	4
Votre client et ses besoins	4
Quel montant d'assurance lui faut-il?	5
2. Gérer les idées fausses et les objections concernant l'assurance maladies graves	7
Idée fausse : « L'assurance maladies graves n'est pas nécessaire »	7
Objection : « Le produit est trop compliqué »	8
Objection : « Les demandes de règlement ne seront jamais payées »	10
3. Incorporer l'assurance maladies graves dans la planification financière et d'assurance	11
L'assurance maladies graves comme complément aux autres produits	11
4. Accompagner votre client durant le processus de tarification	14
Limites pour la tarification non médicale et preuve d'assurabilité	14
Renseignements sur le client recueillis aux fins de la tarification	15
Préparer votre client à la décision de tarification	16
5. Aider votre client lors d'une demande de règlement	18
Naviguer dans le processus de demande de règlement	18
Principales exclusions des polices	19
Comprendre le processus en lien avec une demande de règlement contestable	22
6. Ressources	23
Assistance offerte par les sociétés d'assurances	23

Dans le présent document, le genre masculin est utilisé comme générique dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Dans ces pages

Le présent guide regroupe des réponses à de nombreuses questions que se posent les agents sur l'assurance maladies graves. Il a été conçu comme une référence pratique pour faciliter la conversation avec vos clients.

Sa lecture vous aidera à :

- comprendre le besoin d'assurance maladies graves de votre client
- répondre aux idées fausses concernant le produit
- incorporer l'assurance maladies graves dans le plan financier de votre client
- comprendre le processus de tarification en assurance maladies graves
- soutenir votre client lors d'une demande de règlement
- trouver d'autres ressources et du matériel éducatif

Ce guide a été produit par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP). Nous ne faisons pas la promotion d'un assureur ni d'une police ou d'un régime d'assurance en particulier.

Il s'accompagne du **Guide sur l'assurance maladies graves**, que nous vous suggérons de consulter. On y traite notamment de la façon dont fonctionne le produit, de la tarification en assurance maladies graves et de la présentation d'une demande de règlement du point de vue du client. Vous pouvez y accéder, ainsi qu'à d'autres guides sur l'assurance à l'intention des consommateurs, à l'adresse www.clhia.ca/consommateurs.



Mise en garde :

Vous trouverez dans ce guide une grande variété de renseignements de nature générale au sujet de l'assurance maladies graves, que nous nous sommes efforcés de présenter le plus simplement possible tout en étant précis. Le guide n'a cependant aucune portée juridique. Des jugements et des dispositions législatives, de même que les modalités de la police d'assurance, pourraient faire changer certaines des règles et conditions énoncées ici. Si vous avez des questions précises, consultez le représentant du grossiste ou de la société d'assurances.

1

COMPRENDRE LE BESOIN D'ASSURANCE MALADIES GRAVES DE VOTRE CLIENT

Grâce aux progrès de la médecine, les Canadiens survivent à des maladies graves comme le cancer, l'accident vasculaire cérébral et la crise cardiaque. Ils vivent en outre plus longtemps avec des affections lourdes telles que l'insuffisance rénale, la sclérose en plaques et la maladie d'Alzheimer. Mais être atteint d'une maladie grave et survivre peut peser lourd sur les finances. Les frais non couverts par les régimes publics ni par les régimes collectifs sont nombreux.

L'assurance maladies graves aide les Canadiens à faire face aux coûts liés à des maladies qui changent le cours de la vie. La prestation versée au titre de la police peut servir à combler n'importe quel besoin de votre client. Celui-ci peut utiliser le montant, qu'il touche de son vivant, pour :

- couvrir un solde hypothécaire ou d'autres engagements financiers afin de pouvoir se concentrer sur son défi de santé
- compenser une baisse ou une perte de revenu d'un membre de sa famille
- recevoir des soins à domicile durant sa période de rétablissement
- payer des traitements, des médicaments ou d'autres dépenses de santé qui ne sont pas pris en charge par son régime collectif ni par l'assurance maladie publique
- financer des dépenses de mode de vie, comme des vacances ou une mise de fond sur une maison

Votre client et ses besoins

Il est important que votre client comprenne pourquoi il pourrait avoir besoin d'assurance maladies graves et comment ce produit s'agence avec les couvertures d'assurance qu'il détient déjà.

Voici des questions qui vous aideront à amorcer la conversation :

- Connaissez-vous quelqu'un qui a eu une maladie grave? Quel impact cela a-t-il eu sur sa vie?
- Que savez-vous de l'assurance maladies graves?
- Avez-vous déjà songé à souscrire ce produit?
- Êtes-vous actuellement couvert par une assurance individuelle ou collective?

COMPRENDRE LE BESOIN D'ASSURANCE MALADIES GRAVES DE VOTRE CLIENT

- Avez-vous des soucis de santé ou des affections connues?
- Connaissez-vous les antécédents médicaux de votre famille?

Ce genre de questions permettent d'orienter la conversation de manière à déterminer les besoins de votre client en matière d'assurance maladies graves.

Quel montant d'assurance lui faut-il?

Le montant de couverture maladies graves dont votre client a besoin dépend de plusieurs facteurs et de sa situation propre. C'est un aspect important d'une analyse approfondie de ses besoins financiers.

En général, on peut estimer le montant d'assurance maladies graves requis de la façon suivante :

- Dresser une liste des dépenses actuelles du client, notamment :
 - paiements hypothécaires, prêt-auto et autres emprunts
 - garde d'enfants et frais de scolarité
 - services publics
 - cotisations de retraite et d'épargne
 - frais d'exploitation d'une entreprise, s'il y a lieu
- Passer en revue les répercussions financières que pourrait avoir une maladie, entre autres :
 - revenu à remplacer
 - frais médicaux, traitements et médicaments d'ordonnance non couverts par les régimes publics ni par les régimes collectifs
 - frais de déplacement, stationnement à l'hôpital, repas, etc.
 - rénovation du domicile
 - embauche de personnel infirmier ou soignant
 - réadaptation et physiothérapie

COMPRENDRE LE BESOIN D'ASSURANCE MALADIES GRAVES DE VOTRE CLIENT

- Tenir compte des autres couvertures d'assurance que peut avoir le client :
 - assurance invalidité
 - assurance soins de longue durée
 - régime d'assurance maladie complémentaire

Bien des clients ignorent que l'assurance maladies graves peut être tout à fait abordable. De ce point de vue, les formules temporaires font partie des options à considérer. Comme c'est le cas pour l'assurance vie, une assurance maladies graves temporaire moins coûteuse et pouvant être transformée plus tard peut convenir à certains clients. La prestation d'assurance maladies graves vient souvent combler un besoin financier transitoire, et une couverture d'un montant moindre peut tout de même faire une différence pour le client.



CONSEIL : La plupart des sociétés qui offrent l'assurance maladies graves proposent des outils pour calculer le risque de votre client et déterminer le montant de couverture dont il a besoin. Pour plus de renseignements, contactez le représentant du grossiste ou de la société d'assurances.

2 GÉRER LES IDÉES FAUSSES ET LES OBJECTIONS CONCERNANT L'ASSURANCE MALADIES GRAVES

L'assurance maladies graves est sujette à un certain nombre d'idées fausses et d'objections. Nous examinons dans les paragraphes qui suivent des perceptions courantes et la façon dont vous pouvez aider vos clients éventuels à mieux comprendre l'importance de ce type d'assurance et les avantages qui s'y rattachent.

Il faut bien rappeler au client que l'assurance maladies graves est conçue pour le mettre à l'abri des difficultés financières s'il reçoit un diagnostic de maladie grave ou subit une intervention chirurgicale couverte par la police. En règle générale, les maladies moins graves ne sont pas couvertes ou peuvent donner droit à une prestation partielle.

Idée fausse : « L'assurance maladies graves n'est pas nécessaire »

Voici ce que vous pourriez entendre lorsque vous discutez avec des clients éventuels :

« Je suis jeune et en bonne santé, donc je n'ai pas besoin d'assurance maladies graves. »

- N'importe qui, n'importe quand, peut être atteint d'une maladie grave.
- C'est le moment idéal pour obtenir une couverture : une personne sans antécédents médicaux peut être admissible à une assurance à coût moindre, et la protection sera en place si une maladie grave se déclare plus tard.
- Une personne jeune et en bonne santé a, d'un point de vue statistique, de meilleures chances de survivre à une maladie grave, ce qui rend la couverture d'autant plus importante.
- Si le client reçoit un diagnostic de maladie grave pendant qu'il est jeune, il pourrait ne pas être assurable à l'avenir.

GÉRER LES IDÉES FAUSSES ET LES OBJECTIONS CONCERNANT L'ASSURANCE MALADIES GRAVES

« J'ai des économies et des placements dans lesquels je pourrais puiser. »

- Demandez à votre client si cet argent est censé servir à payer des frais de santé, ou s'il épargne pour des objectifs à long terme comme des projets de retraite.
- Vous pouvez faire une démonstration de la valeur temporelle de l'argent. Une somme dépensée aujourd'hui pour se rétablir d'une maladie grave peut retarder l'atteinte des objectifs d'épargne et de retraite du client. En revanche, toucher une prestation de maladie grave peut lui éviter de compromettre ses économies.
- Liquider un placement peut ne pas être avantageux financièrement au moment où survient une maladie grave.
- L'assurance maladies graves individuelle offre une option de remboursement des primes.

« J'ai déjà une assurance, alors je n'ai pas besoin d'assurance maladies graves. »

- L'assurance maladie, que ce soit dans le cadre d'un régime public provincial ou d'un régime collectif d'employeur, ne couvre peut-être pas tous les frais médicaux liés à un diagnostic de maladie grave ni les coûts connexes, comme un revenu perdu ou des frais de déplacement pour recevoir des traitements spécialisés.
- Même si votre client a une assurance collective, la couverture n'est pas nécessairement transférable s'il change d'emploi, ni suffisante pour couvrir ses besoins d'assurance.
- Votre client a peut-être une assurance, mais il est important de vérifier de quel type d'assurance il s'agit et quel est le montant de la couverture. Il pourrait être sous-assuré à l'égard des maladies graves ou mal comprendre la couverture et croire erronément qu'il est protégé.

Objection : « Le produit est trop compliqué »

Les polices d'assurance maladies graves emploient des définitions et un certain langage pour décrire ce qui est couvert. Les diagnostics médicaux peuvent être compliqués à comprendre, mais ils sont importants car ils vous permettent ainsi qu'à votre client de savoir quand il faut présenter une demande de règlement. Les termes médicaux utilisés dans la police reflètent ceux qu'emploient les médecins lorsqu'ils posent des diagnostics.

L'assurance maladies graves a d'autres caractéristiques qui la rendent abordable, comme des **exclusions** intégrées à certaines des définitions.

GÉRER LES IDÉES FAUSSES ET LES OBJECTIONS CONCERNANT L'ASSURANCE MALADIES GRAVES

Contrairement à ce qui est le cas en assurance invalidité, une personne couverte par une assurance maladies graves peut être admissible à la prestation même si elle est en mesure de travailler.

Chaque police renferme sa propre liste d'affections couvertes qui définit la protection du client. Lorsqu'une demande de règlement est présentée, le diagnostic du client est comparé à la définition dans sa police d'assurance maladies graves pour vérifier qu'il y a concordance.

Dans le but d'aider les clients, les agents et les employeurs, l'ACCAP a établi les **Définitions de référence de maladies graves**. Des versions de ces définitions sont normalement adoptées par les sociétés afin de favoriser l'uniformité dans l'industrie. Les définitions sont rédigées de manière à se rapprocher le plus possible des diagnostics que reçoivent les patients.

En outre, la plupart des sociétés d'assurances fournissent aux agents du matériel de marketing pour les aider à comprendre les termes médicaux utilisés dans les définitions. Contactez le représentant de la société d'assurances pour plus de renseignements.



BON À SAVOIR : L'ACCAP réexamine périodiquement les Définitions de référence de maladies graves à la lumière des avancées de la médecine, des nouveaux traitements et de l'évolution des méthodes diagnostiques.

GÉRER LES IDÉES FAUSSES ET LES OBJECTIONS CONCERNANT L'ASSURANCE MALADIES GRAVES

Objection : « Les demandes de règlement ne seront jamais payées »

Une bonne façon de dissiper cette objection est de partager des cas où des demandes de règlement ont été payées. C'est un moyen de faire ressortir les avantages de ce produit d'assurance et de faire voir au client éventuel l'impact d'un diagnostic de maladie grave sur le plan financier et émotionnel.

Voici quelques étapes pour vous guider.

1. **Trouvez des cas pertinents** : Choisissez des histoires qui ont un rapport avec votre interlocuteur en raison, par exemple, de l'âge du protagoniste ou de son état de santé. Demandez à d'autres agents de vous faire part de leurs expériences en lien avec les règlements et d'histoires que vous pourriez partager avec vos clients éventuels.
2. **Parlez de l'impact du diagnostic** : Décrivez comment le diagnostic a touché la personne et sa famille, tant financièrement qu'au niveau émotionnel. Soulignez les coûts associés aux traitements et la perte de revenu que peut entraîner un arrêt de travail.
3. **Donnez des statistiques et des faits** : Étayez votre récit par des statistiques et des faits pertinents sur la prévalence des maladies graves, le coût des traitements, et la probabilité de rétablissement.

N'oubliez pas, lorsque vous partagez des histoires ou des expériences vécues, qu'il est essentiel de faire preuve de respect et de protéger la confidentialité et la vie privée des clients, comme l'exige la législation dans ce domaine.



CONSEIL : Les sociétés d'assurances peuvent avoir du matériel de marketing donnant la proportion des demandes de règlement acceptées et des exemples utiles. Il faut toutefois garder à l'esprit les données qui sont utilisées ainsi que toute stratégie de positionnement de la société en cause.

3 INCORPORER L'ASSURANCE MALADIES GRAVES DANS LA PLANIFICATION FINANCIÈRE ET D'ASSURANCE

La plupart des Canadiens bénéficient d'une couverture des soins de santé au titre du régime de leur province, d'un régime d'employeur ou d'une assurance personnelle.

L'assurance maladies graves joue un rôle clé dans la planification financière et d'assurance de vos clients. Elle comble des lacunes dans la couverture santé en place, bonifie la protection existante, et peut protéger l'épargne financière de votre client.

L'assurance maladies graves comme complément aux autres produits

En tant que conseiller financier, vous proposez sans doute différents types d'assurances et de produits financiers. Le tableau qui suit montre comment l'assurance maladies graves peut être un complément à chacun des autres produits. Vous devriez ainsi être plus à l'aise lorsque vous présentez l'assurance maladies graves dans le contexte du plan financier de votre client.

Produit	En quoi l'assurance maladies graves est complémentaire
Assurance vie	L'assurance vie fournit un paiement au décès de la personne assurée et répond aux besoins des bénéficiaires. L'assurance maladies graves lui est complémentaire puisque la somme est versée à la personne assurée qui survit à une maladie bouleversant la vie.
Assurance invalidité	<p>L'assurance invalidité verse un revenu de remplacement continu si la personne assurée devient invalide et est incapable de travailler. La couverture se fonde habituellement sur le revenu pré-invalidité, et ne remplace qu'une partie de ce dernier.</p> <p>Bien que l'assurance invalidité et l'assurance maladies graves puissent toutes deux aider à absorber l'impact d'une maladie qui change le cours de la vie, l'assurance maladies graves est complémentaire à l'assurance invalidité en ce qu'elle prévoit le versement d'un montant forfaitaire unique.</p> <p>Une combinaison de couvertures invalidité et maladies graves peut procurer à votre client un filet de sécurité plus robuste en cas de maladie grave. Il est important de souligner que l'assurance invalidité n'a pas d'effet sur la prestation d'assurance maladies graves disponible.</p>

INCORPORER L'ASSURANCE MALADIES GRAVES DANS LA PLANIFICATION FINANCIÈRE ET D'ASSURANCE

Produit

En quoi l'assurance maladies graves est complémentaire

Assurance soins de longue durée

L'assurance soins de longue durée verse une somme lorsque la personne assurée est incapable de prendre soin d'elle-même en raison de problèmes cognitifs ou physiques. Bien que la prestation au titre de l'assurance maladies graves soit fondée sur le diagnostic d'une maladie précisée, il est important de savoir que l'assurance soins de longue durée n'a pas d'effet sur la prestation d'assurance maladies graves disponible.

Régimes d'assurance maladie personnelle et régimes collectifs

Les régimes d'assurance maladie personnelle et les régimes collectifs prévoient généralement un plafond de couverture pour les médicaments d'ordonnance admissibles, les services paramédicaux et d'autres dépenses de santé. Si votre client est atteint d'une maladie grave, il pourrait voir ses frais de médicaments monter en flèche.

Le paiement forfaitaire au titre de l'assurance maladies graves peut servir de complément à la couverture d'un régime maladie personnelle en ce qu'il procure à votre client des fonds en plus pour assumer ses frais médicaux durant son rétablissement.

Assurance maladies graves collective (régime d'employeur)

La couverture maladies graves d'un régime d'employeur peut être offerte sans tarification et se limiter à de faibles montants, lesquels pourraient ne pas suffire à votre client.

Une police d'assurance maladies graves individuelle peut servir de complément à la couverture du régime d'employeur de votre client de plusieurs façons :

- Couverture additionnelle : Les polices individuelles offrent des montants supérieurs, avec une tarification répondant aux besoins d'assurance de votre client
- Transférabilité : Une police individuelle est liée à votre client, et non à son emploi
- Caractéristiques et avenants : Les polices individuelles comportent beaucoup plus de caractéristiques intégrées, et des avenants personnalisés sont disponibles

Pour mieux comprendre les différences entre l'assurance maladies graves individuelle et celle d'un régime collectif, veuillez lire la partie suivante.

INCORPORER L'ASSURANCE MALADIES GRAVES DANS LA PLANIFICATION FINANCIÈRE ET D'ASSURANCE

Produit

En quoi l'assurance maladies graves est complémentaire

Placements et gestion du patrimoine

L'assurance maladies graves procure un filet de sécurité qui protège l'épargne de votre client en cas de maladie grave.

Incorporer l'assurance maladies graves atténue le risque que votre client ait à puiser dans ses économies et ses placements pour payer les frais qui, dans bien des cas de maladies graves, restent à la charge du patient.

Cette couverture peut permettre à votre client de garder le cap sur ses objectifs financiers à long terme et de continuer d'épargner, sans interruption, pour sa retraite.

Assurance maladies graves individuelle et collective

L'assurance maladies graves peut être comprise dans un régime collectif ou souscrite individuellement. Votre client peut avoir plusieurs types de polices en vigueur en même temps.

Police individuelle

Le plus souvent, les réponses de votre client à un ensemble de questions sur sa santé et son mode de vie servent à déterminer s'il est admissible à la protection, et à quel prix. Le montant maximal pouvant être souscrit est établi en fonction d'un multiple du revenu annuel de votre client. Celui-ci reste propriétaire de la police tant qu'elle demeure en vigueur.

Régime collectif

L'assurance collective est offerte à votre client par l'intermédiaire de son employeur ou d'une association. Pour être admissible, le client doit satisfaire à certaines conditions relatives à l'emploi ou à l'association, énoncées dans le régime. L'employeur est le titulaire de la police et il peut assumer une partie ou la totalité des primes pour la protection de votre client. La protection offerte peut être de base (également appelée protection obligatoire), c'est-à-dire que votre client adhère automatiquement pour un montant donné et que l'employeur paie la totalité ou une partie des primes.

Il se peut que votre client ait aussi l'option d'adhérer à une protection facultative, auquel cas il assume le montant intégral des primes.

Dans de nombreux cas, votre client n'aura pas à répondre à des questions sur sa santé pour être admissible à un montant de couverture donné. S'il quitte son employeur ou son association, la protection prendra fin. Votre client peut s'informer de la possibilité de transférer sa protection vers une police individuelle.

4 ACCOMPAGNER VOTRE CLIENT DURANT LE PROCESSUS DE TARIFICATION

Savoir naviguer dans la tarification est un atout majeur lors de la vente d'une assurance maladies graves. Comme conseiller, votre rôle est de faire en sorte que votre client ait des attentes raisonnables. Le fait de connaître ses antécédents médicaux et de le préparer en vue des différentes réponses qu'il pourrait recevoir faciliteront de beaucoup la démarche de proposition.

La présente partie renferme des renseignements importants qui vous aideront à bien accompagner votre client tout au long du processus de tarification.



CONSEIL : Nombre de sociétés d'assurances mettent à votre disposition des guides de prétarification et des listes de vérification permettant de déterminer si votre client est admissible à l'assurance maladies graves. Parlez au représentant du grossiste ou de la société d'assurances.

Limites pour la tarification non médicale et preuve d'assurabilité

De nombreuses sociétés d'assurances offrent des couvertures maladies graves de montants moindres sans exiger de preuves médicales sous forme d'analyses biométriques ou de « tests de fluides » (analyses de sang ou d'urine). Souvent appelés « limites pour la tarification non médicale », ces montants sont en général offerts uniquement aux personnes appartenant à certains groupes d'âge et pour certains types de couverture. On parle parfois de « tarification accélérée ».

Lorsque vous passez en revue les différents produits d'assurance maladies graves avec votre client, savoir lesquels n'exigent qu'une preuve minimale d'assurabilité simplifiera et accélérera le processus de vente.



BON À SAVOIR : Des polices multiples souscrites auprès de différentes sociétés d'assurances sur une période donnée, généralement des polices d'un an, se cumulent au regard d'une limite pour la tarification non médicale. Autrement dit, le fait de souscrire plusieurs petites polices ne dispensera pas votre client de fournir des preuves médicales.

ACCOMPAGNER VOTRE CLIENT DURANT LE PROCESSUS DE TARIFICATION

Renseignements sur le client recueillis aux fins de la tarification

Pour la tarification d'une proposition d'assurance maladies graves, les antécédents personnels et médicaux ont beaucoup d'importance. La tension artérielle de votre client, sa taille, son taux de cholestérol, sa consommation de tabac et ses antécédents familiaux ne sont que quelques-uns des facteurs pris en compte. Le tableau qui suit montre les types de renseignements qui peuvent être demandés de votre client, et la façon dont ils sont utilisés.

Exigence de tarification

Ce à quoi votre client doit s'attendre

Examen paramédical

Un examen paramédical comprend généralement des questions sur les antécédents médicaux, et la mesure de la taille, du poids, de la tension artérielle et du pouls. Dans certains cas, des échantillons de sang et d'urine peuvent être prélevés. La plupart des sociétés d'assurances ont recours à des tiers fournisseurs de services dotés de personnel médical expérimenté pour administrer l'examen.

Test sanguin

Aux fins d'un test sanguin, on prélève un échantillon du sang de votre client afin de déterminer certains faits concernant son état de santé et de confirmer les renseignements fournis dans la proposition. En règle générale, le test sanguin peut servir à dépister le VIH/SIDA, les ITS, le cholestérol, les maladies rénales, le diabète et les maladies du foie, à mesurer la glycémie et les taux d'enzymes, et à détecter les drogues, la nicotine, et l'antigène prostatique spécifique.

Électrocardiogramme (ECG)

Un ECG est un examen qui enregistre l'activité électrique du cœur. À chaque battement cardiaque, une impulsion électrique traverse le cœur. Les résultats d'un ECG renseignent sur la fréquence et le rythme cardiaques, l'apport d'oxygène au cœur et toute anomalie de sa structure.

Analyse d'urine

Aux fins d'une analyse d'urine, on prélève un échantillon de l'urine de votre client afin de déterminer certains faits concernant son état de santé et de confirmer les renseignements fournis dans la proposition. En général, l'analyse d'urine sert à détecter les drogues et la nicotine, et à dépister les maladies rénales et certains autres problèmes de santé.

ACCOMPAGNER VOTRE CLIENT DURANT LE PROCESSUS DE TARIFICATION

Exigence de tarification

Ce à quoi votre client doit s'attendre

Test de l'antigène prostatique spécifique (APS)

Aux fins du test de l'antigène prostatique spécifique, on prélève un échantillon de sang qui est envoyé à un laboratoire pour analyse. Le test, qui mesure le taux d'APS (une protéine) dans le sang de votre client, est utilisé pour dépister le cancer de la prostate.

Déclaration du médecin traitant

La déclaration du médecin traitant est un document que remplit et signe le médecin de votre client, et qui donne un résumé de l'état de santé de ce dernier pour les besoins de la souscription d'assurance.

Votre client peut également être soumis à une tarification additionnelle en fonction de son emploi. Certaines occupations peuvent faire augmenter le risque de maladie grave. Les proposants qui travaillent dans un domaine à haut risque peuvent se voir offrir une couverture moyennant des exclusions ou une surprime, ou même être refusés. En outre, si votre client se déplace fréquemment, sa prime pourrait être ajustée à la hausse.



BON À SAVOIR : La *Loi sur la non-discrimination génétique* interdit l'utilisation de toute information issue d'un test génétique dans le cadre de la souscription d'une police d'assurance. Un test génétique analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes dans le but de prédire une maladie.

Préparer votre client à la décision de tarification

La décision de tarification peut prendre de quelques heures à quelques semaines. Les antécédents médicaux de votre client et la complexité des renseignements fournis dans la proposition peuvent influencer sur le délai nécessaire pour rendre la décision.

Il est important de discuter avec votre client à l'avance des décisions de tarification, afin que ce dernier soit prêt pour les différentes réponses possibles.

ACCOMPAGNER VOTRE CLIENT DURANT LE PROCESSUS DE TARIFICATION

Décision

Signification

Normal

La demande est approuvée sans restriction ni modification.

Exclusion

La demande est approuvée avec une modification à la police qui exclut de la couverture une ou plusieurs affections.

Surprime

La demande est approuvée avec une prime plus élevée en raison d'un risque aggravé qui ne peut pas être exclu.

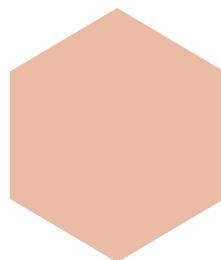
Report

La demande pourrait être approuvée ultérieurement, sous réserve d'un examen médical plus approfondi.

Refus

La demande est refusée. Le risque est trop élevé pour la société d'assurances.

Si la décision de tarification ne convient pas à votre client, informez-le qu'il peut demander que son dossier soit réexaminé plus tard. Si son risque a diminué ou qu'il y ait eu amélioration de son état de santé, la société d'assurances pourrait décider de retirer une surprime ou une exclusion.



5 AIDER VOTRE CLIENT LORS D'UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Un client qui reçoit un diagnostic de maladie grave peut se tourner vers vous pour être guidé. C'est là que votre rôle de conseiller financier prend toute son importance. Cette personne compte sur vous, à un moment de stress, pour l'aider à s'y retrouver dans le processus de demande de règlement.

La présente partie décrit ce que vous pouvez faire pour soutenir votre client lors d'une demande de règlement, et les principales exclusions des polices qu'il vous faut avoir à l'esprit durant cette démarche.



CONSEIL : Offrez votre soutien au client, mais évitez de lui donner des garanties ou d'exprimer votre opinion jusqu'à ce que la société d'assurances vous ait avisé.

Naviguer dans le processus de demande de règlement

Nous présentons ci-dessous une liste de bonnes pratiques pour fournir un appui à votre client au stade de la demande de règlement. L'ordre des étapes peut varier selon le processus de la société d'assurances en cause.

À noter que votre intervention dans le cadre d'une demande de règlement est à la discrétion de votre client. En vertu de la réglementation sur la protection de la vie privée, son consentement est requis pour que la société d'assurances puisse vous communiquer les détails de la demande.

1. Passez en revue la police et la couverture avec votre client.
2. Avisez dès que possible le service des règlements de la société d'assurances, même si vous n'êtes pas certain que la demande soit admissible. Soyez prêt à fournir la date du diagnostic et le type de maladie couverte en question.
3. Lisez les formulaires de demande de règlement afin de pouvoir répondre aux questions de votre client et le préparer pour les étapes à venir.

AIDER VOTRE CLIENT LORS D'UNE DEMANDE DE RÉGLEMENT

4. Indiquez à votre client chacun des formulaires qui doit être soumis. Il est important que le client et son médecin remplissent toutes les parties du formulaire et fournissent des réponses détaillées. Des documents à l'appui de la demande devront aussi être soumis, tel qu'indiqué sur le formulaire du médecin.
5. Au besoin, aidez votre client à transmettre les documents à la société d'assurances.



BON À SAVOIR : Il arrive souvent que des renseignements médicaux supplémentaires soient demandés lors d'une demande de règlement. Si les fournisseurs de soins ne donnent pas suite rapidement à ces demandes, cela peut retarder la décision.

Principales exclusions des polices

Afin de soutenir votre client lors de sa demande de règlement, il faut bien comprendre les exclusions qui peuvent s'appliquer et avoir une incidence sur le traitement de sa demande. Nous donnons ci-dessous une liste des exclusions les plus courantes; elles sont traitées en détail dans le *Guide sur l'assurance maladies graves* de l'ACCAP.

- **Exclusions standards :** Elles peuvent concerner le suicide, l'abus de drogues ou d'alcool, et les activités criminelles.
- **Exclusions liées aux affections couvertes :** Pour certaines affections, les formes moins graves de la maladie peuvent être exclues. Elles peuvent toutefois donner droit à une prestation partielle.
- **Exclusion spécifique à la couverture du client :** Cette exclusion s'applique spécifiquement en raison de l'historique médical de votre client et sera clairement indiquée dans la police.
- **Exclusion relative aux maladies préexistantes :** Dans certaines polices, habituellement dans les régimes collectifs ou d'associations, aucune prestation ne sera versée pendant une certaine période si la personne présentait des signes ou des symptômes de la maladie ou si elle a reçu des traitements avant la date d'entrée en vigueur de la police.

AIDER VOTRE CLIENT LORS D'UNE DEMANDE DE RÉGLEMENT

- **Période d'exclusion ou moratoire** : Certaines affections couvertes font l'objet d'une période d'exclusion, ou période moratoire. Cela signifie que l'affection en cause sera exclue de la protection si la personne assurée a présenté des signes ou des symptômes de cette affection, subi des tests ayant mené ultérieurement à son diagnostic, ou reçu un tel diagnostic dans un nombre de jours déterminé suivant la souscription de la police ou sa remise en vigueur, et ce, sans égard au moment où la demande de règlement est présentée. La période moratoire est souvent mal comprise par les clients; l'exemple qui suit vous aidera à l'expliquer.

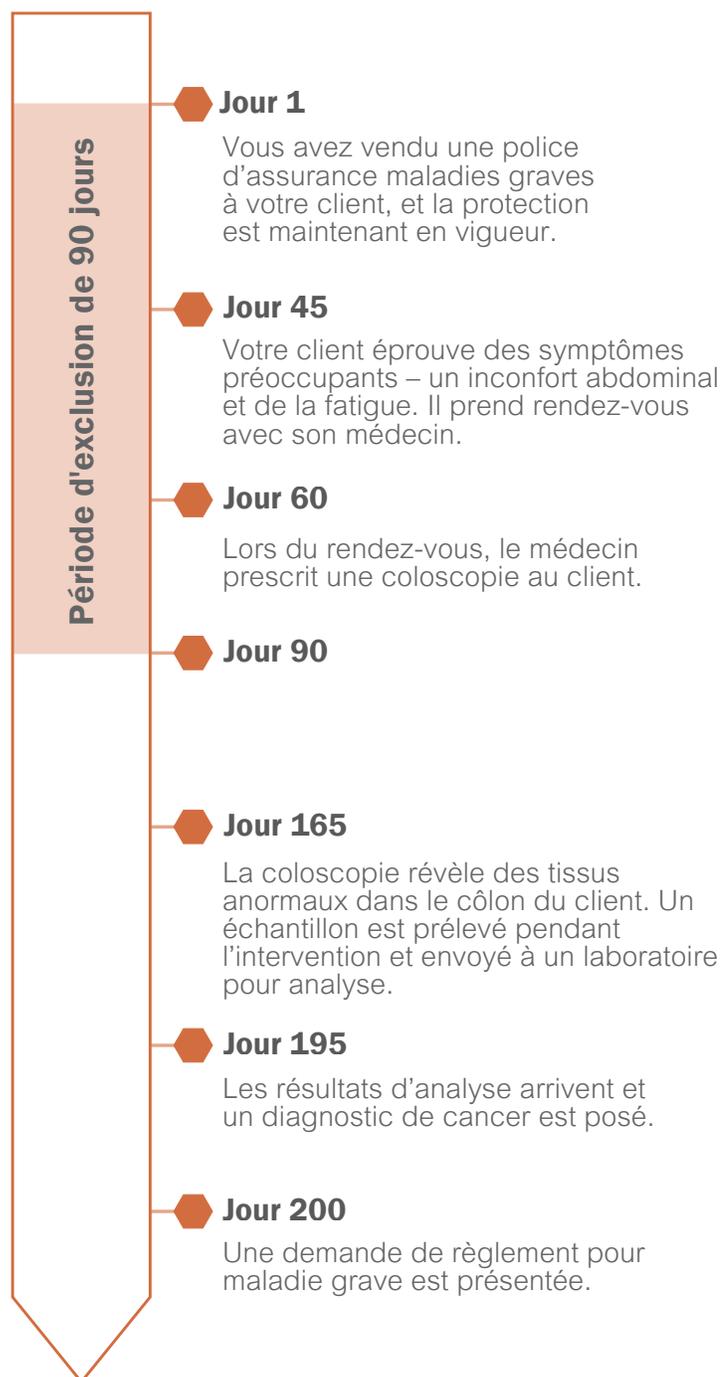
Exemple de période d'exclusion ou moratoire

La période d'exclusion ou moratoire la plus courante dans les polices d'assurance maladies graves est celle de 90 jours pour le cancer.

Aucune prestation n'est payable dans les 90 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur ou de remise en vigueur de la police si la personne assurée reçoit un diagnostic de cancer, présente des signes ou des symptômes, ou subit des examens menant à un diagnostic de cancer, sans égard à la date du diagnostic.

AIDER VOTRE CLIENT LORS D'UNE DEMANDE DE RÉGLEMENT

Voici un exemple simplifié :



AIDER VOTRE CLIENT LORS D'UNE DEMANDE DE RÉGLEMENT

Selon les dates utilisées dans cet exemple, le délai d'exclusion de 90 jours pour le cancer s'applique et la prestation n'est pas payable. Car dans les 90 jours suivant l'entrée en vigueur de la police, des signes et des symptômes étaient présents et ils ont conduit à d'autres tests et au diagnostic de cancer. En outre, tout futur cancer serait exclu de la couverture.

De nombreuses polices précisent que les renseignements médicaux relatifs au diagnostic de cancer doivent être communiqués à la société d'assurances dans un délai de six mois. Si l'information n'est pas soumise dans ce délai, la société peut avoir le droit de refuser à l'avenir toute demande de prestation pour un cancer ou pour une maladie causée par le traitement du cancer.

Comprendre le processus en lien avec une demande de règlement contestable

La plupart des polices d'assurance qui exigent une preuve d'assurabilité incluent une clause de contestabilité. Cet aspect est couvert en détail dans le *Guide sur l'assurance maladies graves*.

En général, la période de contestabilité correspond aux deux premières années suivant la date d'entrée en vigueur ou de remise en vigueur de la police. Durant cette période, la société d'assurances a le droit juridique de confirmer la validité de la police, c'est-à-dire qu'elle exigera des documents, y compris des renseignements médicaux, afin de vérifier que tous les renseignements fournis au moment de la proposition sont exacts.

Si la demande de règlement de votre client tombe dans la période de contestabilité de la police, il peut s'attendre à ce que l'évaluation de la demande nécessite des renseignements supplémentaires et, éventuellement, à ce qu'elle prenne plus de temps.

En cas de fausse déclaration importante, par exemple si un renseignement faux ou trompeur a été donné concernant les antécédents médicaux, la société d'assurances a le droit d'annuler la police.

6 RESSOURCES

Assistance offerte par les sociétés d'assurances

Diverses formes d'assistance peuvent être mises à votre disposition par les sociétés d'assurances :

- du personnel d'aide à la vente, disponible par téléphone ou face à face, qui connaît les produits offerts par les sociétés et peut vous soutenir dans le processus de vente
- du matériel de marketing et des contrats types propres aux sociétés, souvent accessibles en ligne
- le recours à un centre d'appel
- des offres de formation continue, en ligne et en présentiel

