CISRO / OCRA

Assurance contre la maladie ou les accidents

Manuel de préparation à l'examen du Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP)

4e édition, 2017

4e édition, 2017

Révision

Normand Larivière

Direction du projet

Jérôme Gagnon

1re édition et 2e édition, 2015

Adaptation française

Normand Larivière

Consultation

Hélène Doré, Audrey Lacroix et François Nadeau

Direction du projet

Sandra Ciccocioppo, Jérôme Gagnon et Geneviève Vigneault

Rédaction de la version anglaise

Robert N. Ransom

Consultation de la version anglaise

Adrienne D. Benkson, Fred Bridel, Andrew Gordon, Sean Long, Nicholas Parnell et Roderick Smith

© AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS, 2017

Tous les droits de traduction et d'adaptation, en totalité ou en partie, sont réservés pour tous les pays. Aucun extrait de ce document protégé par les présents droits d'auteur ne peut être reproduit ni utilisé sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, mécanique ou électronique, y compris la microreproduction, la photocopie, l'enregistrement ou un système de stockage et de recherche des données, sans l'autorisation écrite d'une personne dûment autorisée de l'Autorité des marchés financiers.

Malgré ce qui précède, un prestataire de cours autorisé peut utiliser les droits d'auteur dans la mesure permise par une convention de licence conclue avec l'Autorité des marchés financiers.

Dépôt légal – 2017
Bibliothèque et Archives nationales du Québec – 2017
ISBN 978-2-551-26137-6 (PDF)

AVANT-PROPOS

Ce manuel est un outil de préparation à l'examen pour les futurs représentants inscrits au Programme de qualification en assurance de personnes (PQAP). Son contenu aidera les postulants à développer la compétence visée par le module Assurance contre la maladie ou les accidents du Curriculum du PQAP : *Recommander des produits individuels et collectifs d'assurance contre la maladie ou les accidents adaptés à la situation et aux besoins des clients*.

Page de présentation des chapitres

La première page de chaque chapitre présente les éléments et sous-éléments de la compétence du module qui seront couverts. L'identification des objectifs d'évaluation abordés dans chacun des chapitres du manuel permet de cibler les contenus essentiels à l'atteinte de ces objectifs.

Il est donc recommandé aux postulants de revoir régulièrement ces éléments et sous-éléments de la compétence, afin d'être en mesure de les contextualiser et de les assimiler au cours de leur lecture. Ceci favorisera la compréhension de la nature et de la portée de la compétence évaluée. Les postulants doivent maîtriser les connaissances, les stratégies et les habiletés abordés dans chaque chapitre afin de réussir le module correspondant de l'examen de certification du PQAP.

Dans le présent texte, la forme masculine désigne aussi bien les hommes que les femmes.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des diagrammes et tableaux xviii

Liste des abréviations xx

CHAPITRE 1

PROTECTION FINANCIÈRE OFFERTE PAR L'ASSURANCE CONTRE LA MALADIE OU LES ACCIDENTS

1.1 Pour les individus et leurs familles 2
1.1.1 Objectifs financiers des individus et de leurs familles 3
1.1.1.1 Accumulation de richesse 3
1.1.1.2 Revenu de retraite 3
1.1.1.3 Besoins familiaux 4
1.1.2 Risques financiers pouvant affecter les individus et leurs familles 4
1.1.2.1 Dépenses imprévues 4
1.1.2.2 Perte de revenu 5
1.1.2.3 Perte d'épargne 5
1.1.2.4 Baisse du niveau de vie 5
1.1.2.5 Inflation 6
1.1.2.6 Longévité 6
1.1.2.7 Dettes 7
1.1.3 Risques personnels pouvant affecter les individus et leurs familles 8
1.1.3.1 Risque d'invalidité 8
1.1.3.2 Perte d'indépendance et coûts des soins de longue durée 8
1.1.4 Besoins satisfaits par l'assurance individuelle contre la maladie ou les accidents 8
1.1.4.1 Protection du revenu 9
1.1.4.2 Protection de l'épargne 9
1.1.4.3 Protection des actifs 10

1.2 Pour les propriétaires d'entreprise 11
1.2.1 Objectifs 12
1.2.1.1 Rentabilité de l'entreprise 12
1.2.1.2 Succession de l'entreprise 12
1.2.1.3 Vente à la juste valeur marchande 12

1.2.2 Risques commerciaux 13
1.2.3 Gestion de risques 13
1.2.3.1 Autofinancement 13
1.2.3.2 Assurance 14
1.2.4 Besoins satisfaits par l'assurance d'entreprise contre la maladie ou les accidents ... 14

CHAPITRE 2

ASSURANCE OFFRANT UNE PROTECTION DU REVENU

2.1 Sources de protection du revenu 17
2.1.1 Assurance invalidité individuelle 17
2.1.2 Assurance invalidité collective 18
2.1.3 Assurance prêt 18
2.1.3.1 Assurance invalidité : comparaison entre l'assurance hypothécaire et l'assurance invalidité individuelle (traditionnelle) 18

2.2 Assurance invalidité individuelle 19
2.2.1 Types de polices individuelles 19
2.2.1.1 Police non résiliable 20
2.2.1.2 Police à renouvellement garanti 20
2.2.1.3 Police résiliable 20
2.2.1.4 Police à émission garantie 21
2.2.1.5 Régime d'assurance invalidité non traditionnel 22
2.2.2 Prestations de polices individuelles 23
2.2.2.1 Montant de la prestation 23
2.2.2.2 Délai de carence 24
2.2.2.3 Période de prestations 25
2.2.2.4 Exclusions et limitations 26
2.2.2.5 Refus de prestation 26
2.2.2.6 Prestations de réhabilitation 28
2.2.2.7 Prestations pour invalidité récidivante 29
2.2.2.8 Prestations en cas de présomption d'invalidité 31
2.2.2.9 Prestation au survivant 32
2.2.3 Facteurs de primes des polices individuelles 32
2.2.3.1 Incidence du sexe et de l'âge 33
2.2.3.2 État de santé 34

2.2.3.3 Définitions d'invalidité 34
2.2.3.4 Clause sur la profession 36
2.2.3.5 Exonération des primes 38
2.2.4 Avenants répondant aux besoins 38
2.2.4.1 Notion de couverture sur mesure 38
2.2.4.2 Différences entre les avenants « équivalents » 39
2.2.4.3 Garantie d'assurabilité future 39
2.2.4.4 Indexation de la prestation 40
2.2.4.5 Décès et mutilation accidentels 42
2.2.4.6 Invalidité partielle et résiduelle 42
2.2.4.7 Remboursement de primes 44
2.2.4.8 Surprimes et avenants d'exclusion 44
2.2.4.9 Garantie en cas d'hospitalisation 45
2.2.5 Imposition des prestations d'assurance invalidité 46
2.2.5.1 Traitement fiscal des primes et des prestations 46
2.2.5.2 Incidence fiscale différente des polices individuelles et des polices d'entreprises 47
2.2.6 Transformation de police 47

2.3 Assurance invalidité collective 47
2.3.1 Fournisseurs d'assurance invalidité collective 48
2.3.1.1 Employeur 48
2.3.1.2 Association 48
2.3.2 Types de police d'assurance invalidité collective 49
2.3.2.1 Invalidité de courte durée 49
2.3.2.2 Invalidité de longue durée 50
2.3.2.3 Congé autorisé 51
2.3.3 Adhésion et participation au régime 52
2.3.3.1 Période d'admissibilité 52
2.3.3.2 Paiement de la prime 52
2.3.3.3 Fin de la participation 52
2.3.4 Montant des prestations 53
2.3.4.1 Montant maximum sans preuve 54
2.3.4.2 Montant maximum global 54
2.3.4.3 Montant maximum de toutes sources (ou ajustement de la prestation) 55

2.3.4.4 Refus de prestations 56
2.3.5 Imposition des prestations d'assurance invalidité collective 56
2.3.6 Coordination d'une police collective avec une police individuelle 58

2.4 Assurance prêt (et autres fournisseurs) 59
2.4.1 Montant des prestations 59
2.4.2 Imposition des prestations d'assurance prêt 60

2.5 Comparaison 60

CHAPITRE 3

ASSURANCE OFFRANT UNE PROTECTION DES ACTIFS

3.1 Assurance contre les maladies graves 63
3.1.1 Couverture offerte 64
3.1.1.1 Âges d'émission minimum et maximum 65
3.1.1.2 Montant assuré minimum et maximum 65
3.1.1.3 Période d'admissibilité 65
3.1.1.4 Délai de survie (carence) 65
3.1.1.5 Durée de la couverture 66
3.1.2 Types de police 66
3.1.3 Maladies et affections couvertes 67
3.1.3.1 Les quatre maladies et affections graves de base couvertes – crise cardiaque, cancer, accident vasculaire cérébral, pontage coronarien 67
3.1.3.2 Couverture étendue 68
3.1.4 Avenants offerts 69
3.1.4.1 Remboursement des primes 69
3.1.4.2 Exonération des primes 70
3.1.5 Versement des prestations 70
3.1.5.1 Traitement fiscal des primes et prestations pour maladies graves et du remboursement des primes 71

3.2 Soins de longue durée 72
3.2.1 Démographie canadienne 72
3.2.2 Options de soins de longue durée 74
3.2.2.1 Soins à domicile 74
3.2.2.2 Soins de répit 74

3.2.2.3 Aide à la vie autonome 75
3.2.2.4 Soins en maison de santé ou de repos 75
3.2.3 Fournisseurs de soins de longue durée 76
3.2.3.1 Établissements financés par le gouvernement 76
3.2.3.2 Soins à domicile financés par le gouvernement 76
3.2.4 Coût des soins de longue durée 76

3.3 Assurance de soins de longue durée individuelle 78
3.3.1 Objet/Qui en a besoin 78
3.3.2 Avantages 79
3.3.3 Couverture offerte 79
3.3.3.1 Activités de la vie quotidienne 80
3.3.4 Avenants disponibles pour l'assurance de soins de longue durée 81
3.3.4.1 Indexation de la prestation 81
3.3.4.2 Remboursement de primes 82
3.3.5 Prestations de la police 82
3.3.5.1 Traitement fiscal des soins de longue durée 83
3.3.6 Primes 84
3.3.6.1 Traitement fiscal des primes de soins de longue durée 84

3.4 Coordination de l'assurance de soins de longue durée avec d'autres types d'assurance contre la maladie ou les accidents 84
3.4.1 Assurance de soins de longue durée et assurance invalidité 85
3.4.2 Assurance de soins de longue durée et assurance contre les maladies graves 85

3.5 Limites de l'assurance contre les maladies graves et de l'assurance de soins de longue durée 86

CHAPITRE 4

ASSURANCE OFFRANT UNE PROTECTION DE L'ÉPARGNE

4.1 Types d'assurance maladie complémentaire offrant une protection de l'épargne 89
4.1.1 Assurance maladie complémentaire individuelle 89
4.1.2 Assurance maladie complémentaire collective 90

4.2 Types d'assurance maladie complémentaire individuelle 90
4.2.1 Soins médicaux 90

4.2.1.1 Couverture offerte 91
4.2.1.2 Franchises et coassurance 91
4.2.2 Soins dentaires 92
4.2.2.1 Couverture offerte 92
4.2.2.2 Franchises et coassurance 93
4.2.3 Assurance voyage 93
4.2.3.1 Couverture offerte par l'assureur 94
4.2.3.2 Couverture offerte par une carte de crédit 95
4.2.3.3 Conditions préexistantes 95
4.2.3.4 Prestations 96
4.2.3.5 Facteurs influençant les primes 97
4.2.4 Imposition des primes et prestations d'assurance maladie complémentaire individuelle 98

4.3 Assurance maladie complémentaire collective 98
4.3.1 Types de couvertures 98
4.3.1.1 Médicaments sur ordonnance 98
4.3.1.2 Soins médicaux et hospitaliers étendus 99
4.3.1.3 Soins dentaires 100
4.3.1.4 Soins de la vue 101
4.3.1.5 Décès et mutilation accidentels 101
4.3.2 Prestations 102
4.3.2.1 Franchises et coassurance 102
4.3.2.2 Remboursement 105
4.3.2.3 Facturation directe 105
4.3.3 Imposition des primes et prestations d'assurance maladie complémentaire collective 105
4.3.3.1 Primes et crédit d'impôt pour frais médicaux 105
4.3.4 Coordination d'une police individuelle avec une police collective 106

4.4 Comparaison entre les polices individuelles et collectives 107

CHAPITRE 5

ASSURANCE OFFRANT UNE PROTECTION AUX ENTREPRISES

5.1 Formes d'entreprise 110
5.1.1 Entreprise individuelle 111
5.1.2 Société en nom collectif 111
5.1.3 Société par actions 111
5.1.3.1 Détention privée 112
5.1.3.2 Détention publique 113

5.2 Risques pour le propriétaire d'entreprise 113
5.2.1 Incapacité de travailler 113
5.2.2 Incapacité de vendre l'entreprise 114
5.2.2.1 Cas de l'invalidité 114
5.2.3 Perte de l'employé clé 114
5.2.3.1 Cas de l'invalidité prolongée 114

5.3 Assurance en cas d'incapacité de travailler du propriétaire 115
5.3.1 Protection frais généraux 115
5.3.1.1 But de la protection 115
5.3.1.2 Bénéficiaire admissible ou non d'une protection frais généraux d'entreprise 116
5.3.1.3 Définition de l'invalidité 116
5.3.1.4 Dépenses admissibles à un remboursement 116
5.3.1.5 Prestations 117
5.3.1.6 Délai de carence 117
5.3.1.7 Maximum de prestations 117
5.3.1.8 Report des prestations ou des frais 118
5.3.1.9 Garanties optionnelles et exclusions 119
5.3.1.10 Traitement fiscal des primes et des prestations 119
5.3.2 Protection pour prêt d'entreprise 120
5.3.2.1 But 120
5.3.2.2 Bénéficiaires potentiels 120
5.3.2.3 Prêts admissibles 121
5.3.2.4 Bénéficiaires de cette couverture 121
5.3.2.5 Prestations 121

5.3.2.6 Garanties optionnelles 122
5.3.2.7 Exclusions 122
5.3.2.8 Traitement fiscal des primes et prestations 122

5.4 Incapacité de vendre l'entreprise 122
5.4.1 Convention de rachat d'actions 123
5.4.1.1 But de la convention 123
5.4.1.2 Parties à la convention 124
5.4.1.3 Éléments d'une convention 124
5.4.1.4 Types de convention 127
5.4.1.5 Questions de nature fiscale 128
5.4.2 Protection rachat d'actions en cas d'invalidité 128
5.4.2.1 Définition de l'invalidité totale 128
5.4.2.2 Délai de carence 128
5.4.2.3 Prestation et période d'indemnisation 129
5.4.2.4 Montant de la couverture 129
5.4.2.5 Caractéristiques de la police 129
5.4.2.6 Cessation de la couverture 130
5.4.2.7 Traitement fiscal des primes et prestations 130

5.5 Perte de l'employé clé 131
5.5.1 Protection pour employé clé 131
5.5.1.1 Types d'employé clé 132
5.5.1.2 Objet de la couverture 132
5.5.1.3 Conditions du contrat 132
5.5.1.4 Avenants 133
5.5.1.5 Prestations 133
5.5.1.6 Délai de carence et périodes d'indemnisation 133
5.5.1.7 Traitement fiscal des primes et prestations 133

5.6 Autres types de régimes d'assurance d'entreprises 134
5.6.1 Fiducies de santé et de bien-être (FSBE) 134
5.6.1.1 Contributions versées à la fiducie 134
5.6.1.2 Incidences fiscales 135
5.6.2 Fiducies de soins de santé au bénéfice d'employés (FSSBE) 135
5.6.3 Régimes de gestion-santé personnels (RGSP) 135

5.6.4 Régimes groupés d'assurance invalidité et d'assurance contre les maladies graves 136

5.7 Imposition des prestations 137

5.8 Coordination de la couverture d'assurance invalidité et d'entreprise 140
5.8.1 Besoins en assurance individuelle du propriétaire 140

CHAPITRE 6

PROFIL DU CLIENT

6.1 Situation personnelle du client 143
6.1.1 Détails personnels 144
6.1.1.1 Âge 144
6.1.1.2 Sexe 144
6.1.1.3 Sports, passe-temps, activités ou autres intérêts 145
6.1.2 État matrimonial 145
6.1.3 Personnes à charge 147
6.1.4 Profession 147
6.1.4.1 Tâches professionnelles 148
6.1.4.2 Expérience de travail 148
6.1.4.3 Plans de travail futurs 148
6.1.5 Santé 149
6.1.5.1 Antécédents de santé personnels 149
6.1.5.2 Antécédents de santé familiaux 149
6.1.6 Objectifs de retraite 150
6.1.6.1 Voyager et vivre à l'étranger ou vivre à domicile 150

6.2 Revenu du client 151
6.2.1 Sources de revenu gagné 151
6.2.1.1 Salaire, bonis et revenu de commissions 151
6.2.1.2 Revenu d'entreprise 152
6.2.2 Sources de revenu passif 152
6.2.2.1 Revenu gagné par le conjoint ou la conjointe 153
6.2.2.2 Revenu de placement 153
6.2.2.3 Pension alimentaire 153
6.2.2.4 Revenu de retraite 154

6.2.2.5 Redevances et autres sources de revenus 154
6.2.2.6 Revenu d'invalidité 155
6.2.3 Revenu en nature 155
6.2.3.1 Contribution aux soins aux personnes âgées par l'aidant naturel à domicile 155
6.2.3.2 Programmes communautaires 156
6.2.4 Autres sources de revenu 156
6.2.4.1 Fonds d'urgence et autres actifs 156

6.3 Dépenses du client 156
6.3.1 Frais de subsistance 157
6.3.1.1 Relevé de prêt hypothécaire ou de contrat de location 158
6.3.1.2 Relevés bancaires 158
6.3.1.3 Budget 158
6.3.2 Épargne et placement 159
6.3.2.1 Relevés de comptes de placement enregistrés 160
6.3.2.2 Relevés de comptes de placement non enregistrés 161
6.3.2.3 Relevés de régimes de retraite 161
6.3.2.4 Relevés de l'assurance vie 162
6.3.3 Dettes 162
6.3.3.1 Relevés de marge de crédit personnelle et marge de crédit hypothécaire 163
6.3.3.2 Relevés de cartes de crédit 163
6.3.3.3 Impôts à payer 164
6.3.3.4 Autres dettes 165

6.4 Situation financière du client 165
6.4.1 Situation financière nette 165
6.4.1.1 Avoirs 166
6.4.1.2 Dettes 166
6.4.1.3 Relevé des rentrées et sorties de fonds 167

6.5 Situation d'assurance du client 169
6.5.1 Assurances personnelles ou collectives en vigueur 169
6.5.1.1 Types de polices 169
6.5.1.2 Caractéristiques de la couverture 170
6.5.1.3 Coût de la couverture 170

6.5.2 Couvertures gouvernementales 171
6.5.2.1 Assurance-emploi (AE) 171
6.5.2.2 Régime de pensions du Canada (RPC) et Régime de rentes du Québec (RRQ) 172
6.5.2.3 Indemnisation des accidentés du travail 173
6.5.2.4 Traitement fiscal des cotisations versées et des prestations reçues de la part des régimes gouvernementaux 173

6.6 Profil du client terminé 174

CHAPITRE 7

RECOMMANDATION D'ASSURANCE, CONTRAT ET BESOINS DE SERVICES

7.1 Recommandation d'assurance 177
7.1.1 Fondements de la recommandation 178
7.1.2 Recommandations pour contrôler la prime 178
7.1.2.1 Délai de carence prolongé, période de prestations réduite, prestations réduites 178
7.1.3 Modifications imposées par l'assureur pour les risques non standards 179
7.1.3.1 Suggestion d'exclusions, de limitations et de surprimes 180
7.1.3.2 Suggestion de franchise 180
7.1.4 Présentation des estimations de coût 181
7.1.5 Documentation de la recommandation 181
7.1.5.1 Justification de la recommandation 182
7.1.5.2 Attentes du client 182
7.1.6 Présentation de polices complémentaires 183
7.1.7 Révision de la recommandation 184

7.2 Proposition d'assurance 184
7.2.1 Souci du détail requis 184
7.2.1.1 Désignation de bénéficiaire 185
7.2.2 Contribution du représentant à la proposition 187
7.2.2.1 Commentaires du représentant 187
7.2.2.2 Questions médicales 188
7.2.2.3 Rapport d'inspection 189
7.2.2.4 Rapport sur les activités et sports dangereux 189
7.2.3 Documents et procédures nécessaires 189

7.2.3.1 Examen médical 190
7.2.3.2 Confirmation du revenu 190
7.2.3.3 Remplacement de la couverture 191

7.3 Souscription par l'assureur 191
7.3.1 Facteurs ayant une incidence sur la prime 192
7.3.1.1 Taux de morbidité 192
7.3.1.2 Tarification et exclusions 193
7.3.2 Évaluation des risques financiers 193
7.3.3 Évaluation des risques médicaux 194
7.3.3.1 Déclaration du médecin traitant (DMT) 194
7.3.3.2 Bureau de renseignements médicaux (BRM) 194

7.4 Contrat d'assurance 195
7.4.1 Importance de remettre rapidement le contrat au client 195
7.4.2 Importance de connaître les changements survenus depuis la proposition 196
7.4.2.1 Traitement des cas ayant fait l'objet d'une tarification particulière 197
7.4.3 Divulgation de renseignements importants au sujet du contrat 198
7.4.3.1 Facteurs limitant la couverture (dispositions légales) 198
7.4.3.2 Traitement fiscal des primes et des prestations 199
7.4.4 Caractéristiques de la police 199

7.5 Réclamations selon le contrat 201
7.5.1 Exigences pour une réclamation 202
7.5.1.1 Reçus 202
7.5.1.2 Preuve de diagnostic ou de traitement médical 202
7.5.1.3 Examen des facteurs réduisant les prestations 203

7.6 Service à la clientèle 204
7.6.1 Rôle du représentant dans le service à la clientèle 204
7.6.1.1 Transmission du formulaire de réclamation et autres documents pertinents 204
7.6.1.2 Importance de l'exactitude et de la ponctualité 205
7.6.1.3 Stratégie de suivi de la situation et des besoins du client 205
7.6.1.4 Documentation du service fourni 206

CHAPITRE 8

CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES DES RÉGIMES COLLECTIFS

8.1 Compréhension du groupe 208
8.1.1 Composition du groupe 209
8.1.1.1 Nombre de participants 209
8.1.1.2 Âge et sexe 209
8.1.1.3 Taux de roulement du personnel 210
8.1.2 Nature de l'entreprise 210
8.1.3 Entreprises similaires 210
8.1.4 Données concernant les employés 211

8.2 Produits et services 212
8.2.1 Composantes d'un programme d'aide aux employés (PAE) 212
8.2.2 Services offerts par le fournisseur d'assurance collective 214
8.2.2.1 Adhésion des participants au régime 214
8.2.2.2 Facturation des cotisations salariales et patronales 215
8.2.2.3 Règlement des réclamations 216
8.2.3 Services de courtage pour l'assurance collective 216

8.3 Couverture 217
8.3.1 Couverture actuelle 217
8.3.1.1 Structure du régime actuel 217
8.3.1.2 Expérience en matière de réclamations 218
8.3.1.3 Satisfaction envers le fournisseur actuel 218
8.3.2 Nouvelle couverture proposée 218
8.3.2.1 Structure du nouveau régime 219
8.3.3 Financement 220
8.3.3.1 Régime assuré 221
8.3.3.2 Régime à rétention 221
8.3.3.3 Services administratifs seulement 221
8.3.4 Responsabilité du versement des primes 222
8.3.4.1 Régime non contributif 222
8.3.4.2 Régime contributif 222

8.4 Coûts 222

8.4.1 Taux de primes 223
8.4.1.1 Tarification par manuel 223
8.4.1.2 Tarification selon l'expérience 224
8.4.1.3 Tarification pondérée 224
8.4.1.4 Crédibilité 224
8.4.2 Imposition et enregistrement du régime collectif 225
8.4.2.1 Paiement de la prime d'invalidité de longue durée 225
8.4.2.2 Enregistrement du régime d'invalidité de courte durée auprès d'Emploi et Développement social Canada (EDSC) 226
8.4.2.3 Taxe sur la prime d'assurance collective 226
8.4.3 Expérience en matière de réclamations et autres facteurs de tarification 227

8.5 Gestion des réclamations 227

8.6 Coordination des prestations 228

8.7 Rôle du représentant dans le service à la clientèle 230
8.7.1 Suivi des besoins et de la situation du client 230
8.7.2 Documentation des services fournis 231

CONCLUSION 232

ANNEXE A

Adultes ayant une incapacité qui ont besoin d'aide pour la réalisation d'activités quotidiennes, selon le sexe et le groupe d'âge, canada, 2001 et 2006 234

BIBLIOGRAPHIE 235

LISTE DES DIAGRAMMES ET TABLEAUX

CHAPITRE 2

Tableau 2.1 Comparaison entre l'assurance hypothécaire et l'assurance invalidité individuelle 19
Diagramme 2.1 Invalidité récidivante avec deux délais de carence 29
Diagramme 2.2 Invalidité récidivante avec délai de carence unique 30
Diagramme 2.3 Invalidité récidivante avec période de prestations prolongée 30
Tableau 2.2 Exemple de table de morbidité d'après l'âge 33
Diagramme 2.4 Montants de prestations d'assurance invalidité collective 53
Tableau 2.3 Imposition des primes et des prestations d'assurance invalidité selon le payeur 57
Tableau 2.4 Caractéristiques de la protection de revenu de l'assurance individuelle, l'assurance collective et l'assurance prêt 61

CHAPITRE 3

Diagramme 3.1 Pyramide des âges de la population, Canada, 1961, 2011 et 2061 73
Tableau 3.1 Coût mensuel de l'hébergement en maison de santé (non subventionné) par province 77
Tableau 3.2 Caractéristiques de l'assurance invalidité, de l'assurance contre les maladies graves et de l'assurance de soins de longue durée 85

CHAPITRE 4

Tableau 4.1 Exemple de tableau des pertes en cas de décès et mutilation accidentels 102
Tableau 4.2 Caractéristiques des polices d'assurance maladie complémentaire individuelles et collectives 107

CHAPITRE 5

Tableau 5.1 Incidences fiscales relatives aux primes versées et aux prestations reçues de l'assurance d'entreprise contre la maladie ou les accidents et l'invalidité 137

CHAPITRE 6

Tableau 6.1 Traitement fiscal des cotisations versées par les programmes gouvernementaux 174

Tableau 6.2 Traitement fiscal des prestations reçues des programmes gouvernementaux 174

APPENDICE A

Adultes ayant une incapacité qui ont besoin d'aide pour la réalisation d'activités quotidiennes, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 2001 et 2006 234

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AE	Assurance-emploi
ARC	Agence du revenu du Canada
BRM	Bureau de renseignements médicaux
CASC	Centres d'accès aux soins communautaires
CBR	Coût de base rajusté
CELI	Compte d'épargne libre d'impôt
CIPH	Crédit d'impôt pour personnes handicapées
DC	Délai de carence
DMT	Déclaration du médecin traitant
ECI	Enquête canadienne sur l'incapacité
EDSC	Emploi et Développement social Canada
FERR	Fonds enregistré de revenu de retraite
FSBE	Fiducie de santé et de bien-être
FSSBE	Fiducie de soins de santé au bénéfice d'employés
IPC	Indice des prix à la consommation
PAE	Programme d'aide aux employés
PQAP	Programme de qualification en assurance de personnes
REEI	Régime enregistré d'épargne-invalidité
REER	Régime enregistré d'épargne-retraite
RGSP	Régime de gestion-santé personnel
RPC	Régime de pensions du Canada
RQAP	Régime québécois d'assurance parentale
RRQ	Régime de rentes du Québec
SV	Sécurité de la vieillesse

CHAPITRE 1

PROTECTION FINANCIÈRE OFFERTE PAR L'ASSURANCE CONTRE LA MALADIE OU LES ACCIDENTS

Élément de la compétence

- Évaluer la situation et les besoins du client.

Sous-élément de la compétence

- Formuler les besoins du client en fonction des risques pouvant affecter sa situation.

1
PROTECTION FINANCIÈRE OFFERTE PAR L'ASSURANCE CONTRE LA MALADIE OU LES ACCIDENTS

Les lois sur les compagnies d'assurance des différentes provinces définissent ce qui doit être considéré comme étant une « assurance contre la maladie ou les accidents ». Les dispositions des lois provinciales se ressemblent, et la plupart incluent la liste suivante des prestations offertes par l'assurance contre la maladie ou les accidents :

- indemnité en cas d'atteinte corporelle, y compris le décès, résultant d'un accident subi par une personne assurée ;
- indemnité en cas de maladie ou d'invalidité d'une personne assurée ;
- remboursement des frais engagés à la suite d'une maladie ou d'un accident dont une personne assurée est victime ;
- remboursement des frais engagés pour les soins de santé d'une personne assurée.

Autrement dit, l'assurance contre la maladie ou les accidents atténue la charge financière des personnes assurées concernant les frais médicaux ou la perte de revenu causée par la maladie, les blessures ou le traitement médical nécessaire quand les régimes d'assurance-maladie provinciaux ne prévoient pas de couverture ou sont insuffisants.

Le présent chapitre porte sur les risques qui menacent les individus et leurs familles, les entreprises, ainsi que les besoins en découlant couverts par différents types de produits d'assurance contre la maladie ou les accidents. Les produits et le processus pour les recommander et les mettre en place sont étudiés plus en détail dans des chapitres ultérieurs.

1.1 Pour les individus et leurs familles

Différents types d'assurances contre la maladie ou les accidents peuvent jouer un rôle critique dans la protection de la viabilité financière et de la longévité de bon nombre d'entreprises. Cependant, la plupart des polices d'assurance contre la maladie ou les accidents protègent avant tout les individus et leurs familles, sur le plan financier, en période de crise causée par un accident, la maladie ou des problèmes de santé.

1.1.1 Objectifs financiers des individus et de leurs familles

La plupart des familles ont un ensemble d'objectifs assez communs qui nécessitent des liquidités régulières et un excédent à investir à long terme. Bien que les montants et les détails varient d'une famille à l'autre, les trois grands objectifs financiers demeurent à peu près les mêmes, c'est-à-dire :

- accumuler de la richesse (patrimoine) ;
- créer un revenu de retraite ;
- répondre aux besoins familiaux.

1.1.1.1 Accumulation de richesse

Une fois les besoins immédiats (nourriture, logement, vêtements, moyens de transport, loisirs, etc.) satisfaits grâce au revenu courant, tout excédent devrait servir à constituer un fonds d'urgence : trois à six mois de dépenses courantes. Le revenu excédentaire peut être mis de côté pour accumuler un patrimoine, à la fois à long terme et à court terme. Le patrimoine (actifs) peut servir à atteindre une vaste gamme d'objectifs familiaux :

- investissements dans une maison ou dans une résidence secondaire ;
- constitution d'un portefeuille de titres enregistrés et non enregistrés pour fournir un revenu courant supplémentaire, de la croissance ou des fonds pour la retraite ;
- constitution d'un patrimoine à léguer à la prochaine génération ou pour la postérité, en général.

1.1.1.2 Revenu de retraite

À un certain moment, pratiquement tout le monde prend sa retraite. Mais la « retraite » ne veut pas dire la même chose pour tout le monde : certains veulent voyager, d'autres rester au bord d'un lac dans leur chalet et profiter de la nature, ou encore se consacrer à des projets communautaires. La liste est aussi diversifiée que les gens, mais toutes les retraites partagent un élément commun, à savoir qu'il faut toujours un revenu, quel qu'il soit.

Le revenu de retraite provient de différentes sources :

- régimes de pensions gouvernementaux (Régime de pensions du Canada (RPC) ou Régime des rentes du Québec (RRQ) et Sécurité de la vieillesse (SV)) ;
- régimes de retraite de l'employeur ;
- régimes d'épargne-retraite personnels (régimes enregistrés d'épargne-retraite (REER)) ;
- placements non enregistrés ;

- héritages ;
- emploi à temps partiel ou travail autonome ;
- liquidation d'actifs.

Toutes ces sources exigent que le retraité ait travaillé, économisé et investi pendant un nombre important d'années avant sa retraite pour avoir droit à un revenu. Or, un certain nombre de facteurs, notamment les crises économiques et l'invalidité, peuvent interrompre la continuité du travail. C'est en de pareils moments que le représentant en assurance de personnes joue un rôle important ; en recommandant des produits pouvant remplacer le revenu en périodes d'invalidité, par exemple, il aide à protéger le bien-être financier des individus et de leurs familles.

1.1.1.3 Besoins familiaux

Avant la retraite et avant d'investir pour accumuler un patrimoine (ou en même temps), les familles doivent générer un revenu et épargner pour répondre à leurs propres besoins. Les frais d'inscription (et de logement et de subsistance) pour les études supérieures des enfants, l'orthodontie et les vacances familiales sont autant de dépenses à couvrir bien avant de penser à la retraite. Et c'est sans compter l'obligation pour bon nombre de familles de soutenir des enfants ayant des besoins spéciaux, les parents âgés et à charge, ainsi que les enfants de retour au bercail en raison de problèmes économiques ou autres.

1.1.2 Risques financiers pouvant affecter les individus et leurs familles

Pour pouvoir atteindre les objectifs familiaux mentionnés plus haut, les individus doivent avant tout générer au fil du temps assez de revenu et d'épargne. Malheureusement, un certain nombre de risques modifient ces projets, comme :

- des dépenses imprévues ;
- la perte de revenu ou d'épargne ;
- la baisse du niveau de vie ;
- l'inflation ;
- la longévité ;
- les dettes.

1.1.2.1 Dépenses imprévues

En théorie, se doter d'un budget permet de mieux gérer ses revenus et ses dépenses et, ainsi, de faire face à des problèmes financiers. Cependant, toutes les familles ne font pas un budget et en avoir un ne signifie pas qu'il soit réaliste. De plus, bon nombre d'individus sont incapables de le respecter.

Même avec le meilleur budget, il est impossible de prévoir toutes les dépenses éventuelles. Certaines sont prévisibles et planifiables, comme le remplacement d'un véhicule tous les six ans ou plus, en constituant un fonds de prévoyance à cette fin. Cependant, d'autres arrivent sans prévenir et font parfois dérailler le budget de la famille.

EXEMPLE

Émilie, mère célibataire de 35 ans ayant deux enfants préadolescents, a subi un accident vasculaire cérébral invalidant l'an dernier. Non seulement elle n'a pas pu travailler et gagner un revenu depuis ce moment-là, mais elle a dû en plus dépenser 75 000 $ pour transformer sa maison de deux étages afin de pouvoir utiliser un fauteuil roulant motorisé. La perte de revenu, combinée aux frais médicaux, a diminué son épargne et une bonne partie de son REER, ce qui l'a considérablement endettée. Pour s'en sortir, elle devra sans doute vendre sa maison et déménager dans un appartement avec sa famille.

1.1.2.2 Perte de revenu

Pendant les années de travail d'un individu, en particulier les premières, son succès financier et sa sécurité dépendent avant tout de son revenu. À moins de gagner à la loterie ou de recevoir un héritage dans son jeune âge, la seule manière d'accumuler de l'épargne ou un actif à long terme consiste à générer annuellement plus de revenus qu'il n'en faut pour vivre. Toutefois, celui-ci dépend, à la fois, de la disponibilité et de la capacité de l'individu de continuer à travailler. Personne n'est à l'abri d'une invalidité causée par la maladie ou un accident empêchant de travailler et de gagner un revenu pendant une période prolongée.

1.1.2.3 Perte d'épargne

Que ce soit d'importantes dépenses imprévues ou une baisse, ou une perte de revenu, ou les deux, tous ces facteurs peuvent contraindre une famille à se servir de son épargne pour répondre à ses besoins courants. Et, selon le montant d'épargne en cause et les ressources de revenu familial disponibles, cela peut prendre des années pour reconstituer l'épargne ainsi perdue.

1.1.2.4 Baisse du niveau de vie

Une baisse du niveau de vie n'est pas vraiment un risque, mais elle peut être la conséquence d'autres pertes telles que de revenu, d'épargne, d'actifs, etc., et qui découlent elles-mêmes de revenu perdu ou des frais médicaux imprévus en raison de blessures ou de maladie. L'« effet domino » peut souvent être évité si la famille est dotée d'un programme efficace d'assurance contre la maladie ou les accidents. Autrement, les changements de situation financière peuvent contraindre la famille à vendre une de ses autos, à déménager dans une plus petite maison ou dans un logement locatif, ou à réduire, voire à éliminer, les vacances familiales. Une baisse de

niveau de vie n'est pas seulement un changement physique pour la famille ; cela entraîne aussi des changements psychologiques, un obstacle à l'ambition et à la productivité pour l'avenir. Une baisse de niveau de vie aujourd'hui peut se traduire, dans le futur, par une baisse assez marquée du revenu, des actifs et du style de vie.

1.1.2.5 Inflation

En prenant l'indice des prix à la consommation (IPC) comme référence, le panier de marchandises qui coûtait 100 $ en 1994 coûte 20 ans plus tard, en 2017, 144,57 $[1], soit une augmentation de 45 %, et ce, pendant une période où l'inflation a été très faible. Si on regarde le long terme, 100 $ de valeur de marchandises achetées en 1917 coûte 1 652 $ un siècle plus tard[2].

Bien que l'inflation au Canada ait été faible au cours des dernières années (1,24 % en 2013), elle atteignait des niveaux beaucoup plus élevés il n'y a pas si longtemps (12,12 % en 1982).

En période de forte inflation, les salaires des travailleurs doivent augmenter de façon importante, année après année, juste pour permettre à l'individu de maintenir son niveau de vie. De la même manière, des produits de remplacement de revenu en cas d'invalidité, comme l'assurance contre la maladie ou les accidents en cas d'invalidité, doivent être indexés sur l'inflation afin que les prestations conservent leur pouvoir d'achat, en particulier en période d'invalidité prolongée ou de forte inflation, ou des deux.

1.1.2.6 Longévité

En Amérique du Nord, en 1900, l'espérance de vie à la naissance était, pour l'homme, de 46,3 années. Bon nombre d'individus n'atteignaient jamais l'âge de la retraite. Mais, pour ceux qui arrivaient à 65 ans, l'espérance de vie résiduelle moyenne était de 12 ans environ. En l'an 2000, elle est passée à 16 ans pour les hommes âgés de 65 ans[3] et en 2009[4], à 18-19 ans dans la plupart des provinces canadiennes. De façon générale, les gens vivent plus longtemps et passent plus d'années à la retraite. Par conséquent, les familles doivent accumuler davantage d'actifs pour la retraite que par le passé si elles veulent éviter d'épuiser leurs ressources financières de leur vivant.

La longévité accrue a des conséquences identiques sur les coûts de soins de santé des personnes âgées. Elles ont plus de risques de subir des complications médicales exigeant des

1. Banque du Canada. *Feuille de calcul de l'inflation.* [En ligne]. [Document consulté le 3 août 2017]. http://www.banqueducanada.ca/taux/renseignements-complementaires/feuille-de-calcul-de-linflation
2. Trading Economics. *Canada inflation rate*. [En ligne]. [Document consulté le 3 août 2017]. http://www.tradingeconomics.com/canada/inflation-cpi [Anglais].
3. ElderWeb. *History of long term care.* [En ligne]. [Document consulté le 3 août 2017]. http://www.elderweb.com/book/history-long-term-care [Anglais].
4. Statistique Canda. *Espérance de vie, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et par province et territoire.* [En ligne]. Document révisé le 31 mai 2012. [Document consulté le 3 août 2017]. http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health72a-fra.htm

soins à la maison ou en institution, et cela pendant plus longtemps qu'auparavant. Autant de bonnes raisons de mettre en place un bon programme d'assurance de soins de longue durée.

Non seulement la durée moyenne de vie des « retraités » a augmenté de 50 % environ au cours du siècle dernier, mais le coût de la vie ainsi prolongée aussi. En 1900, la plupart des personnes vivant jusqu'à 70 ans et plus et ayant des problèmes de santé étaient soignées chez elles par leur famille. Aujourd'hui, les personnes âgées ayant besoin de soins sont placées dans des établissements de soins prolongés : maisons de retraite ou centres de soins infirmiers. Le coût de ces centres peut atteindre jusqu'à 5 000 $ par mois et celui des maisons de retraite privées est souvent bien supérieur à ce montant. Éventuellement, bon nombre de personnes âgées verront donc s'épuiser toutes leurs ressources et dépendront peut-être du gouvernement ou de leurs enfants. Quoi qu'il en soit, le patrimoine à léguer à leurs enfants aura largement diminué, ou sera inexistant.

1.1.2.7 Dettes

Les dettes nuisent de façon insidieuse aux meilleurs plans et objectifs financiers. Bien sûr, elles réduisent la valeur nette, soit la valeur des actifs de la personne moins ses dettes.

En 2013, la dette moyenne des ménages au Canada a atteint un niveau record : 1,63 $ de dette pour chaque 1,00 $ de revenu familial disponible. Dans l'ensemble, cette année-là, les Canadiens détenaient 1,1 billion $ de dettes hypothécaires et 500 milliards $ de dettes de crédit[5].

Or, ce n'est pas seulement le montant de la dette qui est préoccupant, mais aussi les frais financiers afférents, en particulier ceux pour la dette de crédit. Par exemple, les cartes de crédit à la consommation appliquent souvent des taux d'intérêt annuels très élevés sur les soldes impayés, variant de 18 % à 24 %, voire plus. À ce taux, les 500 milliards $ de dettes de cartes de crédit génèrent des frais de service variant de 90 à 120 milliards $ par an.

En fait, bon nombre de Canadiens arrivent à l'âge de la retraite avec une forte dette, ce qui est un obstacle à la viabilité financière à long terme de leurs projets.

Le service de la dette (intérêts et paiements minimums) provient en général du revenu courant. Ce dernier peut être menacé si l'individu souffre de problèmes de santé. Le défaut de rembourser sa dette peut, dans le pire des cas, entraîner pour l'individu des poursuites, saisies et faillites, sauf si une assurance est souscrite pour pallier son incapacité à générer un revenu ou pour couvrir ses frais médicaux courants.

5. Huffington Post. *Canadian's household debt reaches new high: $1.63 for every dollar earned*. [En ligne]. Document révisé le 13 septembre 2013. [Document consulté le 3 août 2017]. http://www.huffingtonpost.ca/2013/09/13/household-mortgage-debt-canada_n_3920887.html [Anglais].

1.1.3 Risques personnels pouvant affecter les individus et leurs familles

En plus des risques financiers évoqués ci-dessus, des risques de santé personnels peuvent aussi nuire aux plans financiers des individus et de leurs familles, et menacer leur sécurité financière : par exemple, le risque d'invalidité, la perte d'indépendance et le coût des soins de longue durée.

1.1.3.1 Risque d'invalidité

En 2012, environ 3,8 millions de personnes, soit 13,7 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus, ont déclaré être limitées dans leurs activités quotidiennes en raison d'une incapacité. Les résultats proviennent de l'Enquête canadienne sur l'incapacité (ECI) de 2012[6].

Ces personnes étaient considérées comme ayant une incapacité si elles avaient de la difficulté à accomplir certaines tâches en raison d'un état ou d'un problème de santé à long terme et présentaient une limitation dans leurs activités quotidiennes.

La prévalence de l'incapacité augmente de façon constante avec l'âge. Parmi les Canadiens en âge de travailler (de 15 à 64 ans), près de 1 sur 10 a déclaré avoir une incapacité en 2012, comparativement à presque le tiers des personnes âgées au Canada (de 65 ans et plus). La prévalence de l'incapacité est plus élevée chez les femmes (14,9 %) que chez les hommes (12,5 %).

En 2012, parmi les personnes ayant une incapacité, 26 % ont été classées comme ayant une incapacité très sévère, 22,5 %, une incapacité sévère, 19,8 %, une incapacité modérée et 31,7 %, une incapacité légère.

1.1.3.2 Perte d'indépendance et coûts des soins de longue durée

Comme les personnes vivent plus longtemps (voir ci-dessus) et reçoivent de meilleurs soins de santé qu'avant, elles sont plus nombreuses à vivre plus longtemps avec des maladies. Celles-ci, qu'elles soient physiques (un accident vasculaire cérébral, la maladie de Parkinson) ou cognitives (la maladie d'Alzheimer), les rendent incapables de subvenir à leurs besoins de façon indépendante. Bon nombre de ces individus ont recours à temps plein à des établissements de soins de longue durée pour les besoins quotidiens de base.

1.1.4 Besoins satisfaits par l'assurance individuelle contre la maladie ou les accidents

En cas de maladie ou de blessure, ou s'il y a un besoin de soins médicaux, l'assurance individuelle contre la maladie ou les accidents fournit aux employés, aux travailleurs autonomes ou aux propriétaires d'entreprises, ainsi qu'à leurs familles les sommes nécessaires pour « acheter du temps » – du temps pour guérir et redevenir productif, pour s'adapter à un changement d'état de

6. Statistique Canada. *Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012.* [En ligne]. Document révisé le 3 décembre 2013. [Document consulté le 3 août 2017]. http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/131203/dq131203a-fra.htm

santé et pour affronter les difficultés d'une charge financière imprévue. Ainsi, les besoins satisfaits par l'assurance individuelle contre la maladie ou les accidents incluent la protection :

- du revenu ;
- de l'épargne ;
- des actifs.

1.1.4.1 Protection du revenu

Bien que le nom « assurance contre la maladie ou les accidents » ne le suggère pas, l'une des couvertures les plus courantes est la protection du revenu en cas d'invalidité. Cette assurance remplace un pourcentage du revenu habituel de la personne assurée, soit un employé ou un travailleur autonome, si elle est malade ou blessée, et incapable de travailler. Après un délai de carence approprié suivant le début de l'incapacité et pendant lequel aucune prestation n'est payable, l'assuré reçoit un paiement mensuel de l'assureur. Les prestations sont payables pendant une période de prestations prescrite, ou jusqu'à ce que l'assuré invalide retourne au travail, selon ce qui arrive en premier.

EXEMPLE

Entrepreneur indépendant dans le domaine de la plomberie, Raoul gagne 80 000 $ par an. Pour protéger sa famille financièrement, en cas d'invalidité et d'incapacité de travailler pendant un certain temps, il a souscrit une police d'assurance contre la maladie ou les accidents pour remplacer son revenu. La police comporte un délai de carence de 90 jours (3 mois), une prestation mensuelle de 4 200 $ et une période de prestations de 5 ans. Si Raoul se blesse et devient incapable de travailler, après avoir attendu 3 mois, il recevra 4 200 $ par mois pendant un maximum de 5 ans, pour remplacer la perte de revenu causée par l'incapacité.

1.1.4.2 Protection de l'épargne

Comme précisé précédemment, un des nombreux objectifs familiaux d'un individu pendant sa vie active consiste à accumuler du capital : épargne (comptes bancaires, dépôts à terme et autres instruments financiers à court terme) à titre de fonds d'urgence ou pour des objectifs financiers à court terme (fonds d'études, bateau, auto neuve, etc.) et placements (actions, obligations, fonds communs de placement, REER) pour des objectifs à plus long terme, comme la retraite. Des circonstances imprévues, tels la maladie, l'incapacité, les frais médicaux, peuvent conduire à la diminution de l'épargne, à la fois, à court terme et à long terme. Heureusement, l'assurance-maladie complémentaire, une forme d'assurance contre la maladie ou les accidents, peut absorber l'incidence financière de bon nombre de ces risques, en offrant les liquidités nécessaires pour remplacer la perte de revenu ou payer les frais médicaux.

EXEMPLE

La famille Johnson vient de passer une année particulièrement difficile. En janvier, madame Johnson, qui a un cabinet-conseil, s'est blessée en tombant et n'a pas pu travailler pendant 8 mois. De ce fait, elle n'a pas gagné les 5 000 $ mensuels en honoraires pendant cette période, ce qui a entraîné une réduction de 50 % du revenu familial. Le fils Johnson a reçu une rondelle sur la bouche pendant une partie de hockey amateur, ce qui a coûté plus de 10 000 $ en chirurgie dentaire reconstructive. Et la fille Johnson a eu une grave infection virale nécessitant 10 jours d'hospitalisation en chambre individuelle, au coût de 125 $ par jour, en plus du montant alloué par le régime provincial d'assurance-maladie.

Heureusement, la famille avait souscrit une protection complète d'assurance contre la maladie ou les accidents, grâce à une police personnelle et à celle fournie par le régime d'assurance collective de l'entreprise de monsieur Johnson. La totalité des frais hospitaliers supplémentaires de 1 250 $ pour la fille Johnson a été couverte, tout comme les 5 000 $ de frais de chirurgie dentaire pour le fils. Grâce à un régime de remplacement du revenu en cas d'invalidité, madame Johnson a reçu 3 000 $ par mois pendant 5 des 8 mois au cours desquels elle n'a pas pu travailler, soit un total de 15 000 $. Sans couverture d'assurance adéquate, les économies des Johnson auraient fondu de 21 250 $ (1 250 $ + 5 000 $ + 15 000 $).

1.1.4.3 Protection des actifs

La plupart des personnes épargnent pour leur retraite, mais les montants varient. Par exemple, d'après une enquête publiée par CBC[7], le 4 janvier 2013, près de 6 millions de Canadiens ont contribué à un REER en 2010, détenant au total 782 milliards $ d'actifs dans leurs régimes. Ces actifs ne sont pas nécessairement utilisés pendant les années de retraite : ils sont souvent transmis à la prochaine génération au décès des retraités. Ou, du moins, telle est leur intention.

Malheureusement, les problèmes de santé chez les personnes âgées entraînent des dépenses qui réduisent les actifs destinés à la retraite et la valeur successorale. La plupart des prestations de santé collective des retraités prennent fin à la retraite, les laissant sans couverture pour les soins dentaires et de la vue. Pour les individus non autonomes en raison de handicaps physiques ou cognitifs, le coût des soins en établissements de soins infirmiers subventionnés par la province

7. CBC News. *Retirement savings in Canada – by the numbers*. [En ligne]. Document révisé le 4 janvier 2013. [Document consulté le 3 août 2017]. http://www.cbc.ca/news/business/taxes/retirement-savings-in-canada-by-the-numbers-1.1303371 [Anglais].

peut atteindre jusqu'à 3 200 $ par mois[8] (en Colombie-Britannique, par exemple), les maisons de retraite privées étant potentiellement beaucoup plus chères.

L'assurance contre les maladies graves et les soins de longue durée verse des prestations qui compensent une bonne partie des frais médicaux, permettant ainsi à la personne âgée de maintenir sa valeur patrimoniale pour la transmettre à ses héritiers.

EXEMPLE

Elvire, 69 ans, a travaillé toute sa vie comme assistante juridique, mais n'a jamais gagné un salaire élevé. Sans régime de retraite à son travail, elle a réussi toutefois à accumuler environ 250 000 $ dans des REER et placements non enregistrés, et à posséder une maison de campagne de 150 000 $ à l'Île-du-Prince-Édouard. Jusqu'à présent, elle vivait avec ses 1 250 $ par mois (soit 15 000 $ par année) de prestations gouvernementales et certains intérêts et dividendes provenant de ses placements.

Récemment, Elvire a appris qu'elle souffre d'une maladie dégénérative la contraignant à aller en maison de soins infirmiers, au coût de 2 750 $ par mois (soit 33 000 $ par an). Malgré ses problèmes de santé, Elvire a une espérance de vie normale de 85 ans, soit encore 16 ans. Le manque à gagner entre ses revenus et le coût de la maison de soins infirmiers exige qu'Elvire liquide 18 000 $ par an de ses actifs (33 000 $ – 15 000 $), ce qui réduira sa valeur patrimoniale de 290 000 $ au cours de sa vie (18 000 $ × 16 ans) ; elle avait prévu de laisser ce montant à ses trois petites nièces pour leur donner un bon départ dans la vie.

Heureusement, Elvire avait souscrit à 55 ans une police d'assurance de soins de longue durée. La police couvrira 1 000 $ de ses dépenses mensuelles, soit 12 000 $ par année, ce qui réduit la baisse de sa valeur patrimoniale à moins de 100 000 $ pendant sa vie ((18 000 $ – 12 000 $) × 16 ans = 96 000 $). Cela lui permet de laisser quand même un legs important à sa famille.

1.2 Pour les propriétaires d'entreprise

Les besoins et les objectifs des propriétaires d'entreprise qui requièrent une protection sont semblables, à de nombreux égards, à ceux des individus et de leurs familles, parce que le propriétaire d'entreprise n'est pas censé exister en vase clos. Il est, à la fois, une personne et souvent le membre d'une famille. Les sections suivantes présentent les objectifs, les risques et les besoins des propriétaires concernant la maladie et les accidents.

8. Financière Sun Life. *Les soins de longue durée en Colombie Britannique 2016*. [En ligne]. [Document consulté le 11 août 2017]. https://www.sunnet.sunlife.com/files/advisor/french/PDF/Completereport-LTC-Costs-BC.pdf

1.2.1 Objectifs

Tous les propriétaires d'entreprises privées ont en général des objectifs semblables susceptibles de changer avec les circonstances et avec le temps. Les objectifs de l'entreprise ou du propriétaire d'entreprise se traduisent directement en objectifs individuels :

- rentabilité de l'entreprise (protection du revenu) ;
- succession de l'entreprise (protection de l'épargne) ;
- vente à la juste valeur marchande (protection des actifs).

1.2.1.1 Rentabilité de l'entreprise

Au démarrage d'une nouvelle entreprise, son ou ses propriétaires ont souvent pour objectif immédiat de la faire survivre. Après une ou deux années d'établissement, l'objectif du ou des propriétaires passe de la survie à la rentabilité et à la croissance. Quels que soient par ailleurs leurs motifs, les propriétaires d'une entreprise font des affaires pour gagner leur vie, pour eux-mêmes et leurs familles, ainsi que pour leurs employés. La continuité de l'entreprise est l'un des facteurs qui contribuent à sa rentabilité.

1.2.1.2 Succession de l'entreprise

Pour de nombreux propriétaires, leur entreprise est ce qu'ils lègueront pour perpétuer leur réputation et leur identité. Ils sont nombreux à vouloir que leurs enfants reprennent l'entreprise, que ceux-ci soient encore d'âge préscolaire ou à l'université, ou employés dans l'entreprise, actuellement ou plus tard. Toutefois, la majorité des entreprises privées familiales ne sont pas transmises à la prochaine génération, surtout à cause d'un manque de planification. Même quand les enfants souhaitent reprendre l'affaire, l'entreprise fait parfois faillite avant la transition en raison d'un manque de préparation adéquate.

Le chapitre 5 du présent manuel décrit le rôle de l'assurance contre la maladie ou les accidents pour fournir des fonds afin de couvrir les dépenses d'exploitation de l'entreprise en cas d'invalidité du propriétaire. Ainsi la survie de l'entreprise est garantie jusqu'à son retour ou jusqu'au legs à la prochaine génération.

1.2.1.3 Vente à la juste valeur marchande

Dans de nombreux cas, l'entreprise ne peut être transmise à la prochaine génération parce que celle-ci n'existe pas ou est incapable de reprendre l'entreprise à son compte. Aussi, les membres de la prochaine génération n'arrivent pas parfois à s'entendre sur la manière de diviser ou d'exploiter l'entreprise, ou bien leurs projets ne cadrent pas avec une reprise de l'entreprise familiale. Dans ces cas-là, la meilleure chose à faire pour le propriétaire désireux de prendre sa retraite, ou pour ses héritiers au moment de son décès, consiste à vendre l'entreprise à sa juste

valeur marchande. Pour cela, il faut l'avoir planifié. Une vente improvisée signifie souvent une vente à rabais; les successeurs ou concurrents potentiels profitent de la situation en payant une fraction de la juste valeur pour l'entreprise même, sa clientèle et ses éléments d'actifs durables. De façon idéale, les propriétaires devraient prendre le temps de trouver à l'avance un acheteur approprié pour l'entreprise et d'engager sa responsabilité avec un juste prix et une documentation juridique adéquate, telle une «convention de rachat d'actions»; ils devraient s'assurer de présence de liquidités suffisantes pour couvrir l'achat, au besoin. Le chapitre 5 du présent manuel décrit le rôle de l'assurance contre la maladie ou les accidents pour obtenir le financement nécessaire, avec la bonne documentation juridique, garantissant ainsi au propriétaire invalide un juste prix pour son entreprise.

1.2.2 Risques commerciaux

Le succès ou l'échec d'une entreprise dépend d'un certain nombre de facteurs, tant internes qu'externes. Les questions comme la productivité, la qualité de la production, et la gestion des finances et du personnel sont de nature interne et soumises au contrôle du propriétaire d'entreprise. Le risque est en général défini comme étant la possibilité qu'un résultat donné, souvent négatif, se produise. Les risques sont systématiques, c'est-à-dire communs au cadre commercial lui-même, ou non systématiques, soit propres à l'entreprise de l'individu.

Les entreprises sont avant tout exposées à des risques commerciaux, appelés aussi des «risques non systématiques». Ces facteurs concernent une entreprise particulière, plutôt que le marché ou l'économie dans son ensemble, et peuvent avoir une incidence sur la rentabilité, voire la survie de l'entreprise. Un élément important du risque commercial tient à la santé du propriétaire ou de l'exploitant, d'autres membres ou d'un employé clé: la capacité de continuer à fournir des services essentiels à la rentabilité et à la survie de l'entreprise.

1.2.3 Gestion de risques

Dans le cas où le propriétaire ou l'employé clé est blessé ou malade et incapable d'exécuter ses fonctions, l'entreprise a alors uniquement deux possibilités pour régler les coûts provoqués par ce risque:

- l'autofinancement;
- l'assurance.

1.2.3.1 Autofinancement

L'autofinancement est une forme de prévention du risque, c'est-à-dire que le propriétaire de l'entreprise assume lui-même le coût du risque. La personne qui veut autofinancer le coût d'une perte découlant d'un risque n'a vraiment que trois options:

- payer le coût avec les liquidités actuelles ;
- emprunter pour acquérir des fonds et payer le coût ;
- diminuer son épargne ou vendre ses actifs.

Aucune de ces options n'est très intéressante. Si le coût de la perte est la réduction ou l'élimination du revenu gagné pour cause d'incapacité, d'où viendront les flux de trésorerie courants pour payer la perte ? Les fonds empruntés peuvent servir à cela, mais emprunter de l'argent coûte cher et il faut rembourser. Si l'emprunteur tombe malade ou est incapable de travailler, les prêteurs peuvent décider qu'il n'est pas un risque intéressant. Où trouvera-t-il alors les liquidités pour rembourser le prêt? Il est possible de sacrifier l'épargne ou tout autre actif afin d'éponger la perte à condition que le propriétaire ait des actifs suffisants. Or, ces actifs ont peut-être été mis de côté à d'autres fins : des besoins pouvant survenir, maintenant ou à l'avenir.

1.2.3.2 Assurance

Une solution plus avantageuse que l'autofinancement consiste souvent à s'assurer contre la perte potentielle que représentent des risques comme le décès, l'invalidité ou les frais médicaux causés par la blessure ou la maladie. Moyennant une prime modeste, versée régulièrement à la compagnie d'assurance, une personne est assurée d'avoir des fonds, au besoin, pour compenser la perte de revenu ou payer les dépenses engagées à cause d'une invalidité ou d'un problème médical.

Bien sûr, les primes payées pour l'assurance peuvent être « perdues » si la personne assurée n'a jamais besoin de déposer une réclamation. Toutefois, le coût de cette perte sera sans doute inférieur à celui de la perte occasionnée en l'absence d'assurance. Selon le dicton populaire, « mieux vaut en avoir une et ne pas en avoir besoin que d'en avoir besoin et ne pas l'avoir ».

1.2.4 Besoins satisfaits par l'assurance d'entreprise contre la maladie ou les accidents

Les entreprises, en particulier les petites entreprises privées, comptent toutes sur deux facteurs communs pour le succès : des recettes continues, générées par les efforts des propriétaires ou des employés clés de l'entreprise, et l'embauche et la rétention d'employés de qualité.

Si une entreprise s'appuie en grande partie sur les services du propriétaire ou d'un employé clé pour générer les recettes nécessaires au paiement des factures et faire un profit, une invalidité de plus de quelques jours peut signifier la mort de cette entreprise. Même s'il n'y a que très peu de revenu, voire aucun, il faut toujours payer les dépenses, comme le loyer, les services publics, les salaires du personnel et autres comptes fournisseurs. Certaines polices d'assurance contre la maladie ou les accidents, comme les régimes de protection frais généraux, entre autres, fournissent des fonds pour maintenir l'entreprise à flot financièrement, pendant plusieurs mois, en attendant le rétablissement du propriétaire ou de l'employé invalide.

EXEMPLE

Propriétaire unique et principale vendeuse dans une petite entreprise d'import/export, Ingrid loue des bureaux dans un centre industriel et emploie trois personnes. Le mois dernier, elle a été victime d'un accident au cours d'une compétition sportive et a subi de graves blessures, entraînant une incapacité de travailler pendant sept mois. Pendant son invalidité temporaire, les revenus de l'entreprise ont chuté de 70 % après les 2 premiers mois. Sans liquidités, l'entreprise aurait été contrainte de fermer ses portes. Toutefois, Ingrid avait eu la bonne initiative de souscrire une protection frais généraux pour elle-même, sachant que cela lui permettait de recevoir jusqu'à 15 000 $ par mois pour couvrir les dépenses d'entreprise courantes en cas de besoin. Les fonds ont suffi à payer le loyer et les salaires du personnel, et à maintenir l'entreprise en exploitation jusqu'à ce qu'Ingrid puisse retourner au travail.

De nombreux éléments servent à attirer et à garder les employés : le salaire, les programmes de retraite, les bonnes conditions de travail, une direction compétente et des relations positives entre elle et les employés, ainsi que des avantages intéressants, y compris l'assurance contre la maladie ou les accidents. L'employé veut savoir s'il continuera à toucher son revenu pour sa subsistance et celle de sa famille en cas d'absence de son travail pour cause d'accident ou de maladie. Même les employés célibataires désirent avoir des prestations (soins dentaires ou de la vue, soins hospitaliers complémentaires) pour couvrir les frais médicaux ; ce besoin est encore plus important quand les employés ont des familles. Si l'employeur éventuel ou actuel n'offre pas d'avantages sociaux adéquats, les employés ou les futurs employés chercheront peut-être alors la sécurité dans un autre emploi.

CHAPITRE 2

ASSURANCE OFFRANT UNE PROTECTION DU REVENU

Élément de la compétence

- Analyser les produits offerts répondant aux besoins du client.

Sous-éléments de la compétence

- Analyser les types de contrats répondant aux besoins du client ;
- Analyser les avenants répondant aux besoins du client.

2

ASSURANCE OFFRANT UNE PROTECTION DU REVENU

L'assurance invalidité offre une protection financière aux personnes qui travaillent en cas de blessure ou de maladie les rendant inaptes au travail. Les prestations versées aux personnes assurées admissibles, ou en leur nom, vont du remplacement du revenu au paiement mensuel d'un prêt, hypothécaire ou autre, et de la carte de crédit au nom du réclamant invalide.

2.1 Sources de protection du revenu

Les sources de couverture d'assurance invalidité offertes sur le marché sont multiples. Toute personne ayant gagné un revenu en tant qu'employé ou comme travailleur autonome et assurable sur le plan médical peut en cas d'invalidité obtenir une assurance de remplacement de revenu à partir d'une ou de plusieurs des sources suivantes :

- police détenue de façon individuelle, souscrite directement auprès de la compagnie d'assurance ;
- couverture d'assurance collective, en tant qu'employé, membre d'un syndicat ou d'une association offrant une telle couverture ;
- assurance prêt, y compris l'assurance hypothécaire offerte aux emprunteurs ou aux détenteurs de carte de crédit qui traitent avec les principales institutions financières ;
- commission d'indemnisation des accidents du travail provinciale ;
- rente d'invalidité offerte par le Régime de pensions du Canada (RPC) ou le Régime de rentes du Québec (RRQ).

2.1.1 Assurance invalidité individuelle

Les contrats d'assurance invalidité individuelle sont conclus directement entre le preneur qui est, à la fois, l'assuré et la personne assurée[9] en vertu du contrat et la compagnie d'assurance. Une fois la police émise, le titulaire de police est habituellement celui qui paie la prime, la personne assurée et le bénéficiaire de la police. Ces polices sont en général souscrites pour remplacer le revenu gagné, en cas d'invalidité, mais aussi pour servir certains objectifs commerciaux comme

9. L'« assuré » est le titulaire de police et la personne qui touche les prestations. La « personne assurée » est la personne dont l'invalidité donne lieu au versement de prestations.

l'assurance des pertes financières en cas d'invalidité d'un employé clé ou d'un employeur dans une petite entreprise. L'assurance à des fins commerciales est traitée au chapitre 5.

La plupart du temps, les primes payables conformément aux polices d'assurance invalidité personnelles détenues par des individus plutôt que par des entreprises, ne sont pas déductibles pour le calcul de l'impôt sur le revenu, mais les prestations ne sont pas un revenu imposable.

2.1.2 Assurance invalidité collective

L'assurance invalidité collective est offerte à bon nombre de personnes, soit des participants à un régime, en vertu d'un contrat-cadre. Dans le cas d'un régime collectif employeur-employés qui est le régime le plus courant, l'employeur est le titulaire de la police, et l'employé est la personne assurée et le bénéficiaire. La couverture collective est tarifée d'après des caractéristiques de souscription du groupe dans son ensemble, plutôt que d'après les vies individuelles assurées. De plus amples explications sur le sujet sont données plus loin dans ce chapitre.

2.1.3 Assurance prêt

Un certain nombre de prêteurs commerciaux (créanciers) proposent à leurs clients (les emprunteurs) une couverture d'assurance invalidité afin d'acquitter les paiements de prêt, minimums ou à date fixe, advenant l'invalidité et l'incapacité de travailler de l'emprunteur assuré. La couverture est fournie par une compagnie d'assurance affiliée ou externe. Dans le cas d'un prêt assuré traditionnel, l'assurance fera les remboursements de prêt mensuel à date fixe pour l'emprunteur invalide. En ce qui concerne les prêts de carte de crédit, l'assurance paiera le montant mensuel minimum exigé. Ces régimes ont, en général, un délai de carence de 90 jours et une définition stricte de l'invalidité.

2.1.3.1 Assurance invalidité : comparaison entre l'assurance hypothécaire et l'assurance invalidité individuelle (traditionnelle)

Une section spécialisée de l'assurance prêt est consacrée au marché de l'assurance invalidité hypothécaire. Presque toujours, l'institution financière (le créancier hypothécaire) fournit l'assurance hypothécaire sur la tête de l'emprunteur (le débiteur hypothécaire) afin de garantir le paiement hypothécaire mensuel pendant la durée de l'invalidité de l'emprunteur. À titre subsidiaire, ce dernier peut souscrire une police de remplacement de revenu en cas d'invalidité avec l'intention d'utiliser une partie du produit mensuel de la réclamation pour effectuer les paiements hypothécaires à date fixe. Les deux approches ont leurs forces et leurs faiblesses comme le montre le tableau 2.1. En général, l'assurance hypothécaire d'un établissement de crédit est moins chère et soumise à des impératifs de souscription plus souples. Cependant, la police individuelle donne une plus grande flexibilité à son titulaire qui peut utiliser la prestation pour tout objectif plus pressant.

TABLEAU 2.1

Comparaison entre l'assurance hypothécaire et l'assurance invalidité individuelle

	ASSURANCE HYPOTHÉCAIRE	ASSURANCE INVALIDITÉ INDIVIDUELLE
Type de police	Temporaire collective	Individuelle, jusqu'à l'âge de 65 ans
Fournisseur de police	Choisi par le prêteur	Choisi par l'emprunteur
Titulaire de police	Prêteur	Emprunteur
Personne assurée	Emprunteur	Emprunteur
Souscription	Limitée	Complète
Définition de l'invalidité	Invalidité totale/toute profession	Diverses définitions
Niveaux de primes	Tarifs collectifs faibles	Tarifs individuels élevés
Payeur de primes	Emprunteur	Emprunteur
Bénéficiaire	Prêteur	Emprunteur
Utilisation de la prestation	Paiements hypothécaires mensuels	Tout objectif choisi par l'emprunteur

2.2 Assurance invalidité individuelle

Il existe plusieurs types de polices d'assurance invalidité individuelles, chacun défini par les prestations offertes, les facteurs servant au calcul des primes et les possibles avenants à ajouter pour personnaliser la couverture proposée.

2.2.1 Types de polices individuelles

Les polices d'assurance invalidité personnelles se distinguent des autres polices, notamment, par le niveau des garanties offertes au titulaire dans le contrat. Cela peut aller d'une garantie absolue que la police ne sera jamais modifiée ou résiliée, ou que la prime ne sera jamais majorée, pendant la durée de la police, à des contrats résiliables en tout temps par l'assureur. Les types les plus courants de contrats sont les suivants :

- police non résiliable ;
- police à renouvellement garanti ;
- police résiliable ;
- police à émission garantie;
- régime d'assurance invalidité non traditionnel.

2.2.1.1 Police non résiliable

La police non résiliable offre le plus haut niveau de garanties au titulaire de police. Ce régime est la plupart du temps appelé contrat « non résiliable et à renouvellement garanti ». Les droits conférés au titulaire de police restent pour ainsi dire intacts pendant toute la durée du contrat, soit en général jusqu'à l'âge de 65 ans. La police ne peut pas être résiliée unilatéralement par la compagnie d'assurance. Les primes ne peuvent pas être majorées et les prestations, réduites ou modifiées. L'assureur est obligé de renouveler la police tous les ans jusqu'aux 65 ans de la personne assurée. Seul le titulaire de police a le droit de la modifier, sous réserve d'une sélection des risques, le cas échéant, avant son échéance.

À 65 ans, le titulaire a généralement le choix de transformer la police, sans preuve médicale, en un contrat à « renouvellement garanti » avec une période d'indemnisation plus courte, dans la plupart des cas pour un an ou deux. Les primes de la police transformée sont alors fondées sur l'âge de l'assuré au moment de la transformation et la police reste normalement en vigueur jusqu'aux 72 ou 75 ans de l'assuré.

2.2.1.2 Police à renouvellement garanti

La police à renouvellement garanti oblige l'assureur à renouveler la garantie tous les ans jusqu'à sa date d'échéance (habituellement à l'âge de 65 ans), mais ce dernier a le droit de modifier les primes de façon unilatérale. La police de l'assuré ne peut pas être modifiée : toutes les modifications doivent viser la catégorie de polices tout entière et toutes les personnes assurées concernées par le type de contrat. Le titulaire de police doit être avisé, par écrit, au moins 30 jours avant l'entrée en vigueur de tout changement ou résiliation. Les changements sont effectués au moment du renouvellement annuel de la police, le cas échéant.

Ces régimes ont en général une définition de l'invalidité liée à « toute profession » et servent aux emplois à haut risque.

2.2.1.3 Police résiliable

La police résiliable offre le moins de protection au titulaire de police. Cette police peut être modifiée, les prestations, réduites, ou les primes, majorées par l'assureur, en tout temps, sans le consentement du titulaire. En fait, l'assureur pourrait unilatéralement résilier la police. Son unique contrainte étant qu'il ne peut modifier la police d'un seul assuré individuel : toute modification devrait s'appliquer à toute la catégorie de polices et à toutes les personnes assurées concernées par ce type de contrat. Le contrat stipule que l'assuré doit être avisé par écrit au minimum 30 jours avant toute modification ou résiliation de la police.

Du fait du manque de certitude à long terme pour le titulaire de police, toutes choses étant égales par ailleurs, les primes d'un contrat résiliable sont inférieures à celles des autres types de polices. Cette police est le plus souvent émise pour des catégories professionnelles à haut risque, comme les ouvriers ou les chauffeurs de taxi.

2.2.1.4 Police à émission garantie

Quelques assureurs offrent actuellement des régimes d'assurance invalidité à émission garantie. Ce type de régime propose des polices individuelles par opposition à une assurance invalidité collective traditionnelle de longue durée ; il vise les catégories professionnelles à faible risque pour les cadres et les membres de professions tels que médecins, avocats, comptables, etc. Ce régime garantit une couverture aux membres du groupe cible.

Du fait de sa nature garantie, la police est assujettie à un certain nombre de restrictions éventuelles, fondées sur les facteurs suivants :

- taille du groupe ;
- catégorie professionnelle des participants ;
- engagement minimal de prime annuelle ;
- âge moyen minimal des participants.

En général, dans le régime à émission garantie, la prime est supérieure à celle d'un régime d'assurance collective et l'assureur a aussi le droit de résilier l'aspect garanti du régime, en tout temps, en refusant d'étendre l'émission garantie à toute nouvelle personne assurée.

Le régime à émission garantie est normalement offert sous deux formes :

- garantie risque standard ;
- émission garantie.

Dans ces deux types de régimes, les preneurs doivent travailler un nombre minimal d'heures par semaine et être activement au travail, et non pas en congé d'invalidité, au moment de la proposition.

Garantie risque standard

Sous cette forme, le régime garantit non seulement d'émettre une couverture, mais aussi une police sans aucune restriction de couverture ou de surprime. En général, il y a des restrictions supplémentaires à l'administration du régime ; par exemple, l'ensemble des participants concernés doit adhérer à la couverture d'assurance pour limiter l'antisélection[10], ou l'employeur doit payer la totalité des primes.

10. L'antisélection, dans ce cas, est le déséquilibre des niveaux de risque des participants d'un groupe, par exemple, lorsque plus de participants à haut risque que de participants à faible risque souscrivent la même assurance.

Émission garantie

Dans ce cas, le régime garantit d'émettre une certaine forme de couverture, mais pas nécessairement celle demandée. L'assureur exige la plupart du temps une tarification médicale complète et se réserve le droit d'appliquer des surprimes ou des avenants d'exclusion pour tenir compte des risques aggravés.

2.2.1.5 Régime d'assurance invalidité non traditionnel

Avec l'avènement du 21e siècle, le Canada a connu une forte croissance du pourcentage de travailleurs se définissant comme étant des « travailleurs autonomes », ou des travailleurs à forfait. En 2012, les travailleurs autonomes représentaient 15,4 % de la main-d'œuvre canadienne[11], soit une modification importante par rapport au marché primaire des « employés » couvert en général par l'industrie de l'assurance invalidité.

L'évolution des marchés exige un changement dans les produits proposés. Bon nombre de travailleurs à forfait, qui ne reçoivent aucune prestation de leurs employeurs, recherchent une couverture standard d'invalidité ; d'autres jugent la couverture maladie trop chère ou inutile en raison d'un délai de carence trop long si le revenu cesse brusquement en cas de maladie. Beaucoup de travailleurs autonomes préfèrent simplement une police abordable couvrant les blessures causées lors d'accidents et versant des prestations dès le premier jour. Pour répondre à ce marché, certains assureurs séparent les éléments « maladies » et « accidents » dans leurs polices d'assurance invalidité et offrent des contrats contre la perte de revenu, pour une cause ou une autre, mais pas pour les deux.

Les autres adaptations concernent les définitions de l'invalidité. Certaines polices remplacent l'exigence d'invalidité totale par l'incapacité d'exécuter des fonctions précises, au lieu des tâches de l'emploi. En effet, les travailleurs non employés offrent des aptitudes et des services, sans être limités à des tâches en particulier. Autrement dit, le travailleur à forfait n'est plus lié par une description de tâches définissant les choses qu'il est tenu d'accomplir pour le profit de son employeur. Il propose plutôt un éventail d'aptitudes (par exemple, marketing, rédaction de textes ou rapports, conseils d'actuariat), dont le client (son « employeur ») dispose à son gré. Par ailleurs, certains assureurs fondent leur définition de l'invalidité sur le revenu, soit l'incapacité de gagner un certain pourcentage du revenu régulier pour cause d'invalidité en reconnaissant, une fois encore, que les fonctions de l'emploi peuvent varier d'un contrat à l'autre.

Des polices sont maintenant offertes aux travailleurs autonomes « sans emploi », c'est-à-dire sans contrat en cours. La définition de l'invalidité devient alors l'incapacité de trouver de nouveaux contrats en raison d'une invalidité due à une blessure ou une maladie.

Plus encore, certains assureurs proposent même des prestations limitées aux personnes sans activité rémunératrice, par exemple, qui s'occupent de leurs enfants à temps plein à la maison ou

11. Industrie Canada. *Principales statistiques relatives aux petites entreprises – Juillet 2016*. [En ligne]. Document révisé le 16 juin 2016. [Document consulté le 7 août 2017]. http://www.ic.gc.ca/eic/site/061.nsf/fra/h_02689.html

qui font du bénévolat. La police offre à ces assurés des prestations mensuelles limitées, pendant leur invalidité, afin de leur permettre de «sous-traiter» des services qu'ils fournissaient auparavant.

À mesure que le travail autonome et à forfait devient de plus en plus le fruit d'un choix, ou d'une nécessité, pour les travailleurs du 21e siècle, les produits continuent d'évoluer pour répondre à ces nouveaux besoins.

2.2.2 Prestations de polices individuelles

Les polices d'assurance invalidité visant le remplacement de revenu versent des prestations de revenu mensuel aux personnes assurées si elles répondent à la définition d'«invalide» selon la police. Toutefois, la notion d'invalidité est plus complexe que cela. Les polices d'assurance invalidité varient selon les prestations versées, la date du début et la durée des prestations, à condition que la définition d'«invalide» soit respectée.

2.2.2.1 Montant de la prestation

Entre autres risques, citons celui où l'assuré se comporte différemment en raison de la présence de l'assurance. Dans le cas de l'assurance invalidité en particulier, la personne assurée invalide ou qui prétend l'être, ou le demeurer, pourrait «gagner un revenu» sans avoir à travailler. Afin de réduire un tel risque, l'assureur doit veiller à ce que l'assuré ne se retrouve pas dans une meilleure situation financière qu'auparavant grâce à la prestation.

Les polices d'assurance invalidité détenues de façon individuelle prévoient en général le versement d'une prestation d'invalidité non imposable. Compte tenu de l'impôt sur le revenu et des autres prestations applicables au revenu d'entreprise ou d'emploi, de nombreux assureurs n'émettent pas de couverture qui verserait à la personne assurée invalide plus de 60 % de son revenu net avant impôt avant son invalidité. Ce calcul est relativement simple lorsque la seule source de revenu de l'assuré est son salaire ou son revenu de travail indépendant.

EXEMPLE

Henri, propriétaire unique de son entreprise, travaille comme technicien-conseil en informatique. Ses honoraires annuels s'élèvent normalement à 70 000 $ et il a environ 12 000 $ de frais d'entreprise, qui ne sont encourus que s'il travaille. Après déduction de l'impôt sur le revenu, il lui reste environ 38 000 $ sur son revenu gagné de 70 000 $. Selon son revenu avant impôt de 70 000 $, moins les 12 000 $ de frais d'entreprise déductibles, l'assureur lui offre une couverture maximale d'assurance invalidité d'environ 34 800 $ ([70 000 $ - 12 000 $] × 60 %), soit près des 38 000 $ qui lui restent, après impôt, lorsqu'il travaille. Il n'est ni avantagé ni désavantagé financièrement s'il reçoit la prestation d'invalidité. Cela diminue le risque de le voir soumettre une fausse demande de règlement ou prolonger artificiellement une réclamation valide pour continuer à percevoir un revenu sans travailler.

Le calcul de la prestation maximale autorisée devient plus complexe si la personne assurée a des sources de revenu non gagné qui se maintiennent en cas d'invalidité, en plus de son revenu gagné.

EXEMPLE (suite)

Prenez le cas d'Henri ci-dessus. Supposons qu'à son revenu annuel de 70 000 $ s'ajoute un revenu d'une fiducie familiale de 20 000 $ par an qui lui est versé, peu importe s'il travaille ou non. Si l'assureur ne tient pas compte du revenu de fiducie et lui émet une garantie d'invalidité de 34 800$ (soit 60 % de (70 000 $ – 12 000 $)) il touchera donc 54 800 $ par an, soit 34 800 $ de l'assureur et 20 000 $ de la fiducie, ou près de 78 % de son revenu gagné brut comme technicien-conseil avant invalidité. Il n'aura pas beaucoup d'incitation à retourner au travail.

Si l'assureur inclut les 20 000 $ de revenu de fiducie dans le « revenu gagné », Henri sera, en fin de compte, surassuré ; 60 % du revenu total de 78 000 $ (58 000 $ d'honoraires nets plus 20 000 $ de la fiducie) correspondent à 46 800 $ par an de prestations d'invalidité. Toutefois, Henri toucherait toujours les 20 000 $ de la fiducie. Il aurait un revenu total de 66 800 $, pendant son invalidité, soit 86 % de son revenu avant invalidité, soit bien au-dessus du seuil de 60 % avec lequel il est en situation neutre.

Bon nombre d'assureurs règlent ce problème en traitant la source de revenu permanent non gagné comme une partie de la prestation d'invalidité et en diminuant la couverture offerte en conséquence.

EXEMPLE (suite)

Dans le cas d'Henri, l'assureur sera d'accord pour assurer une prestation égale à 60 % du revenu total d'Henri avant invalidité de 78 000 $, soit 46 800 $. Toutefois, il réduira la couverture des 20 000 $ de revenu de fiducie versés même en cas d'invalidité, ce qui donnera une prestation d'assurance invalidité de 26 800 $. La combinaison de la prestation d'invalidité et du revenu de fiducie fournira alors à Henri un revenu de 46 800 $, soit 60 % de son revenu total avant invalidité de 78 000 $.

2.2.2.2 Délai de carence

Bon nombre de polices d'assurance invalidité sont assorties d'un délai de carence, souvent aussi appelé « période d'attente ». Il s'agit de la période entre le début de l'invalidité et le début du versement des prestations. L'objectif premier de ce délai est d'éliminer le besoin, pour les

compagnies d'assurance, de traiter les demandes de règlement de très courte durée. Cela leur évite une quantité considérable d'efforts et de frais de gestion par rapport au revenu perdu par l'assuré et aux prestations versées.

EXEMPLE

Alfred s'est blessé à la jambe au cours d'une randonnée de fin de semaine. Il n'a pas pu travailler pendant 8 mois. Le délai de carence de sa police d'assurance invalidité est de 90 jours et sa période de prestations, de 24 mois maximum. En raison de ce délai de carence, l'assureur a donc payé uniquement 5 mois de prestations, soit 8 mois d'invalidité moins 3 mois de délai de carence.

Dans certaines polices, le délai de carence peut être de 0 jour. Toutefois, les délais de 30 jours à 12 mois sont plus la norme, celui de 90 jours étant le plus courant. Les plus petits délais de carence sont souvent offerts seulement aux personnes assurées dans les catégories professionnelles plus élevées et à risque moindre. Toutes choses étant égales par ailleurs, les polices dotées d'un plus long délai de carence imposent des primes d'assurance moins élevées.

2.2.2.3 Période de prestations

La période de prestations d'une police d'assurance invalidité est la durée maximale pendant laquelle les prestations sont payables. Elle commence une fois le délai de carence expiré. Les prestations cessent quand l'assuré recouvre la santé et retravaille à temps plein, ou à la fin de la période de prestations prévue, selon la situation qui survient en premier lieu. De façon générale, chaque cas d'invalidité est traité individuellement et la pleine période de prestations peut s'appliquer à chaque invalidité (par exemple, dans le cas d'une police dotée d'une période de prestations de deux ans, l'assuré peut tomber en invalidité plusieurs fois pendant la durée de validité de la police et demander jusqu'à deux années de prestations pour chaque invalidité). Les périodes de prestations les plus courantes pour les polices individuelles de remplacement de revenu en cas d'invalidité de longue durée sont les suivantes :

- 2 ans ;
- 5 ans ;
- 10 ans ;
- jusqu'à l'âge de 65 ans.

Les polices d'assurance invalidité de courte durée ont la plupart du temps une période de prestations de seulement 10 à 26 semaines, mais cette période est parfois un peu plus longue dans certains cas.

Plus la période de prestations est longue, plus la réclamation payée par l'assureur est élevée, et plus la prime sera élevée.

2.2.2.4 Exclusions et limitations

En pratique, toutes les polices contiennent des stipulations standard courantes, à savoir les causes d'invalidité pour lesquelles aucune prestation n'est payable. Ces exclusions ne sont pas propres à la santé, à l'activité professionnelle ou au style de vie d'un assuré comme tels, mais visent toutes les personnes assurées avec ce type de police. Parmi les exclusions les plus courantes, citons les invalidités découlant des circonstances suivantes :

- guerre, acte de guerre déclarée ou non ;
- actes terroristes ;
- blessures auto-infligées ;
- tentative de suicide ;
- participation à des activités illégales ;
- grossesse normale, accouchement normal.

Les services de tarification peuvent aussi limiter leur obligation de verser une prestation si, selon eux, l'individu à assurer constitue un risque inhabituel, en imposant une ou plusieurs des limitations suivantes à la couverture demandée :

- réduction du montant de la prestation mensuelle ;
- réduction de la durée de la période de prestations ;
- augmentation de la durée du délai de carence.

2.2.2.5 Refus de prestation

Les compagnies d'assurance vie et invalidité ont l'obligation légale de payer les réclamations valides sur des polices en vigueur. Toutefois, dans un certain nombre de cas, la réclamation peut être refusée et aucune prestation n'est payée. Parmi les motifs de refus de prestation, citons :

- fausse déclaration d'un fait important dans la proposition d'assurance ;
- fraude ;
- absence de perte ;
- absence de preuve ;
- retard dans la production de la réclamation.

Fausse déclaration d'un fait important dans la proposition d'assurance

La police peut être annulée, c'est-à-dire déclarée légalement nulle, si, dans les deux ans suivant la date de son émission, il est établi que l'assuré a fait une fausse déclaration dans la proposition ou a omis de révéler de l'information importante pour le processus de souscription. Ce délai de deux ans s'appelle le « délai de contestabilité ». L'annulation d'un tel contrat se justifie par l'hypothèse selon laquelle la police n'aurait peut-être jamais été mise en vigueur si la compagnie d'assurance avait eu en sa connaissance tous les faits pertinents au moment de la proposition. Une fausse déclaration porte sur un fait ayant pu, ou qui aurait pu, avoir une incidence sur la décision de souscription, comme la divulgation d'une blessure antérieure au dos.

Fraude

Si la fausse déclaration était accidentelle, le preneur a oublié de mentionner un facteur de santé ou a honnêtement pensé que ce n'était pas important, alors il est présumé de ne pas y avoir eu de fraude. En revanche, il y a fraude envers l'assureur, si le preneur a de manière délibérée fait une fausse déclaration ou omis de divulguer des renseignements avec l'intention de chercher à tromper la compagnie d'assurance. Celle-ci a alors émis une police qu'elle n'aurait peut-être pas émise autrement. Dans ce cas, l'assureur a le droit d'annuler la police en tout temps, même de nombreuses années après l'émission de la police. De la même manière, si l'assuré fraude au moment de la réclamation en faisant une fausse demande de règlement, l'assureur a le droit non seulement de refuser la réclamation, mais aussi d'annuler la police.

Absence de perte

Dans une réclamation d'invalidité, des prestations sont payables uniquement si la réclamation est valide et s'il existe une preuve de la perte de revenu due à l'invalidité.

Si l'assuré est sans emploi au moment de son invalidité, ou s'il gagne beaucoup moins que le montant pour lequel il a été assuré, les prestations peuvent être réduites ou refusées dans leur totalité au prorata de la perte, même si l'invalidité est reconnue.

EXEMPLE

Aron a souscrit une police de remplacement de revenu en cas d'invalidité en 2009, quand il gagnait 60 000 $ par an, ce qui, en cas d'invalidité, lui donnera une prestation mensuelle de 3 000 $ équivalant à 60 % de son revenu ((12 × 3 000 $) ÷ 60 000 $). En 2014, Aron a perdu son emploi et gagne aujourd'hui 48 000 $ auprès d'un employeur différent. Si Aron était frappé d'invalidité maintenant, sa prestation mensuelle maximale serait seulement de 2 400 $ par mois, équivalant à 60 % de nouveau salaire (48 000 $ × 60 % ÷ 12).

Absence de preuve

L'invalidité sur laquelle porte la réclamation doit faire l'objet d'une preuve médicale – la compagnie d'assurance n'accepte pas seulement la déclaration du réclamant stipulant qu'il est invalide et incapable de travailler. L'assureur exige, au minimum, un rapport du médecin de l'assuré et peut demander un examen médical ou d'autres tests du médecin de son choix. Dans le cas d'une invalidité prolongée, il est courant que l'assureur exige des évaluations médicales périodiques afin de garantir que l'invalidité est en effet toujours présente.

Retard dans la production de la réclamation

Les prestations peuvent être refusées si la réclamation n'est pas produite en temps opportun. Normalement, l'assuré devrait communiquer avec l'assureur dès que possible après le début de son état invalidant. Toutefois, en raison du délai de carence, il s'écoule un certain temps avant que la réclamation ne justifie le paiement de prestations. Dans tous les cas, l'assuré doit produire une réclamation, généralement dans les 90 jours depuis le début de son état invalidant. Cependant, les contrats et la législation applicable peuvent différer. La police d'assurance invalidité précise le délai de production de toute réclamation ; les assureurs ont le droit de rejeter les réclamations non produites dans le délai prévu par la police.

2.2.2.6 Prestations de réhabilitation

De façon générale, il est dans l'intérêt des parties en cause que l'assuré invalide retourne au travail dès que son état de santé le permet et avec son plein salaire. Il est plus avantageux pour l'employeur de retrouver les services de l'assuré et pour la compagnie d'assurance qui n'a plus à payer la réclamation. Pour tous ces motifs, l'assureur encourage l'assuré invalide à prendre des mesures pour se rétablir et retourner au travail, y compris en recevant des traitements de réhabilitation physique. Bien que la rééducation ne soit pas obligatoire dans les polices d'assurance invalidité, elle est encouragée et généralement payée, en tout ou en partie, par l'assureur.

La police précise parfois un montant que l'assuré peut réclamer pour des services de rééducation ou prévoit seulement une liste de services payés par l'assureur. En général, l'assuré doit soumettre une proposition de réhabilitation à l'assureur et obtenir une préapprobation des services et des honoraires. Les services de rééducation payés par l'assureur sont, entre autres, les suivants :

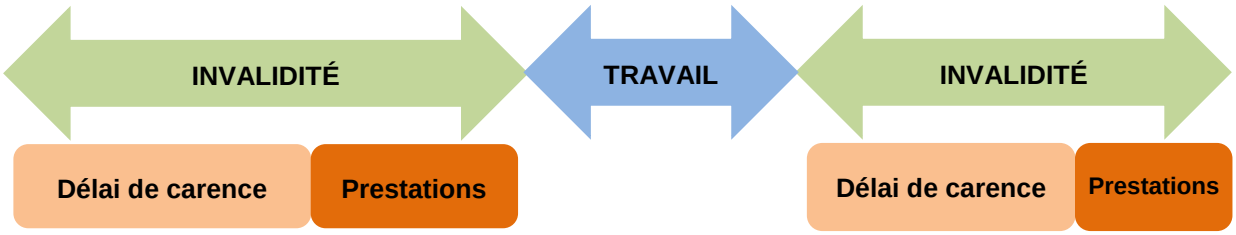
- traitement de physiothérapie ;
- formation professionnelle ;
- traitement médical ;
- recherche d'emploi ;
- psychothérapie.

2.2.2.7 Prestations pour invalidité récidivante

Parfois, une personne blessée ou souffrant d'une maladie invalidante retourne au travail, mais rechute. Comme l'illustre le diagramme 2.1, si le délai de carence de sa police est relativement long, elle peut devoir subir deux délais de carence, sans aucune prestation, pendant une période assez courte.

DIAGRAMME 2.1

Invalidité récidivante avec deux délais de carence



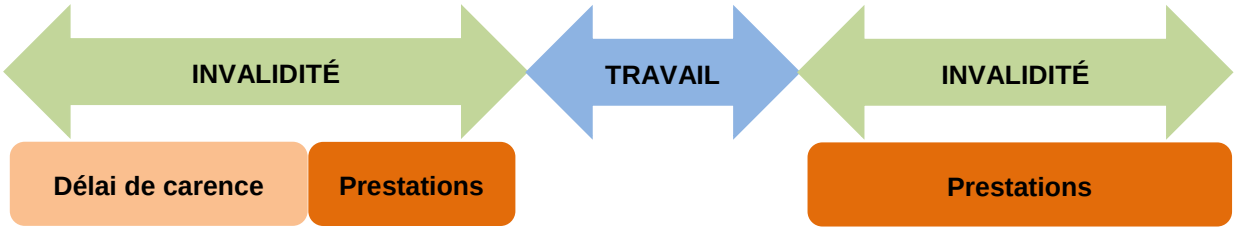
EXEMPLE

Ophélie s'est blessée au dos en janvier 2014 en glissant sur la glace dans le stationnement de son bureau. En incapacité de travailler pendant 5 mois, elle a perçu des prestations d'invalidité pendant 2 mois durant cette période, compte tenu du délai de carence de 90 jours de sa couverture d'assurance invalidité. Deux mois après son retour au travail, elle est arrêtée de nouveau, 4 mois cette fois-ci, parce que la position assise à l'ordinateur toute la journée a aggravé sa blessure au dos. Si elle avait dû subir un autre délai de carence de 90 jours pour le deuxième cas d'invalidité, elle n'aurait perçu que 3 mois de prestations pendant une période de 11 mois au cours de laquelle elle était invalide durant 9 mois.

La clause d'invalidité récidivante ou répétitive insérée dans bon nombre de contrats d'assurance invalidité est conçue pour éviter à l'assuré de subir deux délais de carence, ou plus, sans prestations. L'assuré doit avoir été reconnu invalide deux fois ou plus pour la même raison dans un court espace de temps. Très souvent, la seconde période d'invalidité, qui commence dans les six mois à partir de la fin d'une période d'invalidité antérieure, pour les mêmes causes, est traitée comme un seul cas d'invalidité, et le second délai de carence ne s'applique pas, comme l'illustre le diagramme 2.2.

DIAGRAMME 2.2

Invalidité récidivante avec délai de carence unique



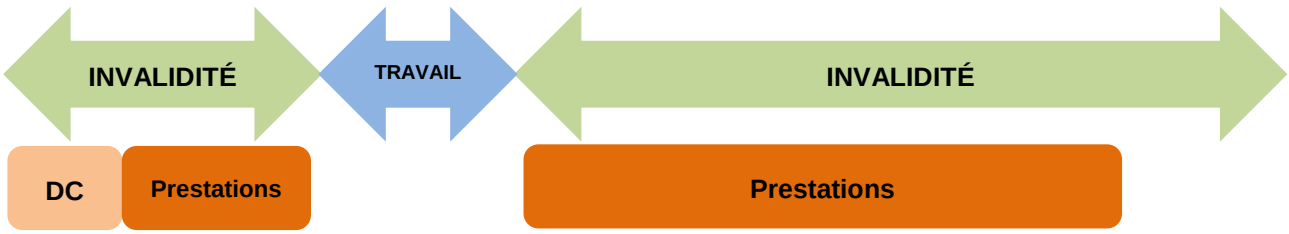
EXEMPLE (suite)

Dans le cas d'Ophélie ci-dessus, si sa police avait comporté une clause d'invalidité récidivante, la jeune femme n'aurait pas eu à subir un second délai de carence. Ses prestations auraient recommencé immédiatement, dès le début du second cas d'invalidité, intervenu après 2 mois seulement de retour au travail. À ce titre, elle aurait reçu 6 mois de prestations sur une période de 11 mois, et non pas 3 mois seulement.

Dans certains cas, la clause d'invalidité récidivante est désavantageuse. En effet, les périodes d'invalidité récidivante sont traitées comme une seule et même invalidité pour le calcul de la période de prestations. Si celle-ci est courte, deux à cinq ans par exemple, cela a une incidence importante sur le montant total de prestations reçues pour une invalidité prolongée. Le diagramme 2.3 illustre la manière dont les prestations risquent de cesser avant la fin de la seconde période d'invalidité («DC» réfère au délai de carence).

DIAGRAMME 2.3

Invalidité récidivante avec période de prestations prolongée



EXEMPLE

Abdoul a une police d'assurance invalidité qui lui donne droit à 24 mois de prestations au maximum, après un délai de carence de 90 jours. Blessé, il est resté en invalidité 8 mois avec 5 mois de prestations, après la prise en compte du délai de carence. Trois mois après son retour au travail, il a dû prendre encore 24 mois de congé pour la même cause d'invalidité. Comme la police d'Abdoul contenait une clause d'invalidité récidivante, il n'a pas eu à subir un second délai de carence de 90 jours pour sa deuxième période d'invalidité. Toutefois, les deux périodes d'invalidité ont été combinées et traitées comme une seule pour calculer la période de prestations de 24 mois. Pour la seconde réclamation d'invalidité, Abdoul a seulement perçu 19 mois de prestations, et non 24, parce que les 5 mois de prestations qu'il a perçus en vertu de la première réclamation ont été déduits du reste de sa période de prestations.

2.2.2.8 Prestations en cas de présomption d'invalidité

La présomption d'invalidité intervient lorsque l'assuré subit des blessures précises, ou est dans un état considéré comme si grave qu'il est présumé invalide, même si l'« invalidité » n'entraîne pas de perte de revenu. Les types de blessures ou d'états sont énoncés dans la police. On trouve, entre autres :

- perte totale et permanente de l'ouïe ;
- perte totale et irréversible de la vue ;
- perte ou perte fonctionnelle des deux bras ou des deux jambes, ou d'un bras et d'une jambe.

Dans ces cas-là, le délai de carence normal ne s'applique pas, les prestations commençant immédiatement. Les pleines prestations d'invalidité totale sont payables pendant la durée de la période de prestations, même si l'assuré est capable d'exécuter toutes les tâches de son emploi antérieur avec un plein salaire.

Pour avoir droit aux prestations en cas de présomption d'invalidité, à la différence de la plupart des autres définitions d'invalidité, l'assuré n'a pas à prouver la perte de son revenu pour cause d'invalidité, mais seulement qu'il a subi certaines blessures ou se trouve dans un état le rendant admissible.

La présomption d'invalidité est offerte dans la plupart des polices, mais pas nécessairement dans toutes.

2.2.2.9 Prestation au survivant

Certaines polices d'invalidité offrent une prestation au survivant payable aux ayants droit de l'assuré, si celui-ci décède pendant la période où il touche des prestations d'invalidité. Dans certains cas, la police exige un délai d'admissibilité ; la prestation au survivant est seulement payable à condition que l'assuré ait été invalide pendant une période minimale avant son décès, par exemple 12 mois. La prestation est versée sous forme forfaitaire, moyennant une preuve de décès, et elle est en général égale à trois fois la prestation mensuelle d'invalidité totale (par exemple, si la prestation mensuelle était de 3 000 $, la prestation au survivant représenterait une somme forfaitaire de 9 000 $).

2.2.3 Facteurs de primes des polices individuelles

À part le montant des prestations mensuelles, il existe une vaste gamme de facteurs pris en considération pour fixer les primes dans une police de remplacement de revenu en cas d'invalidité, par exemple :

- âge de l'assuré ;
- sexe de l'assuré ;
- santé de l'assuré ;
- état de fumeur ou non-fumeur ;
- profession ;
- définition de l'invalidité utilisée ;
- antécédents de réclamations de l'assuré ;
- durée du délai de carence et de la période de prestations pour la police.

Ces facteurs sont examinés dans les pages suivantes, tout comme leur incidence sur les primes d'assurance invalidité.

D'autres facteurs indépendants des caractéristiques d'une personne assurée en particulier sont aussi considérés pour la fixation des primes, entre autres, une estimation des rendements de placement sur les primes capitalisées et les frais généraux de fonctionnement. Surtout, il faut tenir compte des tables de morbidité[12] afin d'évaluer et de tarifer le coût potentiel de la prise de risque. Ces facteurs sont traités plus loin dans le manuel.

12. La morbidité est l'estimation actuarielle du risque d'invalidité dans des segments de la population, ventilée par âge, sexe, profession, etc.

2.2.3.1 Incidence du sexe et de l'âge

Comme dans le cas de l'assurance vie, dans une police d'assurance invalidité, le sexe et l'âge de la personne assurée sont tous deux inclus dans les facteurs les plus importants pour la fixation des primes. Concernant le sexe, les antécédents de réclamations d'invalidité des compagnies d'assurance révèlent que le nombre et la durée des réclamations sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes.

Malgré la probabilité décroissante d'une invalidité à mesure que la personne assurée vieillit, la durée des réclamations augmente en général avec l'âge. Le tableau 2.2 illustre le risque d'une invalidité totale avant l'âge de 65 ans, de plus de 90 jours, et la durée moyenne de l'invalidité. Il ne s'agit que d'un exemple de table, car les assureurs compilent leurs propres tables de morbidité d'après l'expérience des demandes avec leurs marchés cibles.

TABLEAU 2.2

Exemple de table de morbidité d'après l'âge

ÂGE	RISQUE D'INVALIDITÉ TOTALE	DURÉE MOYENNE DE L'INVALIDITÉ
25	58 %	1,2 an
30	54 %	2,5 ans
35	50 %	2,8 ans
40	45 %	3,1 ans
45	40 %	3,2 ans
50	30 %	3,1 ans
55	25 %	2,6 ans
60	14 %	1,6 an

La probabilité d'invalidité est supérieure chez les personnes de 25 ans à celle des personnes ayant déjà atteint 45 ans. Toutefois, la durée moyenne de l'invalidité est supérieure parmi les personnes du second groupe.

Par conséquent, les femmes paient normalement des primes d'assurance invalidité plus élevées que les hommes du même âge pour la même couverture, et les preneurs âgés, des primes plus élevées que les jeunes.

2.2.3.2 État de santé

La santé actuelle, antérieure ou future du preneur d'assurance invalidité est un facteur critique dans le processus de souscription. Les primes et les avantages standards sont fondés sur l'hypothèse selon laquelle le preneur représente un risque standard, avec la même probabilité de risque d'invalidité que l'individu moyen. Si le preneur a déjà eu des problèmes de santé, ou s'il est actuellement malade ou blessé, il peut ne pas être assurable ou du moins soumis éventuellement à une surprime ou à une exclusion de couverture pour des causes précises d'invalidité. Par exemple, si le preneur a produit une réclamation dans un délai d'un an avant la proposition, l'état de santé ayant conduit à cette réclamation sera classé comme un « état de santé préexistant ». En général, les assureurs émettent des polices d'assurance invalidité avec un avenant d'exclusion d'un an à compter de la date d'émission de la police pour les réclamations liées à un état de santé préexistant. Même la santé des parents, des grands-parents ou des frères et des sœurs peut entrer en ligne de compte dans le processus de souscription du preneur. Ceci peut se produire lorsque les membres de la famille du preneur ont souffert de la même maladie jugée héréditaire, une maladie cardio-vasculaire ou un cancer du sein, par exemple.

Les assureurs recueillent l'information médicale et l'information relative à la santé pertinentes sur les assurés éventuels grâce à des sources différentes :

- formulaire non médical dans la proposition ;
- déclarations du médecin traitant fournies par le médecin du preneur ;
- examen paramédical d'une infirmière, le cas échéant ;
- examen médical complet d'un médecin, le cas échéant ;
- échantillons de sang, de salive et d'urine ;
- données du Bureau de renseignements médicaux (BRM) ;
- rapport d'inspection d'un enquêteur sur le style de vie.

2.2.3.3 Définitions d'invalidité

La définition du moment où l'assuré devient « invalide » au regard de l'assurance invalidité n'est pas unique. L'invalidité peut être « partielle » ou « totale » et, dans cette fourchette, quatre définitions distinctes sont employées dans différentes polices :

- propre profession ;
- profession habituelle ;
- toute profession ;
- invalidité totale (selon le RPC).

Sauf pour l'indemnisation des accidents du travail qui porte seulement sur les blessures et maladies professionnelles, la cause de l'invalidité n'est, en général, pas considérée. L'invalidité partielle est définie plus loin dans le chapitre.

Propre profession

La définition de l'invalidité liée à la « propre profession » est la plus souple, car c'est la plus accessible pour être considéré « invalide ». Selon cette définition, l'assuré est considéré comme totalement invalide s'il ne peut exécuter toutes les tâches importantes de sa profession même à temps partiel. Il n'est pas tenu de retourner au travail, que ce soit dans son poste antérieur ou dans un autre poste approprié, tant qu'il ne peut pas exécuter toutes les tâches importantes de sa profession. Tant qu'il répond à la définition d'invalide du point de vue de sa « propre profession », il recevra les prestations même s'il travaille dans un autre domaine.

EXEMPLE

Tobias est chirurgien et gagne 240 000 $ par an. Il y a quatre ans, il a été blessé dans son atelier à la maison et a perdu toute dextérité de la main droite. Par conséquent, il ne peut plus pratiquer sa profession. Après la rééducation, Tobias a pris un poste à l'école de médecine locale où il enseigne ses techniques à d'autres chirurgiens. Il voyage aussi pour donner des conférences et, depuis son accident, a publié deux livres. Au total, il gagne maintenant 300 000 $ par an avec ses différentes entreprises. Toutefois, puisqu'il ne peut plus pratiquer à titre de chirurgien, il continue à percevoir des prestations de sa police d'assurance invalidité dans laquelle l'invalidité est définie selon la notion de « propre profession ».

Du fait du caractère généreux des prestations d'une invalidité définie selon la notion de propre profession, cette assurance est généralement réservée à la plus haute catégorie de professions, à savoir celles ayant les probabilités les plus faibles de réclamer des prestations. La prime de ce produit peut aussi être la plus chère. Ce qui rend l'assurance propre profession si chère c'est le montant d'assurance élevé des polices souscrites par les professionnels gagnant un revenu élevé, qui sont admissibles à un taux réduit par tranche de 100 $. Ces assurés sont moins susceptibles de présenter une demande de règlement, et le cas échéant, ils ont tendance à recevoir des prestations pendant de moins longues périodes que les assurés d'autres catégories professionnelles, qui gagnent un revenu moins élevé qu'eux et qui, par conséquent, souscrivent un plus petit montant d'assurance (c'est-à-dire que si deux polices étaient établies pour le même montant, par exemple 3 000 $ par mois, la police « propre profession » d'un professionnel gagnant un revenu élevé serait moins chère que la police « toute profession » d'un assuré d'une catégorie gagnant un revenu moins élevé). L'élément clé ici est l'idée de la « même couverture ».

Profession habituelle

La « profession habituelle » suit essentiellement la même définition, avec les mêmes implications que la « propre profession », mais à une différence près : si l'assuré invalide retourne au travail, dans quelque domaine que ce soit, les prestations de la police seront réduites et pourraient, en fait, cesser d'être versées. Toutefois, l'assuré n'est pas obligé de retravailler, dans quelque profession que ce soit, même s'il en est capable sur le plan physique : le choix revient strictement à l'assuré. Comme avec la définition d'invalidité liée à la « propre profession », la « profession habituelle » est en général réservée à la plus haute catégorie de professions, comme les médecins, dentistes, avocats, etc.

Toute profession

La définition d'invalidité liée à « toute profession » est la moins stricte pour être admissible à la couverture, mais la plus stricte pour déposer une réclamation puisque l'assuré n'est pas considéré comme « invalide » s'il est capable d'accomplir les tâches de toute profession appropriée. La définition « toute profession » est donc offerte à la plupart des assurés, surtout à ceux des catégories professionnelles à haut risque. L'assuré est considéré comme invalide s'il est malade ou blessé, incapable d'exécuter certaines ou toutes les fonctions de sa profession et celles de toute autre profession à laquelle son éducation ou son expérience le prépare. En effet, l'assuré invalide et incapable de fonctionner dans sa profession habituelle est censé, dans un délai raisonnable, se faire réemployer dans une autre profession adaptée, si possible, sans quoi ses prestations d'assurance seront résiliées.

Invalidité totale selon le Régime de pensions du Canada (RPC)

L'« invalidité totale » selon le Régime de pensions du Canada (RPC)[13] est essentiellement définie comme étant l'incapacité d'exécuter les fonctions de toute profession pour laquelle l'assuré est préparé de par son éducation et son expérience. Cette définition implique que l'assuré ne guérira sans doute jamais et ne pourra pas retourner au travail et, en fait, qu'il décédera fort probablement de la cause de son invalidité. Une définition aussi stricte est rarement employée dans les polices collectives ou individuelles traditionnelles d'assurance invalidité, mais on la trouve plus souvent dans les polices de l'assurance prêt.

2.2.3.4 Clause sur la profession

Dans la souscription d'assurance invalidité, la profession du preneur a une incidence importante sur les éléments suivants :

- assurabilité ou non du preneur ;
- type de police disponible ;

13. Au Québec, le Régime de rentes du Québec (RRQ) définit l'invalidité totale d'une façon semblable : l'invalidité doit être reconnue comme étant grave (incapacité d'exercer à temps plein tout genre d'emploi) et permanente (elle doit durer indéfiniment, sans aucune amélioration possible).

- avenants et prestations disponibles ;
- coût (niveau des primes) de la couverture.

Certaines professions sont plus à risques de blessures ou de stress que d'autres et donc plus sujettes aux réclamations.

Pour classer les risques que les assureurs sont prêts à assumer, on divise en général les professions en catégories. Les assureurs utilisent des méthodes de classement différentes, mais les plus communes sont les suivantes :

4A Professionnels, comme les médecins, avocats, dentistes et cadres supérieurs.

3A Employés de bureau dont le milieu de travail n'est pas très propice aux dangers, comme le personnel administratif.

2A Superviseurs dont le milieu de travail est à faible risque, vendeurs et professions assimilées.

A Travailleurs manuels qualifiés dont le milieu de travail n'est pas très propice aux dangers, voire pas du tout, ou ceux ayant des postes comme chauffeurs de camion de messagerie.

B Ouvriers manuels qui travaillent dans des milieux dangereux, comme les travailleurs de la construction résidentielle.

À part la simple question de coût (pour la même garantie, une prime serait plus élevée pour une profession 3A que 4A), certains types de police ou prestations ne sont pas offerts aux travailleurs des classifications à haut risque. Par exemple, un preneur dans la catégorie 2A ne sera en général pas admissible à une couverture de type « propre profession » ou à un contrat non résiliable.

Comme la catégorie professionnelle joue un rôle très critique dans l'évaluation des risques et dans la fixation du prix de la police, la plupart des contrats d'assurance invalidité possèdent une clause sur la profession. Elle précise que la compagnie d'assurance a le droit d'augmenter les primes ou de rajuster les prestations si, pendant la durée de la police, l'assuré exerce une nouvelle profession appartenant à une classification à plus haut risque.

EXEMPLE

Eugénie a souscrit une police de remplacement de revenu en cas d'invalidité quand elle était administratrice de bureau dans une imprimerie, un emploi classé 3A. Elle payait 225 $ par mois pour sa couverture d'assurance. Cinq ans plus tard, elle a changé d'emploi dans la même entreprise. Elle est désormais superviseure du personnel dans l'atelier d'impression, soit un emploi classé A. Sa police comportait un renouvellement garanti, de sorte qu'Eugénie a pu garder sa couverture, mais sa prime a augmenté à 350 $ par mois, et son délai de carence est passé de 60 à 90 jours.

Par ailleurs, l'assuré peut aussi la plupart du temps demander un reclassement dans une catégorie supérieure ou un rajustement de prime en sa faveur, s'il change d'emploi, passant d'une profession à faible classification à une profession de catégorie supérieure.

Lors de la souscription, l'assuré peut aussi avoir droit à un reclassement de sa catégorie professionnelle à condition de remplir des conditions, comme garder un emploi ou avoir un certain revenu pendant un temps déterminé.

Un reclassement signifie une baisse de la prime, bien que l'assuré reste dans une profession à haut risque. Un tel reclassement est, bien sûr, assujetti à une sélection médicale ; il est important de vérifier que l'assuré n'est pas devenu un risque plus élevé pour des raisons autres que professionnelles.

2.2.3.5 Exonération des primes

Pour les polices d'assurance invalidité, l'exonération des primes n'est pas un avenant comme dans le cas des polices d'assurance vie, mais une clause intrinsèque du contrat pour laquelle aucune prime supplémentaire n'est facturée. Les stipulations d'exonération des primes font disparaître l'obligation du titulaire de police de payer les primes ou l'en exonèrent pendant la période où la personne assurée reçoit la prestation d'invalidité.

Généralement, le titulaire de police paye la prime pendant les 90 premiers jours de la réclamation, puis l'exonération de primes commence. Bon nombre de polices remboursent la prime versée pendant le délai de carence de 90 jours.

La prime est aussi exonérée pour la durée de la réclamation d'invalidité, ou pour une période allant de 2 à 5 ans, jusqu'à la fin de la période de prestations, ou même jusqu'aux 65 ans de la personne assurée, selon la première situation constatée. D'après les conditions du contrat, l'exonération de primes ne peut s'appliquer qu'aux réclamations portant sur une invalidité totale ou une invalidité partielle.

2.2.4 Avenants répondant aux besoins

L'assurance invalidité n'est pas une couverture universelle. Comme mentionné plus haut, des stipulations standards sont inhérentes à presque toutes les polices d'assurance invalidité. Toutefois, les situations individuelles des personnes assurées imposent des prestations ou restrictions particulières. Le secteur des assurances s'adapte à ces circonstances spéciales en ajoutant des « avenants » aux polices, soit des stipulations uniques à chaque police.

2.2.4.1 Notion de couverture sur mesure

La couverture sur mesure est le résultat de la modification des conditions d'une police d'assurance invalidité « standard » par l'ajout d'avenants au contrat : ces clauses spéciales ajoutent, retirent ou restreignent des prestations, selon les besoins de protection du preneur ou le

désir de la compagnie d'assurance de limiter son exposition au risque. Un certain nombre d'avenants courants sont décrits en détail ci-après.

2.2.4.2 Différences entre les avenants « équivalents »

Au moment d'examiner une police ou de recommander l'achat d'une nouvelle police, il est important de vérifier avec soin les détails exacts des définitions ou des avenants. Il existe des définitions « standard » dans le secteur d'activité, mais chaque contrat ou avenant ne respecte pas forcément la norme. On ne peut tout simplement pas présumer qu'un avenant donné offrira des prestations standard. Il faut lire le texte de l'avenant avec attention ou comparer les avenants concurrents, afin de garantir que les avenants en question sont, en réalité, « équivalents ».

2.2.4.3 Garantie d'assurabilité future

La garantie d'assurabilité future, parfois appelée « assurabilité garantie », dans une police de remplacement du revenu en cas d'invalidité a la même fonction que celle dans un contrat d'assurance vie : on garantit à l'assuré le droit de souscrire une couverture supplémentaire dans l'avenir, sans tenir compte des changements futurs dans l'état de santé de la personne assurée.

En général, on propose des options d'augmentation de couverture tous les deux ans environ et à chaque anniversaire des polices émises plus récemment. À supposer que la police de base ait été émise à des tarifs de prime standard, toute nouvelle couverture souscrite dans le cadre de la garantie d'assurabilité future sera émise dans les mêmes conditions, d'après l'âge atteint par la personne assurée[14] au moment d'exercer l'option. Les options sont habituellement offertes jusqu'aux 50 ou 55 ans de la personne assurée, selon le contrat.

Il y a toujours une limite maximale au montant de couverture pouvant être souscrite dans le cadre de la garantie d'assurabilité future : tant au montant de couverture pouvant être souscrit par option qu'au montant global. La limite par option correspond souvent à 20 % de la couverture de base jusqu'à concurrence de 1 500 $ par mois de nouvelle couverture. La limite globale est, en général, de deux à cinq fois le montant initial de la couverture de la police de base.

Toute nouvelle couverture acquise dans le cadre de l'option est fondée sur la même catégorie professionnelle que la police originale, à condition que l'assuré n'ait pas changé de profession. Si la personne assurée reçoit une prestation d'invalidité lorsqu'une option peut être exercée, le contrat peut permettre l'exercice immédiat de l'option de garantie d'assurabilité future ou retarder l'exercice jusqu'à la fin de la réclamation en cours.

La principale restriction pour exercer cette option de garantie d'assurabilité future est que l'assuré soit admissible financièrement à une couverture supplémentaire. Comme étudié plus haut dans le

14. L'âge atteint est calculé de différentes manières, selon les conditions du contrat. Il peut être fondé sur l'âge au dernier anniversaire, l'âge au prochain anniversaire ou l'âge le plus proche de l'anniversaire (par exemple, dans les six mois avant ou après la date de l'option).

présent chapitre, le montant de l'assurance de remplacement de revenu en cas d'invalidité auquel une personne peut avoir droit est limité à environ 60 % du revenu gagné avant son invalidité. Cette même limite s'applique pour exercer l'option de garantie d'assurabilité future : si la couverture en vigueur correspond à 60 % du revenu gagné, il est impossible d'acheter une couverture supplémentaire, bien que le droit de souscrire une couverture sans preuve médicale soit garanti.

Deux règles s'appliquent :

- Si le revenu actuel de l'assuré n'a pas changé depuis l'émission de la police ou l'exercice de la dernière option et que la couverture en vigueur correspond à 60 % de ce revenu, l'option courante ne peut pas être exercée.
- Si le revenu actuel de l'assuré est tel que 60 % de ce montant est supérieur à la couverture en vigueur, l'option courante peut être exercée jusqu'à son maximum ou jusqu'à un montant qui ferait correspondre la couverture à 60 % du revenu actuel, selon ce qui est le moins élevé.

EXEMPLE

Il y a deux ans, François gagnait 60 000 $ en tant qu'homme à tout faire indépendant, quand il a demandé l'assurance invalidité. Il se qualifiait en matière médicale et financière. On lui a émis une police d'assurance invalidité avec une couverture de 3 000 $ par mois ((60 % × 60 000 $) ÷ 12). Sa police inclut un avenant de garantie d'assurabilité future ; celui-ci lui permet d'augmenter la couverture garantie de 20 % de sa couverture originale, soit 600 $ par mois cette année, s'il peut être admissible financièrement. Son revenu a augmenté de 6 000 $ pour passer à 66 000 $ par an. Avec son nouveau niveau de revenu, François est admissible financièrement à une prestation de 3 300 $ par mois pour cause d'invalidité ((60 % × 66 000 $) ÷ 12). Détenant déjà une couverture de 3 000 $ par mois, il ne peut exercer l'option de garantie d'assurabilité future que pour acquérir une garantie supplémentaire de 300 $ par mois. Pourtant, l'option lui permet jusqu'à un maximum de 600 $ par mois de garantie sans sélection médicale.

Pour exercer l'option de garantie d'assurabilité future, l'assuré doit fournir à l'assureur une preuve de son revenu actuel. De plus, l'exercice de l'option lui donne une couverture supplémentaire, ce qui entraîne une augmentation de prime correspondante.

2.2.4.4 Indexation de la prestation

Un des problèmes des assurés recevant des prestations d'invalidité de longue durée est le suivant : le coût des produits et services (coût de la vie) censés être couverts par ces prestations augmente sans cesse avec l'inflation. En revanche, les prestations sont peut-être fixes. L'avenant

d'indexation de la prestation prévoit une augmentation annuelle des prestations mensuelles versées dans le cadre d'un contrat de remplacement de revenu en cas d'invalidité à compter de la deuxième année de versement des prestations. La prestation est payable de l'une de ces deux façons :

- simple — La prestation est indexée sur un taux forfaitaire (2 ou 4 %, par exemple), et basée sur la prestation initiale payable.
- composée — Après la première année de réclamation, la prestation est indexée sur le taux d'inflation, sur une base composée[15], habituellement selon le taux d'inflation pour la première année civile. L'indexation se fait selon l'indice des prix à la consommation (IPC).

EXEMPLE

Jennifer a droit à 3 000 $ par mois de prestations selon une police d'assurance invalidité indexée sur l'IPC et selon laquelle l'indexation de la prestation est composée. Le tableau suivant illustre l'augmentation annuelle de la prestation mensuelle en raison de l'application de l'indexation composée.

Année	Changement dans l'IPC	Augmentation annuelle des prestations	Prestation mensuelle
1	3,10 %	S.O.	3 000 $
2	2,80 %	3,10 %	3 093 $
3	2,50 %	2,80 %	3 180 $
4	4,00 %	2,50 %	3 259 $

Il peut y avoir un taux maximal d'indexation par année (5 % par exemple), mais bon nombre de polices prévoient un report de l'indexation non utilisée. Par exemple, si le taux d'indexation pour l'année 4 de réclamation est inférieur de 1,5 % au maximum permis dans le contrat, ce pourcentage peut être reporté sur les années suivantes. Cela donne plus de droits d'indexation pour les années où le taux d'inflation excède l'indexation annuelle maximale permise. Par ailleurs, le montant maximal d'indexation est plafonné à une limite préétablie. La prestation annuelle finalement versée dans le cadre d'une police indexée ne peut excéder deux ou trois fois la prestation initiale non indexée et annuelle.

Certaines polices d'assurance invalidité proposent une solution de rechange à l'indexation de la prestation : la bonification de couverture automatique ou l'augmentation de prestation automatique, qui accroît de manière déterminée la prestation d'un petit montant fixe (2 ou 3 %) sans sélection (médicale ou financière), mais avec une augmentation correspondante de la prime. L'option peut

15. La deuxième augmentation sera fondée sur la prestation rajustée de l'année antérieure, plutôt que sur la prestation initiale.

être révisée et, le cas échéant, soumise à une tarification ultérieure de façon périodique, par exemple, tous les cinq ans. La bonification automatique est offerte à la place, et non en plus, de l'indexation de la prestation. La couverture offre une police indexée assortie de primes croissantes, qui applique l'augmentation de la couverture après l'établissement de la police, sans qu'il soit nécessaire d'attendre la présentation d'une demande de règlement. Une telle couverture s'efforce en fait de suivre les augmentations salariales annuelles que reçoivent la plupart des employés.

2.2.4.5 Décès et mutilation accidentels

L'avenant de décès et mutilation accidentels prévoit des prestations supplémentaires à celles versées pour la perte de revenu causée par l'invalidité, si la personne assurée vient à décéder ou subit des blessures graves lors d'un accident. Pour qu'une réclamation soit recevable, le décès ou la perte doit être directement attribuable à l'accident et avoir lieu dans les 365 jours suivant ledit accident. En général, une prestation forfaitaire précise (appelée «capital») est versée en cas de décès et des prestations moindres (soit un pourcentage du capital) sont payables en cas de perte totale ou fonctionnelle de la vue, de l'ouïe, ou d'un ou de plusieurs membres, etc. Comme les prestations sont uniquement payables en cas de perte accidentelle, aucune sélection médicale n'est exigée au moment de l'émission de l'avenant.

Des exclusions standard s'appliquent, comme la perte ou le décès causés par :

- des blessures auto-infligées ;
- une tentative de suicide ;
- la participation à des sports dangereux ;
- un vol autre qu'en tant que passager d'un avion de ligne commercial.

2.2.4.6 Invalidité partielle et résiduelle

Si l'assurance invalidité était une couverture de type «tout ou rien» proposant les pleines prestations en cas d'invalidité totale, mais aucune en cas de retour au travail à temps partiel, il serait très difficile d'encourager un travailleur invalide à retourner au travail à temps partiel.

Prestations pour invalidité résiduelle

Pour inciter les travailleurs invalides à retourner au travail dès que possible, bon nombre de polices d'assurance invalidité offrent une prestation résiduelle. Elle prévoit de verser une partie des prestations au travailleur invalide s'il travaille à temps partiel après une période d'invalidité complète. Pour y avoir droit, l'assuré doit tout d'abord remplir des critères particuliers, notamment une période minimale d'invalidité totale, tel que précisé dans le contrat, souvent six mois, y compris le délai de carence. Si le travailleur invalide retourne au travail et exécute une certaine partie des tâches de son emploi ou toutes les tâches importantes, mais seulement à temps partiel, il aura deux sources de revenu : une partie de son revenu d'emploi et une partie de ses prestations d'invalidité.

Des exigences minimales et maximales de revenu doivent être satisfaites pour que l'assuré ait droit aux prestations résiduelles : son revenu doit avoir baissé d'au moins 20 % par rapport à la période avant l'invalidité. Autrement dit, s'il gagne 80 % ou plus de son revenu avant invalidité, il n'aura pas droit à des prestations. Par ailleurs, si l'assuré gagne seulement 20 % ou moins de son revenu avant invalidité, il aura droit à la totalité des prestations. Les gains entre 20 et 80 % du revenu avant l'invalidité entraînent une prestation au prorata, proportionnelle au pourcentage de revenu perdu à cause de l'invalidité.

EXEMPLE

Georges gagnait 80 000 $ par an comme graphiste dans une petite entreprise qui n'offrait pas d'avantages sociaux. Pour se protéger contre la perte de revenu en cas d'invalidité, Georges a souscrit une police d'assurance invalidité individuelle. Celle-ci lui permet de recevoir 3 000 $ par mois (45 % de son revenu) en cas d'invalidité totale. L'an dernier, Georges a été blessé dans un accident automobile et n'a pas pu travailler pendant 10 mois ; il a reçu des prestations d'invalidité de 3 000 $ par mois pendant 7 mois (après un délai de carence de 90 jours). Le médecin conseille à Georges de retourner au travail 2 jours par semaine, ce qui lui permettrait de gagner 32 000 $ par an (40 % × 80 000 $). La police de Georges comporte une clause standard sur l'invalidité résiduelle. En pourcentage, sa perte de revenu avant l'invalidité, tout en travaillant à temps partiel, se calcule de la façon suivante :

$$\frac{\text{Revenu avant invalidité – revenu à temps partiel}}{\text{Revenu avant invalidité}} = \frac{80\,000\,\$ - 32\,000\,\$}{80\,000\,\$} = 60\,\%$$

En travaillant à temps partiel, Georges percevra 60 % de sa prestation maximale d'invalidité, soit 1 800 $ par mois (3 000 $ × 60 %). Avec les 2 667 $ mensuels de salaire (32 000 $ ÷ 12), il touchera 4 467 $ par mois, soit 53 604 $ par an.

Prestations pour invalidité partielle

Certains contrats d'assurance paient une prestation d'invalidité partielle dès le début de l'invalidité, sans la nécessité d'une période d'invalidité totale. Si l'assuré ne peut pas exécuter certaines des tâches importantes de son emploi, ou s'il est capable d'exécuter toutes les tâches importantes, mais seulement pendant une partie du temps, il percevra 50 % de la prestation d'invalidité totale pendant 2 à 3 ans (période considérée comme la prestation d'invalidité partielle), ou la prestation d'invalidité résiduelle, selon le montant le plus élevé. D'autres contrats d'assurance invalidité imposent une période d'admissibilité de l'invalidité totale avant tout paiement de prestations d'invalidité partielle. Toutefois, tous les contrats exigent que l'assuré soit traité par un médecin.

2.2.4.7 Remboursement de primes

En assurance invalidité, comme dans le cas de la plupart des autres assurances, souvent, le titulaire de police paye des milliers, voire des dizaines de milliers de dollars de primes, mais ne reçoit jamais rien en échange en l'absence de toute réclamation valide. L'avenant de remboursement de primes vise à corriger cette situation. En général, cet avenant prévoit le remboursement non imposable des primes payées si la police expire, lorsque la personne assurée atteint l'âge de 65 ans, par exemple, et si le total des réclamations versées pendant la durée de la police n'excède pas le total des primes versées. Par exemple :

- s'il n'y a pas eu de réclamations avant l'âge de 65 ans, à l'expiration de la couverture, 70 % de l'ensemble des primes payées sont remboursés au titulaire de police ;
- s'il y a eu des réclamations pendant la durée de la police, mais que le total de prestations versées est inférieur à celui des primes payées, la différence est remboursée au titulaire de police à l'expiration de la couverture ;
- si le total des prestations versées pendant la durée de la police excède le total des primes payées à la compagnie, il n'y a aucun remboursement de primes.

Certaines polices prévoient un remboursement partiel en cas de résiliation avant la date d'échéance si aucune réclamation n'a été produite. Selon d'autres polices, si le contrat est en vigueur pendant une période précise, généralement de 8 à 10 ans, sans réclamation aucune, un montant pouvant aller de 4 fois la prime annuelle à 70 ou 80 % des primes versées pendant cette période, ou une proportion de la prime annuelle, est remboursé au titulaire de police. L'avenant est toutefois cher, car on ajoute souvent 40 à 60 % au coût de la prime de base d'assurance invalidité.

2.2.4.8 Surprimes et avenants d'exclusion

Si le preneur d'une assurance invalidité a des problèmes de santé ou un style de vie faisant en sorte qu'il représente un risque supérieur à la moyenne, selon l'évaluation, le service de la souscription retient l'une des trois options suivantes pour traiter sa proposition :

- refus de l'émission la police ;
- imposition d'une surprime ;
- ajout d'un avenant d'exclusion à la police.

De façon générale, le refus est l'option de dernier recours. Cela signifie que la police n'est pas émise.

La surprime peut être appliquée pour permettre à la compagnie d'assurance d'assumer des risques plus élevés que la moyenne, mais sans être trop élevés au point de rendre la personne inassurable. Cela est particulièrement vrai quand le preneur a des problèmes de santé, comme le diabète ou l'hypertension, susceptibles d'avoir une incidence sur son état général ou sa capacité

de fonctionner. La majoration de prime, ou surprime, sert à compenser le risque accru que la compagnie d'assurance est prête à prendre en charge. Si, dans le futur, un traitement contrôle l'état de santé en cause, l'assuré a le choix d'une nouvelle tarification médicale et peut voir sa surprime diminuée ou retirée.

Dans certains cas, les circonstances faisant du risque à assurer un risque aggravé sont dues à un style de vie, une activité professionnelle ou un état de santé particulier risquant de donner lieu à une période d'invalidité. Dans ces cas, la compagnie d'assurance peut émettre la police, mais avec un avenant d'exclusion précisant qu'aucune prestation ne sera versée pour toute invalidité causée par l'activité ou l'état de santé déterminé.

EXEMPLE

Élyse a demandé une assurance de remplacement de revenu en cas d'invalidité, bien qu'elle ait un disque lombaire abîmé, une conséquence de ses activités sportives. La compagnie d'assurance vie était disposée à lui émettre une police à des tarifs de prime standard, mais avec un avenant d'exclusion stipulant qu'aucune prestation ne sera payable en cas d'invalidité liée à ses problèmes de dos.

Quand un avenant d'exclusion a été ajouté à une police d'assurance invalidité, le contrat est fréquemment délivré avec une prime standard et il couvre des cas d'invalidité causée par d'autres facteurs standard non visés par l'avenant.

2.2.4.9 Garantie en cas d'hospitalisation

L'assurance de protection du revenu de base en cas d'invalidité prévoit des prestations pour remplacer le revenu gagné perdu en cas d'invalidité, mais ne prévoit pas de couvrir les frais supplémentaires liés à cet état. Par exemple, si en raison de la blessure ou la maladie ayant causé l'invalidité, la personne assurée doit être hospitalisée, des frais supplémentaires peuvent être engagés. Des avenants spéciaux ajoutés à une police d'assurance invalidité les couvrent.

Un de ces avenants concerne le premier jour d'hospitalisation. L'assuré doit payer des coûts hospitaliers bien avant que toute prestation ne devienne payable, au cours du délai de carence prévu par la police de base. L'avenant du premier jour d'hospitalisation est conçu pour compenser la période qui s'écoule entre cette journée et celle du début du versement des prestations (souvent 90 jours après). L'avenant ne comporte pas de délai de carence, mais souvent un séjour minimal à l'hôpital de 18 à 72 heures est exigé pour recevoir les prestations. Celles-ci sont calculées au prorata quotidien de la prestation mensuelle d'invalidité prévue par la police de base.

L'avenant d'indemnité hospitalière prévoit une prestation quotidienne, en général de 50 $ à 250 $ par jour, pour couvrir des frais précis d'hospitalisation, par exemple, les frais de garde d'enfants pour la personne qui vient régulièrement à l'hôpital voir son conjoint pendant un séjour prolongé ;

les frais de stationnement à l'hôpital souvent onéreux pour la personne qui rend visite à son conjoint hospitalisé. Cette prestation est versée dès le premier jour, à condition que la personne hospitalisée reste au moins 24 heures dans l'établissement ; son versement est pour une durée de trois ou quatre mois, au maximum.

2.2.5 Imposition des prestations d'assurance invalidité

Le montant des prestations d'assurance invalidité auquel un preneur a droit dépend, en partie, de la manière de considérer ou non les prestations comme un revenu imposable ; en effet, les prestations non imposables représentent une plus grande proportion du revenu après impôt de l'assuré avant son invalidité. De la même manière, la déduction ou non des primes d'assurance invalidité pour calculer l'impôt sur le revenu a une incidence importante sur la capacité de payer la couverture.

2.2.5.1 Traitement fiscal des primes et des prestations

En général, les primes versées pour les polices de remplacement de revenu individuelles en cas d'invalidité ne sont pas déductibles dans le calcul de l'impôt sur le revenu et les prestations touchées n'ont pas à être incluses dans le revenu imposable. C'est le cas des prestations d'invalidité, des traitements payés par l'assureur au nom de l'assuré et des prestations d'exonération ou de remboursement des primes.

Il en est ainsi, quel que soit l'objectif de souscription de la police. Par exemple, une protection d'assurance invalidité pour personne clé souscrite sur la tête d'un employé dans une entreprise individuelle entre dans cette catégorie, si l'employeur acquitte les primes de la police et est le bénéficiaire du contrat. Les primes constituent une dépense d'entreprise admissible, mais elles ne sont pas déductibles d'impôt.

Certaines exceptions à cette règle, comme la protection frais généraux, sont expliquées en détail au chapitre 5, ainsi que les différentes règles fiscales auxquelles sont assujetties les polices d'assurance invalidité individuelles, souscrites par un employeur pour une catégorie d'employés sur une base « collective ».

Si un employeur non constitué en société souscrit une police d'assurance invalidité sur la tête d'un employé et que les prestations sont payables à ce dernier, alors les primes seront vraisemblablement déductibles d'impôt par l'employeur ; en outre soit les primes payées par l'employeur, soit les prestations perçues par l'employé (mais pas les deux) seront traitées comme un revenu imposable pour l'employé.

2.2.5.2 Incidence fiscale différente des polices individuelles et des polices d'entreprises

Bon nombre des règles qui s'appliquent aux polices d'assurance invalidité individuelles s'appliquent également aux polices d'entreprises. L'assurance invalidité souscrite pour protéger les intérêts financiers d'une société en cas d'invalidité de longue durée d'un employé clé ou pour racheter la part d'un actionnaire frappé d'invalidité permanente est traitée comme une police d'assurance invalidité individuelle : les primes payées ne sont pas déductibles d'impôt et les prestations perçues par la société ne sont pas imposables.

Si une police d'assurance invalidité d'entreprise assure la vie d'un employé et que celui-ci est le bénéficiaire de toute prestation liée à la police, les primes acquittées constituent une dépense de l'entreprise déductible pour l'employeur, mais imposable pour l'employé l'année de leur versement. Par ailleurs, si la personne assurée d'une telle police est un actionnaire de la société, ou à la fois un employé et un actionnaire, l'Agence du revenu du Canada (ARC) décidera sans doute que les primes payées constituent un avantage pour l'actionnaire non déductible pour l'employeur, mais imposable pour l'actionnaire.

2.2.6 Transformation de police

La transformation de police est une clause très courante dans les polices d'assurance vie : il s'agit du droit de transformer une police d'assurance temporaire en police permanente auprès du même assureur sans avoir à fournir de preuve médicale d'assurabilité. Du fait que les polices d'assurance de remplacement de revenu individuelles en cas d'invalidité ne sont pas des contrats « permanents », la notion habituelle de transformation ne s'applique pas. Toutefois, les polices de rachat d'actions et de protection frais généraux contiennent une clause de transformation.

Dans les cas où la couverture n'est plus exigée à des fins commerciales, par exemple, lorsque l'entreprise a été dissoute ou la personne assurée n'est plus un employé ou un copropriétaire de l'entreprise, le privilège de transformation permet à la personne assurée de transférer la police et la couverture à son nom, sans preuve médicale d'assurabilité. Ainsi, la police devient une couverture d'assurance invalidité individuelle personnelle. Au moment de la transformation, la compagnie d'assurance n'est pas en droit d'effectuer de nouvelle tarification. C'est au moment de la réclamation qu'elle devra confirmer que l'assuré est admissible au capital assuré.

Comme il a été expliqué précédemment, bon nombre de polices d'assurance invalidité non résiliables proposent aussi au titulaire de police l'option de transformation du contrat en une police à renouvellement garanti à l'âge de 65 ans, avec une durée et une période de prestations limitées.

2.3 Assurance invalidité collective

L'assurance invalidité collective est offerte à bon nombre de personnes dans un contrat-cadre. Dans les régimes collectifs employeur-employés (le principal objet de cette section), l'employeur est le titulaire de police et l'employé est la personne assurée et le bénéficiaire. Les régimes collectifs procurent une couverture avantageuse sans que l'assuré n'ait d'effort à faire, ou très

peu, sur le plan administratif. Pour cette raison, bien des gens ont principalement, et parfois uniquement, une couverture collective dans leur portefeuille.

2.3.1 Fournisseurs d'assurance invalidité collective

La couverture d'assurance invalidité collective étant en général proposée aux participants sans sélection médicale, la compagnie d'assurance émettrice doit vérifier que ceux-ci ont certains éléments en commun. Ainsi, le risque peut être évalué à l'avance, selon des critères autres que les tables actuarielles. L'assurance collective n'est donc pas offerte à quiconque souhaite en profiter, mais bien à des personnes assurées potentielles ayant des caractéristiques communes, par exemple :

- travailler chez le même employeur ;
- travailler dans le même secteur d'activité ;
- être membre d'une même association ;
- être ancien étudiant de la même université ;
- appartenir au même syndicat, etc.

Le facteur commun donne à l'assureur au moins deux avantages : l'occasion de faire une souscription fondée sur des caractéristiques et risques partagés, et une certaine centralisation dans l'administration du régime (inscription des membres, encaissement des primes, etc.).

2.3.1.1 Employeur

Les groupes employeur-employés sont de loin les plus communs. Bon nombre d'employeurs, en particulier dans les grandes sociétés, estiment qu'il est essentiel d'offrir aux employés une couverture collective concurrentielle pour attirer et conserver leur personnel. Bon nombre de chercheurs d'emploi ignorent un employeur s'il n'offre pas un ensemble intéressant d'avantages, par exemple, le salaire, des congés, un régime de retraite et des prestations d'assurance collective. Du point de vue des employés, obtenir une couverture d'assurance de la part d'un employeur est une façon simple, commode et rentable d'établir leur programme de gestion du risque.

2.3.1.2 Association

Les groupes associatifs comprennent des personnes ayant des caractéristiques en commun, mais qui ne travaillent pas chez le même employeur.

Toutefois, l'association peut inclure des personnes ayant des employeurs communs. L'association peut être constituée par plusieurs employeurs dans le même secteur d'activité (comme l'industrie automobile) ou des propriétaires de franchises d'une même organisation (par exemple, une

franchise de beigneries). Les employés de ces employeurs ou propriétaires de franchises sont les participants au régime. Ces derniers peuvent profiter de bon nombre des avantages de la participation à un groupe collectif employeur-employés en bénéficiant, par exemple, d'escomptes sur les primes qui découlent du volume d'adhérents.

Un second type de groupes associatifs permet de rassembler des personnes n'ayant pas les mêmes employeurs, mais souvent appartenant à la même profession. Citons, par exemple, le régime collectif de l'Association du Barreau canadien ou celui de l'Association médicale canadienne. Ou encore, les participants peuvent avoir été membres d'associations, par exemple, les anciens étudiants de l'Université de Toronto. Pour ce type d'associations, l'adhésion au régime collectif est sollicitée par l'administrateur du régime et les membres sont libres d'y adhérer ou non. Il n'est pas exigé qu'un certain pourcentage du groupe participe au régime. Les prestations sont les mêmes que celles offertes par les autres régimes collectifs. Les participants au régime doivent payer 100 % de la prime d'assurance, habituellement par un prélèvement bancaire.

2.3.2 Types de police d'assurance invalidité collective

L'assurance invalidité se divise habituellement en deux catégories distinctes, chacune pouvant avoir des définitions différentes de l'invalidité, des niveaux de prestations divers et leurs propres délais de carence et périodes de prestations : l'assurance invalidité de courte durée et l'assurance invalidité de longue durée. En général, des règles différentes s'appliquent aux participants devenant invalides lorsqu'ils sont en congé autorisé.

2.3.2.1 Invalidité de courte durée

La couverture pour l'invalidité de courte durée, parfois nommée indemnité hebdomadaire, est conçue pour fournir des prestations en cas d'invalidité de courte durée, souvent de moins d'un an. En général, elle offre également, au tout début d'une invalidité qui perdure ou qui s'avère permanente, des prestations qui seront remplacées en fin de période par une couverture de longue durée. Les prestations de courte durée sont calculées sur un pourcentage du salaire. Comme les régimes sont souvent conçus de façon à ce que l'employeur paie 100 % de la prime pour la couverture de courte durée et que les prestations représentent un revenu imposable, le pourcentage de salaire est d'ordinaire plus élevé que celui utilisé pour les prestations d'invalidité de longue durée. Les prestations de courte durée sont à l'accoutumée de l'ordre de 70 % à 75 % du revenu avant invalidité.

La définition de l'invalidité pour la couverture de courte durée est en général celle de la « propre profession », soit l'incapacité de l'assuré d'exécuter les tâches importantes de son métier. Les prestations commencent souvent après un délai de carence de sept jours dans le cas des invalidités découlant de la maladie, et dès le premier jour pour celles causées par un accident. Dans presque tous les cas, la durée maximale de la prestation est de 12 mois.

EXEMPLE

Martin travaille dans une entreprise où les employés ont un régime d'assurance invalidité collective incluant, à la fois, une couverture de courte durée et une couverture de longue durée, ainsi qu'une période de prestations combinées de cinq ans (12 mois pour l'invalidité de courte durée et 48 mois pour l'invalidité de longue durée). Martin gagne 4 000 $ par mois lorsqu'il travaille. Il y a quelques mois, il a été gravement blessé à la jambe par un véhicule de golf au cours d'un tournoi de fin de semaine. Martin est superviseur d'usine, ce qui l'oblige à marcher à travers l'usine pour surveiller le travail des employés ; sa blessure en a donc fait un « invalide », en vertu de la définition de la propre profession prévue par sa couverture d'invalidité de courte durée. Le régime prévoit une prestation égale à 70 % du salaire ; ainsi Martin touchera des paiements d'invalidité de 2 800 $ par mois (4 000 $ × 70 %), et ce, pendant un maximum de 12 mois ou jusqu'à son retour au travail, selon ce qui intervient en premier. Si Martin est encore invalide après 12 mois, sa couverture passera de l'invalidité de courte durée à celle de longue durée.

Certains régimes qui assurent des travailleurs à faible salaire échelonnent les délais de carence et les périodes de prestations afin de coordonner les prestations avec celles de l'assurance-emploi. L'assurance-emploi prévoit un délai de carence d'une semaine, suivi d'une période de prestations de 15 semaines, mais cette assurance est très souvent un second payeur après bon nombre d'autres couvertures d'invalidité, notamment les régimes collectifs. Les régimes conçus pour se coordonner avec l'assurance-emploi et éviter la compensation en parts égales des prestations d'assurance-emploi verseront une prestation dès le premier jour pendant une semaine, puis aucune prestation pendant les 15 semaines suivantes et reprendront les prestations à partir de la 17^{e} semaine, soit à la fin de la période de prestations de l'assurance-emploi.

2.3.2.2 Invalidité de longue durée

La couverture d'invalidité de longue durée est activée au moment où les prestations d'invalidité de courte durée cessent et lorsque le participant est toujours invalide. Le délai de carence pour la couverture de l'invalidité de longue durée est, en fait, la période de prestations de la couverture de courte durée.

Les prestations mensuelles de l'invalidité de longue durée sont d'habitude inférieures à celles versées pour l'invalidité de courte durée, c'est-à-dire entre 50 % et 60 % du revenu antérieur et, en général, payables pendant une période de 2, 5 ou 10 ans, ou jusqu'à l'âge de 65 ans. Les prestations s'appuient le plus souvent sur une définition de l'invalidité « propre profession » pour la période des 12 premiers mois de l'invalidité de longue durée, puis se fondent sur la définition « toute profession ».

EXEMPLE (suite)

Après 12 mois, la guérison de la jambe de Martin est insuffisante pour lui permettre de reprendre son activité de superviseur mobile. Il continue à toucher ses prestations d'invalidité, mais, désormais, selon la couverture d'invalidité de longue durée du régime collectif. Sa prestation mensuelle a été réduite de 70 % à 60 % de son salaire, soit de 2 800 $ à 2 400 $ par mois. La définition d'admissibilité « propre profession » de Martin demeurerait valide pendant 12 mois si son invalidité se prolongeait, mais cette définition serait remplacée par celle « toute profession » à la fin du 24e mois. À ce moment-là, Martin devrait si possible avoir pris d'autres fonctions appropriées dans l'entreprise.

Si on lui offre une solution de rechange adaptée et qu'il n'en profite pas, ses prestations cesseront. S'il est incapable d'exécuter les tâches d'une autre profession, ses prestations continueront au maximum trois années de plus, ce qui complétera la période de prestations de 5 ans prévue par son régime collectif pour une situation combinée d'invalidité de courte et de longue durée.

2.3.2.3 Congé autorisé

Il existe une grande variété de couvertures et de restrictions applicables si un participant à un régime collectif devient invalide pendant un congé autorisé[16]. Celui-ci peut être accordé pour des motifs de compassion, afin, par exemple, de laisser l'employé s'occuper d'un parent malade, de faire une recherche indépendante ou juste pour lui procurer un répit dans la routine du travail. Dans certains milieux de travail, par exemple, les professeurs ont le droit de travailler « quatre pour cinq », c'est-à-dire travailler pendant quatre ans à 80 % du salaire et prendre la cinquième année en congé autorisé (sabbatique), tout en percevant encore 80 % de leur salaire habituel.

Différents régimes collectifs d'assurance invalidité traitent l'invalidité pendant un congé autorisé de façon différente. Certains n'offrent aucune couverture pendant un congé, et d'autres oui, mais seulement si les primes collectives sont encore versées tous les mois, que ce soit par l'employeur ou par l'employé. Souvent, dans le cadre d'un régime où l'employeur est le seul payeur, les primes d'invalidité venant à échéance pendant un congé sont à la charge de l'employé seulement. Certains régimes ne versent aucune prestation pendant un congé sans solde, car le participant ne perd pas de revenu en cas d'invalidité. Il n'y a pas de règles générales ; il faut donc examiner les détails du contrat-cadre pour connaître les prestations applicables ou non.

16. Un congé autorisé est une période d'absence du travail, pour quelque motif que ce soit, accepté par l'employeur. Les congés peuvent être payés ou sans solde.

2.3.3 Adhésion et participation au régime

L'adhésion des participants et la tenue de leurs dossiers incombent à l'administrateur du régime. Toutefois, la fonction de ce dernier dépasse la simple adhésion ou administration des réclamations. Elle inclut la conservation et la communication de données à l'assureur, avant que le nouveau participant ait droit aux prestations et après son départ du régime collectif.

2.3.3.1 Période d'admissibilité

La plupart des régimes collectifs d'assurance invalidité exigent du nouvel employé de passer par une période d'admissibilité avant d'adhérer au régime collectif. À ne pas confondre avec le délai de carence pour les prestations d'invalidité, cette période d'admissibilité consiste dans un nombre fixe de jours devant s'écouler entre la date d'embauche et la date à laquelle l'employé a le droit d'adhérer au régime collectif. Souvent, la période d'admissibilité correspond à la période d'essai de l'emploi, le plus souvent de 30 à 90 jours pendant lesquels le nouvel employé peut être congédié sans aucun recours. Cette période d'admissibilité évite à la fois à l'employeur et à l'administrateur du régime collectif, l'obligation de faire adhérer le nouvel employé puis de le radier s'il quitte l'employeur après la période d'essai.

2.3.3.2 Paiement de la prime

Dans le cas des régimes collectifs d'assurance invalidité employeur-employés sans participation[17], le processus de prime est simple : l'employeur remet un seul paiement à la compagnie d'assurance tous les mois, qui représente les primes pour l'ensemble des participants au groupe.

Le paiement des primes des grands régimes collectifs d'assurance invalidité avec participation (où les employés paient une partie de la prime) peut être très complexe. Si les participants individuels payent leur part de la prime mensuelle directement, la compagnie d'assurance aura à traiter des centaines, voire des milliers de paiements individuels. C'est pourquoi la plupart des assureurs insistent pour que l'employeur recueille les primes de chaque participant mensuellement par des retenues à la source et ne remette qu'un seul paiement représentant à la fois la partie payée par l'employé et la partie payée par l'employeur de la prime mensuelle du groupe.

Dans le cas des régimes associatifs ou parrainés par le syndicat, chaque participant au régime collectif paie habituellement sa propre prime tous les mois par un prélèvement bancaire.

2.3.3.3 Fin de la participation

Le participant au régime peut cesser de participer au régime collectif d'assurance invalidité pour bon nombre de motifs dont les suivants :

17. Dans un régime sans participation, l'employeur paie toutes les primes pour la garantie ; le membre du régime ou l'employé ne fait aucune contribution financière.

- le contrat-cadre même est résilié à la demande de l'employeur ou de la compagnie d'assurance ;
- le participant cesse d'être un employé de l'entreprise parrainant le régime ;
- le participant cesse de correspondre à la définition de membre dans la catégorie du groupe couvert (par exemple, ses heures d'emploi hebdomadaires sont réduites au-dessous de l'exigence minimale pour l'adhésion au régime collectif) ;
- l'employé ou le participant au régime collectif prend sa retraite.

Dans la situation où le participant au régime n'est plus admissible, il a la possibilité de transformer sa couverture collective en une police d'assurance invalidité individuelle chez l'émetteur du régime de base, sans avoir à fournir de preuve médicale de son assurabilité. La transformation doit être effectuée dans les 30 jours suivant la fin de la participation au régime collectif, en général sous réserve de certaines restrictions sur le type de police dans lequel la couverture collective peut être transformée. Ce droit à la transformation est pour ainsi dire universel dans la couverture collective d'assurance vie, mais il peut aussi viser la couverture collective d'assurance invalidité.

2.3.4 Montant des prestations

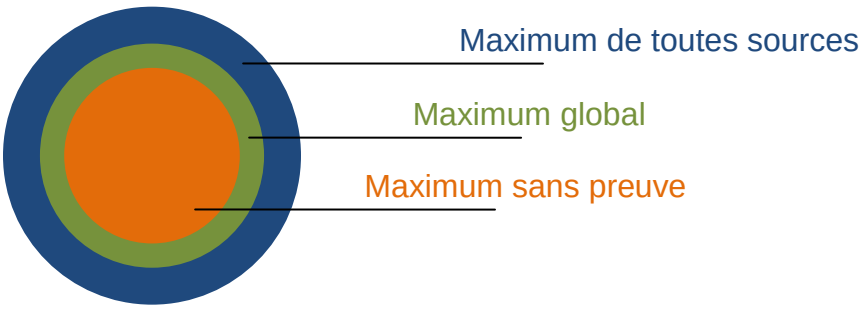
Le montant des prestations d'invalidité offert par un régime collectif d'assurance invalidité est restreint de différentes façons :

- un montant maximal sans preuve, absolu et prévu au contrat-cadre, quel que soit le revenu admissible du participant au régime ;
- un montant maximal global, fondé sur un pourcentage du revenu admissible du participant au régime ;
- un maximum « de toutes sources » régi par les règles d'ajustement de la prestation collective, énoncées dans le contrat-cadre.

Le diagramme 2.4 illustre la relation entre les différents types de montants de prestations.

DIAGRAMME 2.4

Montants de prestations d'assurance invalidité collective



2.3.4.1 Montant maximum sans preuve

Pour garantir la même prestation à tous les participants, quel que soit leur état de santé, les régimes collectifs d'assurance invalidité offrent un montant de couverture de base pour laquelle une sélection médicale n'est pas nécessaire. C'est ce que l'on appelle montant maximal sans preuve de bonne santé, fixé en tenant compte du coût pour le promoteur du régime et du risque de réclamation pour l'assureur.

2.3.4.2 Montant maximum global

Certains participants voudront bénéficier d'un niveau plus élevé de couverture. Les régimes collectifs leur permettent de demander un supplément de couverture, au-delà du montant de base sans preuve de bonne santé. Cette couverture supplémentaire est restreinte au montant auquel le participant est admissible financièrement. Elle est aussi accordée sous réserve d'une sélection médicale et seul le participant est responsable d'en payer les coûts.

Le montant maximal global de prestations mensuelles que le participant peut recevoir (avec ou sans preuve de bonne santé) est énoncé dans le contrat-cadre du régime. En général, les grands groupes offrent des prestations mensuelles maximales plus élevées, souvent dans la fourchette de 10 000 $ à 15 000 $, tandis que les petits groupes peuvent être limités à une prestation maximale de 2 500 $ par mois. Un participant à un régime donné voit son montant maximal de couverture déterminé selon un pourcentage de son revenu ou selon le maximum du régime collectif, selon ce qui est le moins élevé.

EXEMPLE

Chiang et Eng sont membres du même régime collectif d'assurance invalidité qui prévoit une couverture maximale d'invalidité de longue durée correspondant à 60 % du salaire ou 5 000 $ par mois, selon ce qui est le moins élevé. Chiang, qui gagne 90 000 $ par an, a droit à une prestation mensuelle maximale de 4 500 $ ((90 000 $ × 60 %) ÷ 12). Eng gagne 120 000 $ par an; sa prestation mensuelle est limitée à 5 000 $, bien que son revenu lui donne droit à une prestation mensuelle de 6 000 $ ((120 000 $ × 60 %) ÷ 12).

Le pourcentage des gains pris en compte pour fixer la couverture maximale globale varie, en partie, selon le traitement des prestations en tant que revenu imposable ou non imposable. Les prestations d'invalidité de courte durée se situent en général dans une fourchette de pourcentages supérieurs, soit de 70 à 75 % du revenu avant invalidité, car les prestations de courte durée sont la plupart du temps imposables. Les prestations d'invalidité de longue durée, habituellement structurées pour être non imposables, sont calculées sur un pourcentage de salaire plus faible, dans la fourchette de 60 à 66,66 %.

Comme il a déjà été mentionné, si les participants décident de souscrire le maximum de couverture disponible, la différence entre le montant maximal global et le montant maximal de couverture sans preuve de bonne santé est assujettie à une sélection, à la fois, financière et médicale.

EXEMPLE

Bernard travaille pour une compagnie qui offre une couverture collective d'assurance invalidité. Le montant maximal sans preuve de bonne santé pour une couverture d'invalidité de longue durée est de 50 % du salaire et le montant maximal de prestations est fixé à 66,66 % du salaire, jusqu'à concurrence de 10 000 $ par mois. Bernard, qui gagne 90 000 $ par an, a décidé de prendre la pleine garantie de 60 000 $ (66,66 % de 90 000 $, soit 5 000 $ par mois). La première tranche de garantie annuelle de 45 000 $ (50 % du salaire) est accordée sans preuve de bonne santé, mais Bernard doit être admissible sur le plan médical pour pouvoir y ajouter une garantie supplémentaire de 15 000 $ (16,66 % du salaire).

L'employeur ou l'employé peut décider d'opter pour une couverture inférieure au maximum énoncé dans le contrat-cadre.

2.3.4.3 Montant maximum de toutes sources (ou ajustement de la prestation)

Les régimes d'assurance invalidité collectifs ou individuels fixent des prestations maximales un peu inférieures à 75 % du revenu habituel de l'assuré afin de l'inciter à retourner au travail. Le même raisonnement s'applique lorsqu'on examine le montant maximal de prestations disponibles de toutes les sources de revenus d'invalidité (le « maximum de toutes sources »).

L'ajustement de la prestation collective prévu dans pratiquement tous les contrats-cadres collectifs précise le montant maximal de couverture permis de toutes sources. Ces sources de prestations sont directes ou indirectes. Les sources directes sont les régimes d'invalidité qui versent des prestations mensuelles directement au participant invalide, comme le Régime de pensions du Canada (RPC) l'assurance-emploi ou les commissions d'indemnisation des accidents du travail. Les sources indirectes sont des prestations versées ou prévues pour les conjoints ou les enfants à charge de la personne assurée invalide. Ces prestations peuvent provenir d'organismes, comme le Régime de pensions du Canada (RPC)[18].

Les prestations qui découlent de polices d'assurance invalidité détenues par des individus sont souvent exemptées des règles sur le maximum de toutes sources, mais ces régimes peuvent avoir leurs propres règles d'ajustement énoncées au contrat.

18. Au Québec, ces prestations peuvent provenir du Régime de rentes du Québec (RRQ).

De façon générale, les ajustements précisés dans les contrats-cadres collectifs prévoient que les prestations de toutes sources spécifiées ne peuvent pas excéder 85 % du revenu avant invalidité des participants au régime. Si le total des prestations disponibles excède ce niveau, alors les prestations collectives versées sont réduites pour baisser le total versé à un maximum de 85 %.

EXEMPLE

Lucien gagne 60 000 $ par an comme plombier. Il est employé par une entreprise qui lui offre une protection d'assurance invalidité de longue durée égale à 66,67 % de son revenu, soit 3 333 $ par mois ((60 000 $ × 66,67 %) ÷ 12). En cas d'invalidité, Lucien obtient aussi des prestations de 1 020 $ par mois grâce à une police individuelle pour un total mensuel de 4 353 $, soit 52 236 $ par an ou 87,1 % de son revenu habituel. Les 87,1 % excèdent le maximum de toutes sources de 85 % prévu au contrat-cadre du régime collectif. Ainsi, la prestation mensuelle de Lucien provenant du régime collectif sera diminuée de 103 $ par mois (4 353 $ – (85 % × 60 000 $ ÷ 12)), soit 3 230 $, portant le total des prestations mensuelles de toutes sources à 4 250 $, soit 85 % de son niveau de revenu avant l'invalidité.

2.3.4.4 Refus de prestations

Les prestations des régimes collectifs d'assurance invalidité peuvent être refusées pour les mêmes raisons que les prestations des régimes individuels vues précédemment. De plus, les prestations des régimes collectifs ne sont pas versées si le participant a cessé d'appartenir au groupe.

2.3.5 Imposition des prestations d'assurance invalidité collective

Dans le cas des régimes d'assurance invalidité collective employeur-employés, la couverture d'invalidité de courte durée est habituellement payée par l'employeur et les prestations perçues par l'employé sont traitées comme un revenu imposable. Comme les prestations de courte durée sont en général d'un pourcentage plus élevé du revenu avant invalidité (souvent dans la fourchette de 70 à 75 %), le participant recevant des prestations devrait toujours pouvoir vivre avec la prestation nette d'impôt. Les primes payées par l'employeur pour la couverture constituent des dépenses d'entreprise déductibles pour calculer l'impôt sur le revenu.

Dans le cas de la couverture d'invalidité de longue durée, qui permet souvent de toucher environ 60 % du revenu avant invalidité, si l'employeur paie les primes, les prestations touchées par l'employé sont un revenu imposable. Comme pour l'invalidité de courte durée, les primes payées par l'employeur constituent une dépense déductible dans le calcul de l'impôt. Toutefois, si l'employé ou le participant verse 100 % de la prime, les prestations sont non imposables. Ce régime collectif est imposé de la même manière qu'une police d'assurance invalidité personnelle. Pour cette raison, la plupart des couvertures d'invalidité de longue durée prévues par les régimes d'assurance collectifs contributifs sont établies de façon que l'employé paie 100 % de la prime.

Dans les cas où l'employeur comme l'employé contribuent aux primes pour la couverture d'invalidité de longue durée, il se produit une anomalie. Les prestations salariales, le cas échéant, sont considérées comme un remboursement de la prime non imposable, jusqu'à concurrence de la prime totale payée par l'employé depuis sa dernière réclamation. Toute prestation reçue en plus de ce montant est traitée comme une prestation imposable pour l'employé.

EXEMPLE

Mathieu est membre d'un régime d'assurance invalidité collectif où l'employeur et l'employé partagent en parts égales le coût de la prime pour toutes les prestations collectives. Jusqu'à présent, Mathieu n'a fait aucune réclamation de prestations de longue durée. Toutefois, cette année, il s'est blessé et il a perçu 17 000 $ en prestations collectives d'assurance invalidité de longue durée. Jusqu'à présent, Mathieu et son employeur ont partagé les 8 200 $ des primes totales versées en son nom pour la couverture d'invalidité de longue durée. Au regard de l'impôt, 4 100 $ de ces prestations (la moitié des 8 200 $ des primes totales versées) constituent un remboursement de la prime non imposable, tandis que les 12 900 $ restants (17 000 $ – 4 100 $) sont considérés comme un revenu imposable.

Le tableau 2.3 résume les incidences fiscales pour le destinataire des prestations, d'après l'identité de la personne ou de l'organisme qui acquitte les primes de la garantie d'invalidité.

TABLEAU 2.3

Imposition des primes et des prestations d'assurance invalidité selon le payeur

TYPE DE POLICE	PAYEUR	DÉDUCTIBILITÉ DE LA PRIME PAR LE PAYEUR	CARACTÈRE IMPOSABLE OU NON IMPOSABLE DES PRESTATIONS
Police individuelle	Titulaire de police	Non	Non imposable
Police collective	Employeur seulement	Oui	Imposable
	Employé seulement	Non	Non imposable
	Employeur et employé	Partie payée par l'employeur : Oui Partie payée par l'employé : Non	Imposable avec réduction du montant imposable pour toute prime payée par l'employé

2.3.6 Coordination d'une police collective avec une police individuelle

Les clients peuvent souscrire, soit une assurance collective, soit une assurance individuelle, pour répondre à leurs besoins financiers en cas d'invalidité, ou encore recourir à ces deux options en même temps; ils utilisent alors la police individuelle pour combler les lacunes ou déficits potentiels dans leur régime collectif. Les deux sous-sections suivantes exposent les deux façons de coordonner les types de régime pour répondre à tous les besoins de couverture du client en cas d'invalidité.

Montant de prestations

De façon générale, les régimes d'assurance invalidité collectifs limitent la couverture à un maximum de 60 à 66,66 % du revenu, pour l'invalidité de longue durée, et de 70 à 75 % du revenu, pour l'invalidité de courte durée. Les participants à un régime qui veulent un niveau de prestations plus élevé peuvent compléter leur couverture collective en souscrivant une police d'assurance invalidité individuelle avec le même délai de carence et la même période de prestations que le régime collectif, mais avec des prestations comblant l'écart.

EXEMPLE

La police collective d'André offre une couverture d'invalidité de longue durée de 60 % de son salaire annuel de 80 000 $, soit 4 000 $ par mois de prestations (80 000 $ × 60 % ÷ 12). André serait plus à l'aise avec un niveau de prestation de 75 %, soit 5 000 $ par mois (80 000 $ × 75 % ÷ 12). Il peut compléter sa couverture collective en prenant une police d'assurance invalidité individuelle qui lui versera 1 000 $ par mois de prestations d'invalidité, sur la même base que le régime collectif.

Il faut veiller à ce que le montant total de couverture des deux régimes n'excède pas 85 %, à savoir le maximum de toutes sources imposé dans l'un ou l'autre des contrats, ou dans les deux. Autrement, des ajustements annuleront certains des avantages du supplément de couverture et le client paiera alors pour une garantie dont il ne pourra jamais profiter. Les réclamations sont déposées en faisant valoir le régime collectif en tant que premier payeur, puis la police individuelle lorsqu'il y a un chevauchement de couverture.

Période de prestations

L'employé veut parfois prolonger la période de versement des prestations de son régime collectif. Cela est possible en souscrivant une police individuelle ayant le même niveau de prestations et la même définition d'invalidité que la police collective, mais avec une période de prestations plus longue. Le délai de carence de la police individuelle est lié à la période de prestations de la couverture collective.

EXEMPLE

Jacinthe travaille dans une entreprise qui offre une couverture d'assurance invalidité collective calculée sur 66,66 % du salaire, avec un délai de carence de 60 jours, mais une période de prestations de 12 mois seulement pour l'assurance invalidité de courte durée et de longue durée. Elle préférerait bénéficier d'une période de prestations de cinq ans. Elle peut compléter sa garantie collective en souscrivant à une police d'assurance invalidité individuelle qui lui versera des prestations de 66,66 % pendant 3 ans, avec un délai de carence de 26 mois (le délai de carence et la période de prestations combinés du régime collectif), ce qui prolonge sa période de prestations globales jusqu'à 5 ans.

2.4 Assurance prêt (et autres fournisseurs)

Une autre classe de groupe associatif n'a pas encore été examinée : les créanciers du même établissement financier. Les prêteurs (banques, coopératives de crédit et autres institutions de prêts), au moyen d'hypothèques, de marges de crédit personnelles, de garanties ou de cartes de crédit, offrent souvent, en partenariat avec une compagnie d'assurance vie, une couverture d'assurance invalidité pour prévoir des paiements à date fixe de la dette, même pendant une période où le débiteur est invalide et incapable de gagner un revenu.

L'assurance prêt est offerte comme un forfait avec le prêt lui-même, de façon facultative. Selon le montant de la créance assurée, la couverture est proposée avec une sélection médicale réduite, voire aucune, bien que l'assuré puisse faire l'objet d'une sélection rétroactive, au moment de la réclamation. Il existe nécessairement un délai de carence, souvent de 60 jours, et les primes de la police sont combinées avec le paiement mensuel du prêt et débitées du même compte que celui du paiement du prêt. La définition de l'invalidité rendant l'assuré admissible aux prestations est toujours l'« invalidité totale », soit l'incapacité de gagner un revenu à cause d'une maladie ou d'une blessure.

2.4.1 Montant des prestations

Les prestations offertes par l'assurance invalidité collective pour un prêt dépendent des obligations de l'assuré d'effectuer les paiements, d'habitude tous les mois, du solde du prêt assuré. Les prestations sont en général un pourcentage du solde, sous réserve de la limite mensuelle et globale maximale permise.

EXEMPLE

Une banque offre une assurance invalidité pour un prêt hypothécaire qui permet de percevoir des prestations maximales égales aux paiements en capital et en intérêts mensuels, au titre de l'hypothèque, à concurrence de 3 000 $ par mois pendant 24 mois. Elle offre aussi une garantie pour la carte de crédit avec des prestations maximales de 3 % du solde, ou de 600 $ par mois, selon ce qui est le moins élevé, avec une limite globale de 20 000 $.

2.4.2 Imposition des prestations d'assurance prêt

Le traitement fiscal des primes d'assurance invalidité collective pour un prêt est simple et direct, et il ressemble au traitement de l'assurance invalidité individuelle :

- Les primes sont considérées comme étant une dépense personnelle non déductible, à moins que l'objectif du prêt soit de gagner un revenu d'une entreprise ou d'un bien (par exemple, un prêt commercial ou un prêt de placement) ;
- Les prestations sont non imposables (et versées au créancier au nom du débiteur).

2.5 Comparaison

Il existe des similitudes, des différences, des points forts et des points faibles dans les trois sources communes de couverture d'invalidité : l'assurance individuelle, l'assurance collective et l'assurance prêt. Le tableau 2.4 résume et compare ces caractéristiques.

TABLEAU 2.4

Caractéristiques de la protection de revenu de l'assurance individuelle, l'assurance collective et l'assurance prêt

	ASSURANCE INDIVIDUELLE	ASSURANCE COLLECTIVE	ASSURANCE PRÊT
Source de l'assurance	Directement par la compagnie d'assurance	Régime collectif par l'intermédiaire d'une compagnie d'assurance	Établissement de crédit par l'intermédiaire d'une compagnie d'assurance
Titulaire de police	Preneur/assuré	Promoteur du régime	Établissement de crédit
Personne assurée	Preneur	Participant	Emprunteur
Bénéficiaire	Titulaire de police	Participant	Établissement de crédit
Sélection	Complète	Impossible pour la couverture de base, seulement pour la couverture supplémentaire	Limitée ou aucune au moment de la proposition (mais peut-être une forme rétroactive au moment de la réclamation)
Niveau de prime	Le plus élevé	Le moins élevé	Généralement élevé à intermédiaire
Méthode de paiement des primes	Chèque ou débit direct	Retenue à la source ou débit direct	Intégré dans le paiement du prêt
Possibilité de transformation	Selon la police	Dans certains cas	Non
Possibilité de transfert	Oui	Non	Dans certains cas
Flexibilité	À la discrétion du preneur, sous réserve des options disponibles et des limites	Minimum, sous réserve des règles du régime collectif	Non

CHAPITRE 3

ASSURANCE OFFRANT UNE PROTECTION DES ACTIFS

Élément de la compétence

- Analyser les produits offerts répondant aux besoins du client.

Sous-éléments de la compétence

- Analyser les types de contrats répondant aux besoins du client ;
- Analyser les avenants répondant aux besoins du client.

3
ASSURANCE OFFRANT UNE PROTECTION DES ACTIFS

Les polices d'assurance vie permettent d'avoir des liquidités pour protéger les intérêts financiers des personnes à charge et des bénéficiaires si la personne assurée vient à décéder. Les polices de remplacement de revenu en cas d'invalidité protègent les intérêts financiers de la personne assurée si elle devient invalide et est incapable de travailler et de gagner un revenu, pour cause de blessure ou de maladie. Cependant, ni l'assurance vie ni l'assurance invalidité ne protègent les actifs (placements, REER, immobilier, etc.) de l'assuré ou la valeur successorale de celui-ci avec une prestation, versée en franchise d'impôt, pour payer des dépenses si l'assuré souffre d'une maladie ou d'une affection très grave, mais qui peut y survivre pendant des années ou même des décennies. Cette personne pourrait même finalement retourner au travail, malgré sa mauvaise santé. L'assurance contre les maladies graves et l'assurance de soins longue durée offrent ces prestations du vivant de l'assuré et le protègent de l'érosion de ses actifs causée par des dépenses de santé d'une durée prolongée.

Les polices contre les maladies graves proposent une somme d'argent en franchise d'impôt pour aider l'assuré à s'adapter à son changement de situation causé par une maladie potentiellement mortelle. Les polices de soins de longue durée permettent de recevoir des fonds non imposables pour payer les soins de l'assuré en perte d'autonomie, pour cause de maladie, de blessure ou de vieillissement.

3.1 Assurance contre les maladies graves

Les personnes ayant connu de très graves problèmes de santé, comme un cancer, une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral potentiellement mortel, peuvent ou non retourner au travail à temps plein. Toutefois, elles devront sans nul doute assumer des dépenses ou effectuer des changements dans leur style de vie sans avoir l'aide financière de l'assurance invalidité traditionnelle. Ces personnes peuvent avoir besoin d'argent pour modifier leur style de vie et s'adapter à leur nouvel état causé par la maladie :

- remboursement de dettes, par exemple, des hypothèques ou des soldes de cartes de crédit, pour alléger le stress financier qui découle d'une période de rétablissement prolongée, de l'augmentation de frais médicaux ou d'une baisse de capacité de gain ;
- traitements de remplacement pour ceux couverts par les régimes de santé provinciaux ;
- rénovations domiciliaires nécessaires à l'adaptation aux changements de capacité physique du malade (par exemple, élargissement des entrées de porte et rampes d'accès pour fauteuils roulants) ;

- choix d'un travail à temps partiel à cause d'une capacité physique réduite ou d'un simple désir de passer moins de temps au travail pour avoir d'autres activités : une réaction psychologique courante lorsqu'on a connu une maladie potentiellement mortelle ;
- dépenses médicales conventionnelles non couvertes par les régimes de santé provinciaux ;
- vacances pour réduire le stress causé par la maladie ;
- changements d'emploi pour avoir un travail moins stressant ou moins exigeant sur le plan physique, avec la baisse de gain qui l'accompagne ;
- etc.

Sans prestations d'assurance contre les maladies graves, ces changements de style de vie peuvent avoir une incidence tout à fait négative sur les actifs d'une personne.

Avec l'amélioration des traitements médicaux d'urgence et des soins médicaux en général, de plus en plus de personnes restent en vie malgré une maladie potentiellement mortelle. Il suffit de lire les statistiques canadiennes pour les 4 maladies et affections graves les plus courantes, à savoir[19] :

- 1 victime de crise cardiaque sur 2 est âgée de moins de 65 ans, et 95 % de ces personnes survivent à leur première crise ;
- 1 Canadien sur 3 aura une certaine forme de cancer, et 65 % d'entre eux survivront pendant au moins 5 ans ;
- 1 Canadien sur 20 subira un accident vasculaire cérébral avant l'âge de 70 ans, et 75 % d'entre eux survivront ;
- de 3 à 5 % des réclamations pour maladies graves sont faites par des personnes ayant eu un pontage coronarien.

La plupart des personnes connaissent ou ont dans leur famille quelqu'un qui fait partie de ce groupe et elles comprendront la valeur et la nécessité de l'assurance contre les maladies graves.

3.1.1 Couverture offerte

Introduite au Canada au milieu des années 1990 à titre de contrat autonome, l'assurance contre les maladies graves offre aux assurés un versement forfaitaire utilisable à la discrétion de l'assuré s'il est atteint d'une des nombreuses maladies potentiellement mortelles ou de nature à changer sa vie.

19. Jacqueline Figas. *Disability Insurance and Other Living Benefits*, CCH Canadian Limited, 2012, pages 301-302. [Anglais].

3.1.1.1 Âges d'émission minimum et maximum

Dans le cas des adultes, les polices sont la plupart du temps émises pour des personnes admissibles âgées de 18 à 65 ans. Après cet âge, le risque de réclamation devient trop élevé à assumer pour la plupart des assureurs. Il existe aussi des régimes spéciaux, plus limités, pour les enfants ; les prestations sont moindres que celles proposées par les régimes pour adultes.

3.1.1.2 Montant assuré minimum et maximum

Le montant assuré minimum et maximum de la police varie selon l'assureur. Certains émettent des contrats pour seulement 10 000 $, d'autres peuvent aller jusqu'à 2 000 000 $. Les montants assurés les plus courants vont de 50 000 $ à 500 000 $.

Le montant réel de garantie émis à un preneur donné dépend d'un certain nombre de facteurs, notamment :

- l'âge ;
- la situation financière par rapport au montant d'assurance de la proposition (pour éviter la surassurance) ;
- l'état de santé actuel ;
- les antécédents médicaux du preneur ;
- les antécédents médicaux des parents et des frères et sœurs du preneur.

3.1.1.3 Période d'admissibilité

Très souvent, la police d'assurance contre les maladies graves comporte une clause excluant de la couverture toute maladie ou affection par ailleurs couverte, si celle-ci est diagnostiquée ou se manifeste pour la première fois dans les 30 jours suivant l'émission de la police. Cette période de 30 jours s'appelle la « période d'admissibilité ».

3.1.1.4 Délai de survie (carence)

Certains assureurs peuvent exiger une période d'exclusion entre la date d'établissement de la police et le début ou le diagnostic d'une maladie couverte par la police, avant que celle-ci ne puisse ouvrir droit à une réclamation. Par exemple, dans le cas du cancer, la période d'exclusion peut aller jusqu'à 90 jours. La durée ou l'application de cette période peut varier d'un assureur à l'autre. Cette période d'exclusion vise avant tout à protéger l'assureur contre l'antisélection; les demandeurs cherchent à obtenir une assurance parce qu'ils craignent de souffrir d'une maladie couverte.

Également, puisque l'assurance contre les maladies graves est conçue pour verser des prestations aux assurés qui survivent à une maladie grave, une période d'attente s'applique également entre la date du diagnostic de la maladie et la date à laquelle la prestation devient

payable. De cette façon, l'assureur peut raisonnablement s'attendre à ce que l'assuré survive à la maladie. La période d'attente est souvent de 30 jours, mais elle peut être plus longue à l'égard de certaines maladies.

3.1.1.5 Durée de la couverture

Les polices d'assurance contre les maladies graves sont émises à titre de contrats, tant temporaires que permanents. Les polices temporaires sont en vigueur pendant un certain nombre d'années, en général, de 10 à 20 ans, ou jusqu'à l'âge de 65 ou de 75 ans. Les régimes permanents vont depuis la date d'émission jusqu'aux 100 ans de la personne assurée, ce qui est similaire à bien des égards à l'assurance vie temporaire 100 ans (T-100).

Les contrats temporaires de 10 à 20 ans sont souvent à renouvellement garanti, mais avec une surprime, jusqu'à l'âge de 75 ans. Ces régimes sont aussi transformables en une couverture permanente jusqu'à l'âge de 65 ans. La transformation est possible sans preuve de bonne santé, mais l'assuré ne peut pas être visé par une réclamation au moment de la transformation.

La plupart des polices expirent après le paiement d'une réclamation à tout âge. Toutefois, l'assurance contre les maladies graves étant un produit assez nouveau, la couverture offerte évoluera sans aucun doute au cours des années à venir.

3.1.2 Types de police

La distinction entre les polices d'assurance contre les maladies graves se fait le plus souvent selon le nombre de maladies et d'affections couvertes :

- bon nombre de contrats de base couvrent 3 ou 4 maladies et affections : les contrats pour 3 maladies et affections couvrent la crise cardiaque, l'accident vasculaire cérébral et le cancer ; ceux pour 4 maladies et affections incluent le pontage coronarien ;
- bon nombre de polices étendent cette couverture à 10 maladies et affections (présentées ci-après sous la rubrique *Maladies et affections couvertes*) ;
- les polices globales couvrent 20 maladies et affections ou plus (aussi présentées ci-après).

Les polices pour enfants (âgés de moins de 18 ans) couvrent la plupart, voire toutes, les maladies et affections assurées par les régimes globaux, mais aussi des maladies et affections concernant les mineurs, par exemple :

- dystrophie musculaire ;
- diabète de type 1 ;
- paralysie cérébrale ;
- fibrose kystique.

Bon nombre de ces régimes sont transformables en une protection pour adultes, une fois que l'enfant atteint un certain âge, par exemple, 18 ou 25 ans.

Certaines polices d'assurance contre les maladies graves sont offertes par des institutions financières aussi émettrices de prêts hypothécaires. Ces régimes exigent un minimum de sélection. Ils sont conçus précisément pour acquitter le solde en souffrance du prêt hypothécaire quand son détenteur subit une maladie grave. Les prestations sont versées directement à l'institution financière, sous réserve d'une sélection au moment de la réclamation. Certaines assurances vie et invalidité individuelles pour les dettes hypothécaires ont aussi une clause de versement de prestation en cas de maladie grave de l'assuré.

Certains assureurs émettent des contrats à émission garantie sans sélection médicale. Pour cela, l'assuré doit faire une brève déclaration de bonne santé au moment de la proposition. Évidemment, cette couverture est souvent plus chère que si la personne fait l'objet d'une sélection médicale, et les prestations sont limitées, souvent à moins de 100 000 $.

Certaines polices d'assurance vie offrent aussi une prestation facultative contre les maladies graves pour une prime assez faible.

3.1.3 Maladies et affections couvertes

Toutes les polices d'assurance contre les maladies graves ne couvrent pas les mêmes maladies et affections. Parmi celles-ci, certaines ne sont pas couvertes par la plupart des régimes, voire l'ensemble, par exemple le sida. De plus, la définition précise d'une maladie ou d'une affection couverte varie d'un régime à l'autre. Par exemple, le type de cancer ou son degré à titre de maladie admissible varie d'un assureur à l'autre. Ou encore le degré de dommage subi par le muscle cardiaque peut être le facteur déterminant si une crise cardiaque est assez grave pour justifier des prestations aux termes de la définition incluse dans un contrat donné.

3.1.3.1 Les quatre maladies et affections graves de base couvertes – crise cardiaque, cancer, accident vasculaire cérébral, pontage coronarien

La plupart des polices d'assurance contre les maladies graves prévoient au moins des prestations dans le cas d'une maladie ou d'une affection potentiellement mortelle admissible parmi les quatre maladies et affections graves suivantes :

- crise cardiaque ;
- accident vasculaire cérébral ;
- cancer ;
- pontage coronarien.

3.1.3.2 Couverture étendue

En plus des quatre maladies et affections graves de base couvertes, les assureurs proposent des polices de plus large portée, avec des prestations pour les personnes assurées qui contractent certaines des maladies et affections énumérées ci-dessous. Le nombre et la liste de ces maladies et affections supplémentaires couvertes sont ajoutés sous forme d'avenant et varient d'un assureur à l'autre. Voici un exemple de deux couvertures possibles.

EXEMPLE

Maladies et affections graves	Police pour 10 maladies et affections graves couvertes	Police pour 20 maladies et affections graves couvertes
Accident vasculaire cérébral	✓	✓
Anémie aplasique		✓
Brûlures sévères		✓
Cancer	✓	✓
Cécité	✓	
Chirurgie de l'aorte		✓
Coma		✓
Crise cardiaque	✓	✓
Grave insuffisance d'organe sur liste d'attente		✓
Greffe d'organe	✓	
Greffe d'organe importante		✓
Infection par le VIH au travail		✓
Insuffisance rénale	✓	
Maladie d'Alzheimer		✓
Maladie de Parkinson		✓
Maladies du motoneurone		✓
Méningite bactérienne		✓
Paralysie	✓	
Perte d'autonomie		✓
Perte de l'élocution		✓
Perte des membres		✓
Pontage coronarien	✓	✓
Remplacement d'une valve cardiaque		✓

Maladies et affections graves	Police pour 10 maladies et affections graves couvertes	Police pour 20 maladies et affections graves couvertes
Sclérose en plaques	✓	
Surdité	✓	
Tumeur bénigne au cerveau		✓

Bien entendu, plus la police couvre de maladies et d'affections, plus il est facile de correspondre à leur définition. Donc, plus les assureurs risquent de devoir payer une réclamation, plus les primes de la police sont élevées.

La définition exacte de ces maladies et affections varie d'une police à l'autre. Toutefois, la plupart doivent être assez graves pour avoir un caractère potentiellement mortel, avant que des prestations ne soient payables.

3.1.4 Avenants offerts

Les deux avenants les plus courants offerts avec des polices d'assurance contre les maladies graves sont le remboursement des primes et l'exonération des primes.

3.1.4.1 Remboursement des primes

Dans le cas d'une police d'assurance contre les maladies graves, bon nombre de compagnies d'assurance offrent à titre de prestation facultative (avenant) à leurs assurés la possibilité d'ajouter une clause de remboursement des primes dans leurs contrats ; ils recevront ainsi une partie, voire la totalité, des primes versées antérieurement par le titulaire de police en cas de décès de l'assuré, ou si la police expire sans qu'aucune réclamation n'ait été produite.

Voici les types de remboursement offerts :

- au décès — Les primes sont remboursées à la succession du titulaire de police, ou à un bénéficiaire désigné, en tout ou partie, si l'assuré décède d'une cause non couverte à titre de maladie grave selon la police, ou à cause d'une maladie grave, mais avant la fin de la période d'admissibilité et du délai de carence.
- au rachat — Les primes sont remboursées au titulaire de police, en tout ou partie, si le titulaire de police rachète (résilie) la police après un certain nombre d'années prescrit (10 ans, par exemple) sans qu'aucune réclamation n'ait jamais été produite.
- à l'échéance — Les primes sont remboursées au titulaire de police, en tout ou partie, si la police vient à échéance (expire – à l'âge de 75 ans, par exemple) sans qu'aucune réclamation n'ait jamais été produite.

3.1.4.2 Exonération des primes

L'avenant d'exonération des primes peut être ajouté à une police d'assurance contre les maladies graves si l'assuré est médicalement admissible et paie une surprime. L'avenant a pour effet d'exonérer toutes les primes payables dans le cadre de la police en cas d'invalidité totale de l'assuré, ou pendant la durée de cette invalidité (ou celle du titulaire de police, si l'assuré n'est pas la personne qui paie les primes). L'avenant est ajouté au moment de l'émission de la police ; il n'est offert la plupart du temps que si l'assuré est âgé de 55 ans ou moins au moment de la proposition. L'exonération est en général assujettie à un délai de carence de quatre à six mois à partir du début de l'invalidité admissible. Une fois ce dernier expiré, les primes payées par le titulaire de police sont remboursables. L'exonération se poursuit jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- rétablissement de l'assuré après une maladie invalidante ;
- acceptation de la réclamation de prestations pour maladie grave ;
- date d'expiration de la police.

Les maladies invalidantes qui conduisent à l'exonération des primes dans le cadre de la police diffèrent de celles entraînant une acceptation de la réclamation de prestations pour maladie grave. Par exemple, l'assuré pourrait subir un faible accident vasculaire cérébral invalidant de façon temporaire. Celui-ci déclenche la stipulation d'exonération, mais il n'est ni assez grave ni assez permanent pour que le dommage causé déclenche le versement de prestations pour maladie grave.

3.1.5 Versement des prestations

Le versement des prestations dans le cadre d'un contrat d'assurance contre les maladies graves est assujetti à un certain nombre de restrictions :

- le diagnostic ou la première manifestation de la maladie ou de l'affection doit se produire plus de 30 jours après la date d'émission de la police (la période d'admissibilité) ;
- la personne assurée doit survivre au diagnostic de la maladie ou de l'affection couverte pendant au moins 30 jours (le délai de carence ; il peut être prolongé à 90 jours dans certains cas, par exemple, en cas de diagnostic de cancer ou d'accident vasculaire cérébral). Toutefois, les prestations seront toujours payables à la succession de l'assuré ou à tout autre bénéficiaire désigné si l'assuré survit pendant le délai de carence, mais décède avant l'approbation ou le paiement de la réclamation ;
- la personne assurée doit, la plupart du temps, faire sa réclamation dans les 30 jours du diagnostic de la maladie ou de l'affection admissible ;
- le réclamant doit fournir une preuve médicale de l'admissibilité de la maladie ou de l'affection dans les 90 jours suivant le dépôt d'une réclamation. En outre, les médecins-conseils de la compagnie d'assurance doivent s'accorder pour dire que la maladie ou l'affection en cause répond aux exigences de la police.

Les prestations sont normalement payables sous forme forfaitaire, mais la police peut prévoir de verser la réclamation de façon échelonnée.

Il n'y a en général qu'un seul versement de prestations dans le cadre d'une police d'assurance contre les maladies graves, tout comme avec la police d'assurance vie. Après acceptation d'une réclamation, la police est résiliée.

EXEMPLE

Sylvie a obtenu 100 000 $ de prestations au moment de sa réclamation dans le cadre de sa police d'assurance contre les maladies graves, en 2011, à la suite du diagnostic d'un cancer admissible. En 2013, lors de sa crise cardiaque, elle n'a pas pu faire de seconde réclamation. En effet, le contrat avait pris fin au versement des prestations de 2011.

Toutefois, certaines polices offrent un avenant « Second événement » facultatif ; il prévoit que la couverture demeure en vigueur après une première réclamation satisfaite et que des prestations moindres peuvent être versées en cas de réclamation postérieure, sans lien avec la première. Par exemple, si la première réclamation portait sur une crise cardiaque, une seconde réclamation pour un cancer potentiellement mortel peut donner lieu au versement d'une seconde prestation moins élevée.

Le versement des prestations est assujetti aux exclusions standard. Aucune prestation n'est versée pour les maladies découlant des causes suivantes :

- acte de guerre, déclarée ou non ;
- acte de terrorisme ;
- tentative de suicide ;
- blessures auto-infligées ;
- grossesse normale ;
- activités criminelles ;
- abus de médicaments vendus sans ordonnance ;
- infection par le sida/VIH autrement qu'au travail.

3.1.5.1 Traitement fiscal des primes et prestations pour maladies graves et du remboursement des primes

Tout comme avec les polices en assurance invalidité individuelle de remplacement de revenu, les primes payées au titre de la couverture individuelle pour maladies graves ne sont pas déductibles du calcul de l'impôt. De la même manière, les primes versées ne sont pas admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux.

Par ailleurs, les prestations versées à la suite d'une réclamation ou d'un remboursement de primes ne constituent pas un revenu imposable pour le titulaire de police qui les reçoit.

3.2 Soins de longue durée

L'expression «soins de longue durée» fait souvent penser à la personne âgée souffrante placée dans une maison de santé ou de repos. Cela peut être le cas, mais ces soins visent une population beaucoup plus vaste, soit des personnes de tout âge non autonomes pour accomplir les gestes de la vie quotidienne. Il peut s'agir de jeunes atteints d'une maladie invalidante, comme la dystrophie musculaire ou la sclérose en plaques, de personnes de tout âge ayant eu une blessure (au cerveau ou à la moelle épinière, par exemple) qui leur a laissé de graves séquelles, physiques ou mentales, ou de personnes souffrant de maladies dégénératives (comme la maladie d'Alzheimer ou la démence). Les soins de longue durée concernent les soins à domicile, fournis à la résidence du patient, les services résidentiels et les maisons de santé ou de repos, selon les besoins du patient. Les sections suivantes abordent l'ampleur du besoin de soins de longue durée, les types de soins offerts et la couverture d'assurance existant pour aider à payer le coût de ces soins.

3.2.1 Démographie canadienne

En dépit de la diversité des cas de patients en soins de longue durée, le besoin de ces soins concerne surtout les plus de 65 ans. En outre, à mesure que les *baby-boomers* vieillissent, le pourcentage de la population canadienne de cette tranche d'âge explosera au cours des 20 à 30 prochaines années.

Le diagramme 3.1 illustre les tendances démographiques, par âge et par sexe, de 1961 à 2061[20]. Au cours des 50 dernières années, la structure par âge et sexe de la population canadienne s'est transformée de façon considérable. En 1961, vers la fin du *baby-boom,* la pyramide des âges de la population canadienne avait une large base en raison du nombre important de jeunes nés durant cette période.

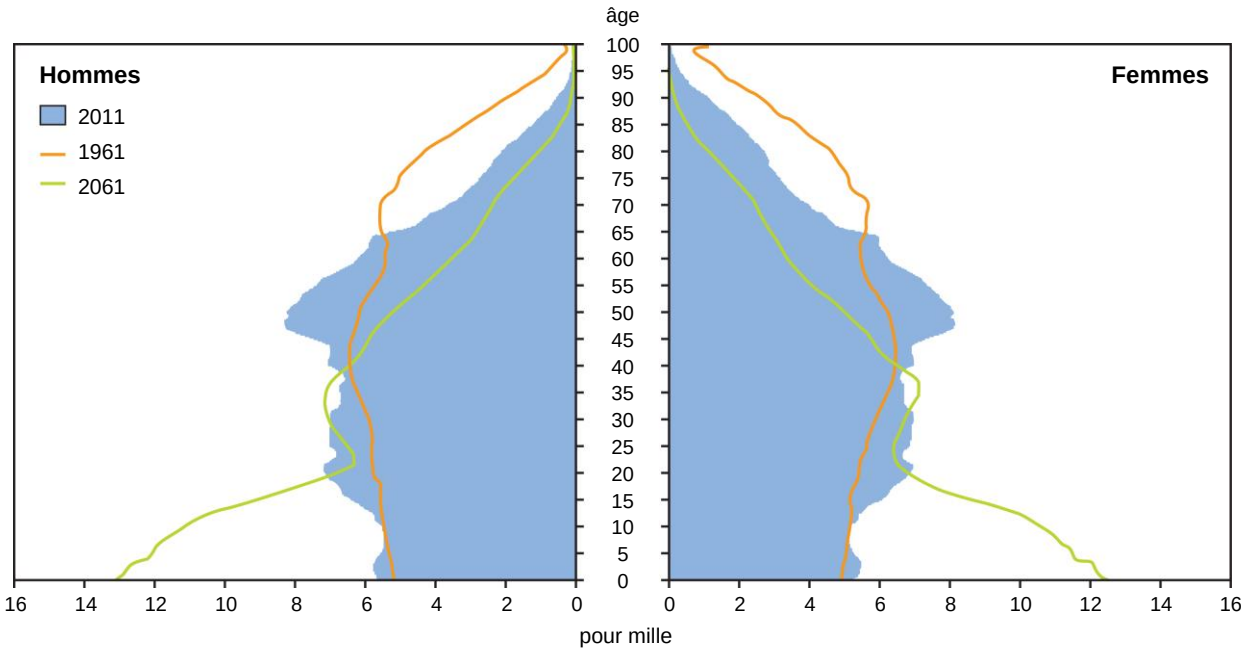
Plus de 50 ans plus tard, ces cohortes nombreuses s'étaient déplacées vers le haut de la pyramide, les *baby-boomers* vieillissant et étant âgés, en 2011, entre 46 ans et 65 ans. L'effet de la baisse de la fécondité était également évident dans la pyramide qui présentait une base plus étroite.

À mesure que les cohortes du *baby-boom* avancent en âge et que le vieillissement de la population canadienne se poursuit, on s'attend à ce que la pyramide des âges prenne de plus en plus une forme rectangulaire, comme l'indique celle pour 2061, créée sur la base du scénario de croissance moyenne des plus récentes projections démographiques.

20. Statistique Canada. *Évolution de la structure par âge et sexe de la population du Canada, 1956, 2006 et 2056.* [En ligne]. Document révisé le 19 février 2016. [Document consulté le 3 août 2017]. http://www.statcan.gc.ca/pub/91-003-x/2007001/figures/4129870-fra.htm

DIAGRAMME 3.1

Pyramide des âges de la population, Canada, 1961, 2011 et 2061[21]



La proportion de personnes âgées est en hausse constante depuis les 50 dernières années en raison d'une fécondité sous le seuil de remplacement et de l'augmentation de l'espérance de vie. Cette hausse s'accélérera encore au cours des prochaines années alors que les *baby-boomers* continueront d'atteindre l'âge de 65 ans.

Selon le scénario de croissance moyenne des plus récentes projections démographiques, la proportion de personnes âgées pourrait commencer à surpasser celle des enfants en 2017, et l'écart se creusera par la suite.

La proportion de la population en âge de travailler (15 à 64 ans) est demeurée autour de 68 % depuis les années 1980 et ce, en raison de la présence des *baby-boomers* dans ce groupe d'âge.

Au cours des 50 prochaines années et à mesure que les *baby-boomers* quitteront ce groupe d'âge, cette proportion pourrait diminuer pour retourner aux niveaux enregistrés à la fin des années 1950 et durant les années1960, soit environ 60 % de la population[22]. Avec autant de gens nécessitant des soins de longue durée et aussi peu arrivant sur le marché du travail pour gagner un salaire et payer des impôts, d'où viendra le futur financement des soins de longue durée? L'assurance de soins de longue durée individuelle pourrait aider à résoudre le problème.

21. Statistique Canada. *Regard sur la démographie canadienne, Deuxième édition*. Document révisé 19 février 2016. [Document consulté le 10 octobre 2017]. http://www.statcan.gc.ca/pub/91-003-x/91-003-x2014001-fra.pdf?contentType=application%2Fpdf
22. *Ibid.*

3.2.2 Options de soins de longue durée

Les soins de longue durée ne concernent pas uniquement ceux en maison de santé ou de repos. La gamme des services publics et privés, tous de plus en plus complets, est vaste. Les plus courants, privés ou publics, sont les suivants :

- soins à domicile ;
- soins de répit ;
- aide à la vie autonome ;
- soins en maison de santé ou de repos.

3.2.2.1 Soins à domicile

Le premier échelon des soins de longue durée porte sur les services à domicile pour l'individu malade. En général, bon nombre de personnes âgées préfèrent cette solution. Si elles avaient le choix, elles opteraient pour des services favorisant le maintien à domicile le plus longtemps possible. Même les gens ayant des troubles cognitifs, comme la maladie d'Alzheimer, se sentent souvent mieux dans un cadre familier.

Les soins à domicile améliorent la qualité de vie des personnes âgées. Aussi, elles gardent encore leur amour-propre et ont un sentiment de sécurité. Ces soins sont le plus souvent fournis lorsqu'un aidant naturel informel (membre de la famille) est présent et quand le besoin du patient est assez minime et sans doute de nature temporaire. Toutefois, des travailleurs de la santé ou des services communautaires peuvent aussi les donner.

Les soins à domicile sont la plupart du temps facturés à l'heure et ne doivent pas nécessairement être quotidiens. Par exemple :

- soins de jour en maison de santé ou de repos ;
- services d'accompagnement ;
- services d'aide à domicile, comme les repas livrés ou les services d'aide-ménagère ;
- services de soins personnels (avec les activités de la vie quotidienne – voir section ultérieure) ;
- séjour de nuit.

3.2.2.2 Soins de répit

Quand le principal soignant est un membre de la famille du patient (époux, enfant, petit-enfant, etc.) présent au domicile même, la nécessité de fournir des soins constants, 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine, comme pour un patient atteint de la maladie d'Alzheimer, devient très éprouvante pour cet aidant naturel, sur le plan physique et émotif. Pour que sa santé, à la fois

physique et mentale, n'en souffre pas indûment, il faut prévoir un répit, au moins pendant une courte période, à l'occasion.

Pendant quelques heures, le soutien peut provenir d'amis ou d'autres membres de la famille, de services communautaires ou d'un établissement officiel et rémunéré, comme une maison de santé ou de repos. Bien entendu, un tel soutien a un coût : séjour de nuit (ou plus longtemps) en maison de santé ou de repos, soins de jour, frais de transport, etc.

EXEMPLE

Rudi 62 ans, comptable à la retraite, s'occupe presque à temps plein de sa mère de 86 ans, atteinte de la maladie de Parkinson et habitant chez lui. Il doit l'aider dans bon nombre de ses activités quotidiennes et la surveiller pour l'empêcher de se blesser par accident. Des infirmières et des travailleurs sociaux viennent chez Rudi pour donner thérapie et assistance à sa mère, mais la situation est quand même très épuisante pour lui. Grâce à des soins de répit, la mère de Rudi pourrait passer quelques jours tous les trimestres dans une maison de santé ou de repos. Cette aide libèrerait ainsi Rudi de temps en temps du stress des soins quotidiens.

3.2.2.3 Aide à la vie autonome

La prochaine étape après les soins à domicile est celle de l'établissement d'aide à la vie autonome. Ces résidences de transition offrent des services aux personnes en perte d'autonomie, ne pouvant plus vivre seules ou chez elles, mais dont l'état n'est pas assez grave pour exiger une supervision ou une attention médicale 24 heures sur 24. Les établissements d'aide à la vie autonome donnent des soins sur place, à temps partiel, et du soutien pour des tâches comme faire les commissions, le nettoyage, la cuisine ou d'autres tâches quotidiennes que la personne ne peut plus faire, ou du moins qu'elle ne peut plus faire seule. Ces installations sont soit de petites unités, avec une poignée de résidents, soit de grandes structures, de type appartements, hébergeant des dizaines ou des centaines de personnes âgées ; on les appelle souvent des « résidences pour personnes âgées ».

3.2.2.4 Soins en maison de santé ou de repos

Pour les personnes en perte d'autonomie et les malades chroniques, les maisons de santé ou de repos constituent la solution privilégiée. Elles offrent une supervision 24 heures sur 24, des soins de santé 24 heures sur 24 et les services d'un médecin sur place. Leurs installations internes incluent en général des services pour les activités de la vie quotidienne, des repas tout faits et des activités de loisirs, en groupe ou individuelles, pour les membres les plus actifs. Certaines maisons proposent aussi des excursions et des installations spéciales pour divertir les familles des patients.

3.2.3 Fournisseurs de soins de longue durée

Il existe diverses sources de services de soins de longue durée dans la communauté et divers fournisseurs d'assurance de soins de longue durée.

Dans une communauté donnée, des services proviennent de tous les organismes suivants, ou de l'un d'entre eux :

- gouvernement provincial ;
- organismes sans but lucratif ;
- organismes religieux ;
- organismes à but lucratif : fournisseurs de services privés, centres d'aide à la vie autonome et maisons de santé ou de repos.

3.2.3.1 Établissements financés par le gouvernement

Les maisons de santé ou de repos doivent avoir un permis et sont réglementées par les gouvernements provinciaux. Ceux-ci proposent aussi différents niveaux d'indemnités pour les patients des maisons de santé ou de repos dans l'incapacité de payer la totalité des frais mensuels. Les régimes provinciaux subventionnent les soins de santé en établissements avec permis provincial pour les personnes à faible revenu admissibles, après un examen des ressources financières.

3.2.3.2 Soins à domicile financés par le gouvernement

Comme il a été dit précédemment, les soins à domicile sont parfois des services de santé et de soutien fournis au domicile du patient. Lorsque le gouvernement les finance, ils sont dispensés de deux façons :

- par une agence à forfait payée par le gouvernement ;
- par une agence de soins à domicile, choisie et payée par le client avec une allocation provenant du gouvernement[23].

3.2.4 Coût des soins de longue durée

Le coût des soins de longue durée varie d'une province à l'autre, selon que ces soins sont de base ou étendus et selon leur caractère exhaustif. La proportion du coût des services nécessaires à l'assuré payée par le gouvernement provincial a aussi une incidence sur le risque assumé par l'assureur. Néanmoins, le coût des soins de longue durée est toujours élevé. L'hébergement en

23. The University of British Columbia. *Evidence and perspectives on funding healthcare in Canada.* [En ligne]. [Document consulté le 3 août 2017]. http://healthcarefunding.ca/home-care/ [Anglais].

maison de santé peut coûter entre 900 $ et 5 000 $ ou plus par mois selon le type de chambre et le niveau de financement public.

Le tableau 3.1 présente le coût mensuel (non subventionné) d'un séjour à temps plein dans une maison de santé pour toutes les provinces canadiennes.

TABLEAU 3.1

Coût mensuel de l'hébergement en maison de santé (non subventionné) par province[24]

PROVINCE	CHAMBRE PARTICULIERE	APPARTEMENT D'UNE CHAMBRE
	TARIFS MENSUELS ($)	
Alberta	953 - 4 285	2 658 - 4 440
Colombie-Britannique	995 - 3 500	1 595 - 5 400
Île-du-Prince-Édouard	1 825 - 2 880	1 950 - 3 750
Manitoba	1 359 - 2 475	1 690 - 3 300
Nouveau-Brunswick	800 - 2 533	1 943 - 3 500
Nouvelle-Écosse	1 705 - 3 100	1 900 - 3 490
Ontario	1 236 - 6 000	1 849 - 8 000
Québec	850 - 6 700	750 - 2 500
Saskatchewan	1 380 - 3 700	1 200 - 4 300
Terre-Neuve et Labrador	1 500 - 1 800	1 064 - 4 200

Les chiffres ci-dessus ne sont donnés qu'à titre indicatif et ne représentent souvent que le coût moyen d'un séjour en maison de santé ou de repos. Les régimes provinciaux de soins de santé couvrent une partie, mais pas la totalité de ces coûts, ce qui laisse souvent une somme importante à payer par le patient. Comme bon nombre des indemnités provinciales sont fondées sur le revenu de la personne, les personnes plus riches doivent parfois assumer une bonne partie des coûts. Ces frais et indemnités sont révisés périodiquement pour tenir compte de l'inflation.

Le coût des soins offerts par les maisons de santé privées épuiserait les ressources de la plupart des patients, et celles de leur famille le cas échéant, en quelques années. C'est tout à fait ce type

24. Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP). *Guide sur l'assurance soins de longue durée.* [En ligne]. [Document consulté le 11 août 2017]. https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/resources/Consumer+Brochures/$file/Brochure_Guide_Long_Term_Care_FR.pdf

de fardeau financier que l'assurance de soins de longue durée vise à couvrir. Les personnes souffrantes peuvent alors chercher le niveau de soins adéquat et non pas seulement abordable.

3.3 Assurance de soins de longue durée individuelle

L'assurance de soins de longue durée est acquise la plupart du temps à titre de police indépendante, mais bien souvent, elle est proposée comme avenant facultatif d'une assurance vie et d'une assurance contre les maladies graves. L'avenant de soins de longue durée est ajouté, le cas échéant, au moment de la proposition du contrat de base et est soumis à une sélection médicale et financière séparée. La personne à assurer peut être admissible à la couverture d'assurance vie ou d'assurance contre les maladies graves, mais pas à l'avenant. Celui-ci est, la plupart du temps, assorti de sa propre prime, en plus de celle de la police sous-jacente.

Les contrats de soins de longue durée ne sont pas des contrats d'« assurance invalidité » au sens classique ; ils ne fournissent pas de remplacement de revenu si l'assuré n'a plus d'emploi rémunérateur pour cause de maladie ou de blessure. Les régimes de soins de longue durée sont plutôt structurés de façon à fournir une prestation quotidienne maximale. Celle-ci couvre le coût des soins de santé professionnels pour les assurés en perte d'autonomie à cause de maladie, de blessure ou de vieillissement.

Les prestations de soins de longue durée sont versées directement au fournisseur de soins, comme la maison de santé ou de repos (modèle d'indemnisation) ou, plus souvent, dans le cas des soins à domicile, compensent le paiement de dépenses déjà avancé par le patient (modèle de remboursement).

3.3.1 Objet/Qui en a besoin

La plupart des assureurs n'offrent pas de polices de soins de longue durée aux personnes de 65 ans ou plus, à cause du risque élevé de réclamations à compter de cet âge. En revanche, le risque de réclamations est très faible chez les jeunes. C'est pourquoi les clients de l'assurance de soins de longue durée sont la plupart du temps âgés de 45 à 55 ans.

Bien qu'il existe un financement gouvernemental pour payer des soins de longue durée et des établissements pour les fournir, le système de santé est surchargé. La situation ne fera que s'aggraver à mesure que les progrès de la médecine moderne et de la technologie continueront à prolonger la durée de vie de la personne d'âge moyen, et celle des personnes âgées en particulier. En 2011, près de 5 millions de Canadiens étaient âgés de 65 ans et plus et 7 % d'entre eux vivaient dans des maisons de santé, d'après les données du Recensement. Cette proportion monte à 30 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus[25].

25. BC Medical Journal. *Statistics Canada: Almost 5% of seniors in long-term care*. [En ligne]. Document révisé en novembre 2012. [Document consulté le 3 août 2017]. http://www.bcmj.org/pulsimeter/statistics-canada-almost-5-seniors-long-term-care [Anglais].

Une couverture d'assurance est nécessaire – de façon indépendante ou à titre d'avenant à une police d'assurance vie ou autre type de police – pour fournir des fonds et des prestations couvrant les soins à domicile et les soins en institution pendant les années ou les décennies à venir.

3.3.2 Avantages

L'avantage le plus évident d'une assurance de soins de longue durée est qu'elle réduit au minimum, voire élimine le fardeau du coût des soins à long terme nécessaires. Cela soulage l'assuré, et souvent la famille de l'assuré. Sinon, le coût des soins finirait par épuiser leur valeur successorale ou leurs ressources financières.

L'allègement de ce fardeau financier a aussi pour conséquence de permettre à la personne de chercher le niveau de soins adéquat plutôt que celui qui est abordable. Cela assure à la plupart des assurés une meilleure qualité et quantité de services que ce qu'ils obtiendraient autrement.

Enfin, le fait pour la personne de savoir qu'elle aura les services nécessaires lui donne un sentiment de dignité et d'autonomie, l'assurance qu'elle ne dépendra pas du bon vouloir du gouvernement le moment venu, dans son vieil âge.

3.3.3 Couverture offerte

Les contrats d'assurance de soins de longue durée offrent une protection pour les coûts de services à domicile, de l'aide à la vie autonome ou des services en institution aux personnes après une maladie ou une blessure, ou à celles atteintes de maladies chroniques (par exemple, la maladie de Parkinson) exigeant des soins permanents. La police couvre un bon nombre des dépenses non payées par les régimes provinciaux de santé ou, dans certaines limites, les coûts des services couverts, mais qui dépassent les prestations provinciales. Bon nombre de polices de soins de longue durée proposent aussi des fonds pour les soins de répit, comme solution de rechange, ou en plus des prestations fournies pour les soins professionnels à domicile ou dans une maison de soins de longue durée.

La couverture est assujettie à une période d'attente, en général de 0 à 90 jours. Celle-ci est choisie en fonction du nombre de jours de soins que l'assuré estime pouvoir autofinancer. Comme pour les autres types d'assurance, plus la période d'attente est courte, plus la prime est élevée.

La couverture fait l'objet d'une sélection médicale basée sur un certain nombre de facteurs, notamment :

- âge de la personne à assurer ;
- sexe ;
- fumeur ou non ;
- état de santé actuel ;

- antécédents médicaux ;
- capacité cognitive ;
- capacité actuelle d'exécuter les six activités de la vie quotidienne (voir ci-après).

Le montant de couverture est calculé d'après un taux maximal quotidien, multiplié par un certain nombre de jours (jours de soins) de couverture, jusqu'à concurrence d'un maximum global précisé dans le contrat (200 000 $, par exemple). Le maximum quotidien ne peut pas être dépassé, mais le nombre de jours pendant lesquels les prestations sont payables est variable.

EXEMPLE

Grégoire a souscrit une police d'assurance de soins de longue durée avec un avenant lui permettant jusqu'à 1 an (365 jours) de couverture de soins à domicile, pour un maximum de 200 $ par jour. Sa prestation maximale globale pour les soins à domicile est de 73 000 $ (200 $ × 365 jours). Si une partie des jours de soins exige moins de 200 $ de prestations, la durée des prestations payables peut être étendue au-delà des 365 jours jusqu'au versement total des 73 000 $ de prestations.

Le versement des prestations est assujetti aux exclusions standard. Aucune prestation n'est versée pour les maladies découlant des causes suivantes :

- acte de guerre, déclarée ou non ;
- acte de terrorisme ;
- tentative de suicide ;
- blessures auto-infligées ;
- grossesse normale ;
- activités criminelles ;
- abus de médicaments vendus sans ordonnance ;
- sida/VIH.

3.3.3.1 Activités de la vie quotidienne

Pour la plupart des assureurs, la manière la plus courante de déterminer si l'assuré a droit à une aide de soins de longue durée consiste à évaluer si celui-ci est incapable d'exécuter de façon autonome deux activités de la vie quotidienne ou plus, à savoir :

▪ s'habiller	La capacité de s'habiller ou de se déshabiller (retirer et mettre ses vêtements) sans l'aide d'un tiers.
▪ se laver	La capacité de se laver dans une baignoire ou dans une douche sans l'aide d'un tiers.
▪ aller aux toilettes	La capacité d'aller aux toilettes, de s'y installer, d'en sortir, et d'en revenir tout seul.
▪ se déplacer	La capacité de passer du lit au fauteuil, à un fauteuil roulant ou à tout autre endroit sans dispositif de soutien (c'est-à-dire canne ou béquilles) ou sans l'aide d'un tiers.
▪ s'alimenter	La capacité de s'alimenter sans aide (et pas simplement la capacité de préparer la nourriture, mais aussi de la manger sans aide).
▪ contrôler sa continence	La capacité de contrôler sa vessie.

En plus de mesurer la capacité de l'assuré à exécuter les activités de la vie quotidienne, un test global de l'admissibilité aux prestations de soins de longue durée consiste à établir si l'assuré souffre de trouble cognitif. Autrement dit, peut-il comprendre l'écrit ou la parole, ou communiquer par écrit ou verbalement ou par signaux non verbaux ? La personne atteinte d'un trouble cognitif grave est considérée comme étant suffisamment « invalide » pour avoir droit aux prestations de soins de longue durée. Les causes des troubles cognitifs sont, entre autres : l'accident vasculaire cérébral, la crise cardiaque et les maladies chroniques, entre autres, la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson.

L'attestation du trouble cognitif ou de l'admissibilité selon les activités de la vie quotidienne est fournie par le médecin traitant du patient ou par un médecin associé à un établissement de soins. Cette attestation peut, bien entendu, faire l'objet d'une vérification par un médecin choisi par la compagnie d'assurance.

3.3.4 Avenants disponibles pour l'assurance de soins de longue durée

Malgré quelques exceptions sur le marché, voici les deux types d'avenants les plus courants offerts dans les contrats de soins de longue durée :

- indexation de la prestation ;
- remboursement de primes.

3.3.4.1 Indexation de la prestation

Les services de soins de longue durée sont, par leur nature même, fournis longtemps, souvent de façon permanente. Les prestations versées par l'assurance de soins de longue durée sont limitées à un tarif quotidien maximal. Avec le temps, l'inflation peut facilement faire augmenter le

tarif quotidien des soins de longue durée, à domicile ou en maison de santé ou de repos, au-delà du maximum permis par une police de soins de longue durée.

C'est pourquoi la plupart des polices offrent un avenant de protection contre l'inflation, avec une surprime. Celle-ci augmente de manière automatique le maximum des prestations, en général de 2 à 3 % par an environ, pour les ajuster à la hausse des coûts. Une analyse plus détaillée de l'indexation de la prestation est présentée au chapitre 2 du présent manuel.

3.3.4.2 Remboursement de primes

Bon nombre de polices de soins de longue durée offrent un remboursement de primes au décès de l'assuré si la police n'a pas fait l'objet de réclamations. Le montant remboursé varie d'un contrat à l'autre, mais il est la plupart du temps fonction du nombre d'années pendant lesquelles la police a été en vigueur et sans réclamation : il peut aller jusqu'à 50 % des primes payées pendant 10 ans, ou 100 % pendant 20 ans. Le coût de l'avenant peut ajouter de 25 à 50 % aux frais du contrat de base.

EXEMPLE

Antonia a versé 1 800 $ par an pour sa police d'assurance de soins de longue durée, y compris 400 $ de majoration de prime pour un avenant de remboursement de primes. Celui-ci prévoit un remboursement de 25 % du total des primes versées sur une période de 8 ans sans réclamation. Antonia est décédée cette année après avoir effectué tous ses paiements pour la police et sans aucune réclamation pendant 10 ans. À son décès, ses héritiers ont reçu 4 500 $ (25 % × 1 800 $ × 10) de remboursement de primes de la compagnie d'assurance.

Les prestations reçues dans le cadre d'un avenant de remboursement de primes, ainsi que toutes les prestations versées dans le cadre d'une police de soins de longue durée, sont non imposables pour l'assuré. Peu importe que ces prestations soient payées directement au fournisseur de soins ou à l'établissement de soins qui s'occupe de l'assuré ou bien à l'assuré par un remboursement des services déjà payés personnellement.

3.3.5 Prestations de la police

Les prestations de soins de longue durée sont payables soit sous forme de remboursement (par le remboursement à l'assuré de dépenses déjà engagées), soit par une indemnité (versée directement au fournisseur de soins), sous réserve des limites quotidiennes et globales précisées au contrat.

Alors que les prestations de soins en maison de santé ou de repos sont en général versées directement à l'établissement en question, les prestations de soins à domicile le sont sous forme de remboursement. L'assuré est tout d'abord tenu de payer lui-même les services fournis, puis de remettre les reçus à la compagnie d'assurance afin d'obtenir le remboursement des fonds dépensés pour les services admissibles.

EXEMPLE

Âgé de 71 ans, Pierre a subi un accident vasculaire cérébral il y a 18 mois, ce qui a réduit sa mobilité. Par conséquent, il était confiné chez lui la plupart du temps et devait avoir des infirmières, un physiothérapeute et une employée de maison pour s'occuper de lui régulièrement. Pierre a payé ces services et a ensuite demandé un remboursement selon la clause de soins à domicile prévue dans sa police d'assurance de soins de longue durée. Il y a trois mois, Pierre a subi un deuxième accident vasculaire cérébral. Il est maintenant hébergé dans une maison de soins ou de repos à temps plein. Les coûts non couverts par le programme de santé provincial sont à présent payés directement à l'établissement de soins selon le versement d'indemnités prévu dans la police de Pierre.

Le remboursement est déterminé comme étant un maximum par jour, ou par service ou équipement; l'assuré n'est remboursé que pour ses dépenses réelles en soins. Le maximum n'est pas versé directement; il faut tenir compte des dépenses effectivement engagées. Le maximum quotidien pour les soins à domicile est acquis en versements échelonnés allant de 10 $ à 350 $ par jour, et la prestation maximale globale est calculée comme étant le nombre de jours de couverture au tarif quotidien maximal.

L'admissibilité aux prestations est soumise à une preuve du besoin, attestée par un médecin traitant; celui-ci s'appuie sur la capacité d'exécuter les activités de la vie quotidienne. Les prestations commencent à la date de l'attestation et dès que les services admissibles sont fournis.

3.3.5.1 Traitement fiscal des soins de longue durée

Toutes les prestations versées dans le cadre d'une police de soins de longue durée sont non imposables pour l'assuré, qu'elles soient payées directement au fournisseur de soins ou à l'établissement de soins fournissant les soins, ou bien à l'assuré par un remboursement des services déjà payés personnellement.

3.3.6 Primes

Les primes de l'assurance de soins de longue durée sont en général payables pendant la durée du contrat, sous réserve d'une stipulation d'exonération de prime pendant que le titulaire de police reçoit les prestations dans le cadre d'une réclamation. Toutefois, certains assureurs offrent une option de durée fixe pour les primes, 20 ans par exemple. Le cas échéant, cela permet à l'assuré de libérer sa police avant sa retraite.

Les polices de soins de longue durée sont à renouvellement garanti. Cela signifie que la police doit être renouvelée tous les ans pendant sa durée. La plupart des polices contiennent toutefois une stipulation ; selon celle-ci, les primes peuvent être augmentées à la discrétion de la compagnie d'assurance, à condition que l'augmentation soit appliquée à une catégorie donnée de polices, et non pas à la police d'un seul titulaire de police.

Chaque prime payable fait l'objet d'un délai de grâce : la police demeure en vigueur pendant 30 jours civils après la date d'échéance d'une prime mensuelle ou annuelle, si la prime n'a pas été payée à temps. La police tombe en déchéance (est résiliée) si la prime exigible n'est pas versée pendant le délai de grâce.

Le montant de la prime payable dépend d'un certain nombre de facteurs :

- montant de couverture fourni (maximums quotidiens et globaux) ;
- nombre de jours pendant lesquels les prestations sont payables ;
- type de couverture fourni ;
- période d'attente du contrat ;
- caractéristiques de souscription de l'assuré ;
- exigences pour l'admissibilité aux prestations.

3.3.6.1 Traitement fiscal des primes de soins de longue durée

Les primes versées dans le cadre de l'assurance de soins de longue durée ne sont pas des dépenses déductibles du calcul de l'impôt sur le revenu. Cependant, elles sont admissibles à titre de dépenses déductibles du crédit d'impôt fédéral pour frais médicaux.

3.4 Coordination de l'assurance de soins de longue durée avec d'autres types d'assurance contre la maladie ou les accidents

L'assurance des soins de longue durée comporte, à la fois, des différences et des similitudes avec le type de couverture fourni par les contrats de remplacement de revenu en cas d'invalidité ou l'assurance contre les maladies graves. Bon nombre de ces facteurs sont présentés dans le tableau 3.2.

TABLEAU 3.2

Caractéristiques de l'assurance invalidité, de l'assurance contre les maladies graves et de l'assurance de soins de longue durée

CARACTÉRISTIQUES	ASSURANCE INVALIDITÉ	ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES	ASSURANCE DE SOINS DE LONGUE DURÉE
Événement déclencheur des prestations	Incapacité de travailler à cause de blessure ou de maladie	Accident vasculaire cérébral, crise cardiaque, etc. répondant à la définition des maladies couvertes	Incapacité de s'occuper de soi-même de façon autonome, selon les définitions des six activités de la vie quotidienne
Calcul des prestations	Pourcentage de la perte de revenu causée par l'invalidité	Montant fixe déterminé à l'avance par contrat	Dépenses admissibles engagées par l'assuré, sous réserve des maximums prévus au contrat
Facteurs de calcul des primes	Âge, sexe, antécédents médicaux, couverture, délai de carence, période de prestations	Âge, antécédents médicaux, nombre de maladies couvertes, montant de prestations requis	Âge, sexe, antécédents médicaux, état de santé actuel, délai de carence et période de prestations
Paiement des prestations	Prestations mensuelles	Somme forfaitaire (ou nombre fixe de paiements périodiques)	Selon les dépenses admissibles engagées

3.4.1 Assurance de soins de longue durée et assurance invalidité

Il n'y a pas vraiment de risque de chevauchement ou de double emploi entre les prestations, selon les deux types de couverture, parce que l'assurance invalidité remplace la perte de revenu et ne fournit pas de liquidités de façon précise pour couvrir les dépenses de l'assuré invalide ; de son côté, l'assurance des soins de longue durée vise les dépenses médicales et connexes, mais n'offre rien pour remplacer le revenu de la personne souffrante. Toutefois, certains assureurs permettent la transformation d'une police d'assurance invalidité en assurance de soins de longue durée, jusqu'à un certain âge prescrit de l'assuré.

3.4.2 Assurance de soins de longue durée et assurance contre les maladies graves

Il peut y avoir ou non un risque de chevauchement ou de double emploi entre les prestations, selon les deux types de couverture, ce chevauchement potentiel étant difficile à éviter. L'assurance contre les maladies graves offre des liquidités à l'assuré pour qu'il s'adapte aux coûts et aux changements dans sa vie, par exemple à la suite d'un accident vasculaire cérébral ou

d'une crise cardiaque. Les conséquences de l'évènement peuvent ne pas entraîner chez l'assuré le besoin du type de service ou de soutien fourni par une police de soins de longue durée : toutefois, l'assurance contre les maladies graves lui procurerait des liquidités. Par ailleurs, l'évènement déclencheur des prestations de l'assurance contre les maladies graves (un accident vasculaire cérébral, par exemple) peut provoquer d'autres troubles d'où découlerait aussi une incapacité rendant admissible aux prestations d'une police de soins de longue durée. On ne peut anticiper les conséquences d'une maladie grave. Comme le produit d'assurance contre les maladies graves n'est pas précisément lié à toute utilisation, il ne semble pas y avoir de manière pratique de prévoir des compensations entre les deux types de couverture.

3.5 Limites de l'assurance contre les maladies graves et de l'assurance de soins de longue durée

L'existence d'une assurance n'est pas une garantie de satisfaction de tous les besoins médicaux et de soins d'une personne souffrante. Même avec la couverture la plus complète, il peut quand même y avoir des écarts entre les besoins de l'assuré, les maladies couvertes et les prestations disponibles. Il faut apporter une attention particulière à certains problèmes précis, tels que l'importance de la formulation du contrat, l'importance des définitions et la différence entre les avis médicaux des médecins-conseils de la compagnie d'assurance et ceux du titulaire de police.

L'importance de la formulation du contrat

Comme pour toutes les formes d'assurance, la formulation du contrat est cruciale. Par exemple, la date du début des prestations y est fixée, et seules seront payables les prestations répondant à ce critère. Il ne faut jamais présumer que le client sera couvert ; la formulation du contrat doit être examinée avec soin et appliquée à la situation du client.

L'importance des définitions

Les définitions des maladies et affections couvertes ont une importance critique pour établir si la personne a droit ou non aux prestations. L'assuré peut estimer que sa maladie lui donne droit à des prestations, et ses médecins-conseils et l'établissement de soins peuvent être d'accord avec lui. Toutefois, les prestations peuvent ne pas être payables tant que son état ne correspond pas à la définition précisée dans le contrat. Par exemple, certains contrats énoncent le degré de handicap cognitif permettant à l'assuré de demander des prestations. Tout niveau d'invalidité ne correspondant pas aux conditions de cette définition ne justifie pas le versement de prestations. Qui plus est, selon des statistiques de Munich RE[26], le motif le plus courant, et de loin, pour

26. Munich RE. *Misconceptions demystified – Life and critical illness insurance*. [En ligne]. Document révisé en 2014. [Document consulté le 3 août 2017]. https://investissement.ssq.ca/astranet/en/accueil/general/docElectronique/SSQ_Roadshow_-_Kris_Boundy_2014_-_Published-1.pdf [Anglais].

refuser les demandes dans le cadre des polices est que l'état de l'assuré ne correspond pas à la définition de la maladie ou de l'affection précisée au contrat (plus de 40 % des refus).

Il convient de signaler que les définitions ont évolué avec le temps et que divers contrats émis par le même assureur à des moments distincts ont parfois des définitions différentes d'une maladie donnée, selon la date d'émission du contrat. Avec les progrès de la technologie médicale, il est devenu beaucoup plus facile qu'auparavant de diagnostiquer la gravité et le dommage d'une maladie. Là encore, certaines réclamations seraient honorées en fonction des anciennes définitions, mais ne donneraient plus droit à un paiement selon les nouvelles définitions et avec la nouvelle technologie.

Différence entre les avis médicaux des médecins-conseils de la compagnie d'assurance et ceux du titulaire de police

À moins de s'en remettre aux tribunaux, l'assuré est à la merci des médecins-conseils de la compagnie d'assurance quand il s'agit de déterminer s'il a droit aux prestations. Même dans les cas où l'assuré a reçu des avis écrits d'un ou de plusieurs praticiens qualifiés disant que sa maladie justifie des prestations, les experts de la compagnie d'assurance peuvent ne pas être de cet avis.

CHAPITRE 4

ASSURANCE OFFRANT UNE PROTECTION DE L'ÉPARGNE

Élément de la compétence

- Analyser les produits offerts répondant aux besoins du client.

Sous-éléments de la compétence

- Analyser les types de contrats répondant aux besoins du client ;
- Analyser les avenants répondant aux besoins du client.

4
ASSURANCE OFFRANT UNE PROTECTION DE L'ÉPARGNE

Dans la pratique, tout le monde cherche à gagner sa vie : avoir assez de revenus pour prendre soin de sa famille et en garder un peu pour ses loisirs. Pour cela, il est important d'épargner, tant pour constituer un fonds en cas d'urgence à court terme (maladie, perte d'emploi ou dépenses imprévues) que pour avoir un fonds de retraite à long terme. Malheureusement, des dépenses supplémentaires, parfois imprévues, épuisent les économies. Certaines sont difficiles à éviter, comme les réparations automobiles et l'entretien résidentiel, et on ne peut avoir une couverture complète à cet égard. Bon nombre de dépenses de santé (médicaments sur ordonnance, soins dentaires, soins d'urgence, etc.), prévisibles ou non, affectent lourdement les liquidités et l'épargne. La personne se trouve alors privée d'un fonds d'urgence adéquat et dans l'incapacité d'épargner de manière suffisante pour la retraite. Par chance, il existe bon nombre de possibilités d'acquérir une assurance maladie complémentaire pour financer ces dépenses (en partie ou de façon intégrale) et éviter le stress causé par les problèmes financiers.

4.1 Types d'assurance maladie complémentaire offrant une protection de l'épargne

Dans le présent chapitre, les sources les plus courantes de couverture d'assurance maladie complémentaire sont analysées et comparées, à savoir :

- l'assurance maladie complémentaire individuelle, y compris l'assurance voyage ;
- l'assurance maladie complémentaire collective.

Les banques et les autres institutions financières (coopératives de crédit, sociétés de fiducie, caisses populaires) offrent aussi une certaine forme de couverture d'assurance maladie complémentaire à leurs clients de crédit. Toutefois, cette couverture est la plupart du temps très limitée et trop restreinte pour être traitée ici.

4.1.1 Assurance maladie complémentaire individuelle

La police d'assurance maladie complémentaire individuelle est souscrite directement auprès d'un représentant de la compagnie d'assurance émettrice. Le régime est détenu et payé par le titulaire de police ; il en paie la prime et en est souvent le prestataire. Les conditions du régime sont adaptables aux besoins du titulaire, qui peut résilier le contrat en tout temps. Les personnes ne participant pas à un régime collectif peuvent recourir à des régimes individuels comme

complément de protection aux régimes de soins de santé provinciaux ; ces régimes individuels servent aussi à améliorer la couverture du régime collectif si les personnes en possèdent un.

4.1.2 Assurance maladie complémentaire collective

De loin, la majorité des personnes couvertes par l'assurance maladie complémentaire, hormis les soins de santé provinciaux, participent déjà à un régime collectif, fourni le plus souvent par leur employeur. Les régimes collectifs offrent un ensemble de prestations avec certaines options, comme la couverture familiale. Les régimes collectifs couvrent plusieurs personnes ayant un point commun, comme l'emploi ou une activité. Ils sont proposés par les employeurs à leurs employés et par les associations à leurs membres qui n'ont pas le même employeur, mais qui partagent une même caractéristique.

4.2 Types d'assurance maladie complémentaire individuelle

Les protections d'assurance maladie complémentaire individuelle sont en général semblables à celles des régimes collectifs :

- soins médicaux ;
- soins dentaires ;
- assurance voyage.

Toutes ces couvertures sont combinées en un seul contrat (comme pour le régime collectif), ou bien il est possible de souscrire des polices n'offrant qu'une ou plusieurs protections, selon les besoins du client individuel. L'un des avantages du contrat individuel (par rapport au contrat collectif, qui est une « offre globale » de prestations et de limites prédéterminées) est que l'assuré sélectionne les types et les niveaux de couverture à inclure dans son contrat. Tout comme pour le choix d'une franchise dans une police d'assurance automobile, le futur assuré dispose d'une gamme de niveaux de franchise et de coassurance ainsi que de plafonds annuels adaptables à ses besoins et à son budget.

Les polices d'assurance maladie complémentaire individuelle font l'objet d'une sélection médicale complète avant leur émission, sauf pour l'assurance voyage où la sélection se fait presque toujours au moment de la réclamation.

4.2.1 Soins médicaux

Bon nombre de résidants du Canada sont couverts par des régimes d'assurance maladie provinciaux. Pour les nouveaux arrivants pas encore couverts, en raison du délai de carence, l'assurance maladie individuelle offre une protection pour les soins médicaux courants ou d'urgence, dans un hôpital ou chez le médecin. Pour les autres résidants, une police d'assurance maladie individuelle comble la différence entre leurs besoins et la couverture des régimes

provinciaux (par exemple, les services de chiropratique). Même des participants à des régimes collectifs pourraient vouloir un supplément de protection ou un autre type de bonification de leur couverture provinciale ou collective, grâce à une police sur mesure et individuelle.

4.2.1.1 Couverture offerte

Les types de couverture offerts par les régimes de soins médicaux assurent la plupart des services médicaux et connexes nécessaires aux assurés :

- soins médicaux complémentaires (services hospitaliers ou médicaux à domicile non couverts par les régimes provinciaux) ;
- médicaments sur ordonnance ;
- décès et mutilation accidentels ;
- soins dentaires ;
- soins de la vue ;
- services médicaux d'urgence en voyage.

Comme il a été mentionné précédemment, le proposant pour l'assurance maladie complémentaire individuelle peut choisir le type et le niveau de couverture à inclure dans le contrat. Il dispose d'une gamme de niveaux de couverture, de franchise et de coassurance ainsi que de plafonds annuels adaptables à ses besoins et à son budget. La police peut être aussi limitée ou aussi large qu'il le souhaite pourvu qu'elle respecte les restrictions contractuelles.

4.2.1.2 Franchises et coassurance

Le risque de réclamations pris par la compagnie d'assurance est, en partie, géré par l'imposition de franchises et d'un facteur de coassurance : des stipulations imposant à l'assuré de payer au moins une partie des frais médicaux admissibles. Bien que les facteurs de coassurance soient communs aux polices individuelles et collectives, les franchises sont beaucoup plus rares dans les contrats individuels.

La franchise correspond à la partie des dépenses admissibles payables intégralement par l'assuré avant que le régime ne prenne le reste en charge. Les franchises sont appliquées et recommencent à zéro chaque année.

EXEMPLE

Le régime de José a une franchise annuelle de 100 $ pour ses prestations de soins dentaires ; chaque année, il doit payer lui-même la première tranche de 100 $ sans aucun remboursement par le régime.

Le facteur de coassurance indique le pourcentage d'une dépense admissible couvert par le régime et, par défaut, le pourcentage que l'assuré devra payer. Le facteur de coassurance restreint en quelque sorte la couverture de l'assuré, qui est aussi soumise à des limites de couverture.

EXEMPLE

Consuela a souscrit une police d'assurance maladie complémentaire individuelle dotée d'un facteur de coassurance de 80 % pour les prestations de soins dentaires. Le régime paie 80 % de chaque réclamation, et Consuela assume la responsabilité des 20 % restants.

Les franchises et les facteurs de coassurance aident en premier lieu à réduire les primes en faisant supporter par l'assuré une partie des dépenses admissibles de la compagnie d'assurance. Ensuite, le fait que celui-ci assume au moins une partie du coût des produits ou services couverts tend à le décourager d'utiliser de manière inconsciente les produits et services et, par conséquent, de faire des réclamations inutiles.

4.2.2 Soins dentaires

La plupart des régimes de soins de santé provinciaux ne proposant pas de couverture pour les soins et appareils dentaires, les soins dentaires sont souvent un élément clé de tout régime d'assurance maladie complémentaire.

4.2.2.1 Couverture offerte

Les prestations offertes par un régime de soins dentaires individuel sont de deux ordres : les soins dentaires de base et les services de restauration majeure.

Les soins dentaires de base comprennent notamment les soins suivants :

- vérifications périodiques ;
- radiographies périodiques ;
- nettoyage ;
- obturations ;
- extractions.

Les soins dentaires de base sont couverts jusqu'à un certain plafond annuel, par exemple 1 000 $, et sont soumis au facteur de coassurance de base de la police. L'assuré assume presque toujours de 20 à 25 % du coût de la réclamation.

Les services de restauration majeure visent des éléments comme les couronnes et les incrustations. La plupart du temps, ils sont soumis à un facteur de coassurance bien plus élevé, en général de 50 %.

Le montant couvert par l'assurance est fondé sur un barème d'honoraires fixés par les associations dentaires provinciales et révisé de façon périodique. Les honoraires dépassant le barème ne sont pas couverts.

EXEMPLE

Le dentiste d'Igor demande 300 $ pour une simple extraction de dent. Le barème dentaire de la province plafonne le prix de l'extraction standard à 225 $. Igor devra payer la différence de 75 $, parce que la couverture de soins dentaires est limitée au montant du barème. Le facteur de coassurance de la police augmentera encore la somme à payer.

Pour les travaux importants, souvent de 500 $ ou plus, la plupart des assureurs demandent à l'assuré de faire établir un devis par son dentiste pour prédéterminer la couverture et connaître le montant à rembourser.

4.2.2.2 Franchises et coassurance

Les franchises et les facteurs de coassurance pour la couverture de soins dentaires sont semblables à ceux décrits précédemment et servent, en général, à gérer les primes pour la couverture d'assurance complémentaire individuelle. Toutefois, la couverture de soins dentaires est celle comportant le plus de franchises et de coassurance. Dans le domaine des services médicaux, au moins une partie du coût (ou, très souvent, la totalité), comme les visites chez le médecin et les séjours à l'hôpital en salle commune, est couverte par les régimes de soins de santé provinciaux; l'assureur limite ainsi son risque au séjour hospitalier en chambre semi-individuelle ou aux appareils médicaux (fauteuils roulants et béquilles), par exemple. La plupart des régimes provinciaux ne couvrent pas les soins dentaires, ou de façon minimale, et en laissent donc la charge complète à l'assuré et à sa compagnie d'assurance.

4.2.3 Assurance voyage

L'assurance voyage est le terme général qui englobe toute une gamme de couvertures pour les voyageurs hors de leur province de résidence. Les régimes assument en tout ou en partie les coûts suivants :

- frais médicaux d'urgence ;
- coûts afférents aux bagages perdus ou endommagés ;
- annulation de voyage ;
- rapatriement du voyageur malade ou blessé, etc.

Les prestations de santé des régimes provinciaux diffèrent d'une province à l'autre, donc une dépense couverte dans une province ne l'est pas forcément dans une autre. En conséquence, l'assuré peut devoir couvrir ses propres dépenses et en demander ensuite le remboursement, au-delà de la garantie provinciale, auprès de l'assureur.

Les frais d'hospitalisation à l'étranger étant, en règle générale, beaucoup plus élevés qu'au Canada, il est essentiel d'avoir une assurance voyage pour compenser le risque de frais médicaux catastrophiques en voyage à l'étranger.

Autrefois, l'assurance voyage était surtout souscrite auprès d'assureurs ou d'agents de voyage. Au cours des dernières décennies, elle s'est développée au point de provenir de très nombreuses sources, dont des institutions financières, des compagnies aériennes ou des fournisseurs en ligne. Dans certains territoires, un permis annuel n'est pas nécessaire pour vendre ce type de produit.

Chez tous les types d'émetteurs, la sélection médicale de la couverture est le plus souvent effectuée de façon rétroactive, au moment de la réclamation et non à celui de l'établissement de la police.

Malgré une plus grande accessibilité à l'assurance voyage, tous les voyageurs ne sont pas couverts automatiquement de façon adéquate. Le représentant en assurance doit tenir compte des besoins d'assurance de ses clients et évaluer si la couverture, qu'ils ont peut-être déjà souscrite auprès d'un autre fournisseur, est appropriée ou non.

4.2.3.1 Couverture offerte par l'assureur

La plus large couverture d'assurance voyage est obtenue en achetant un contrat sur mesure directement à un assureur ou à son représentant. Les couvertures proposées sont, entre autres :

- honoraires de médecin et de personnel infirmier ;
- coûts d'hospitalisation ;
- équipement médical ;
- services ambulanciers ;
- coûts de soins dentaires pour blessure accidentelle ;
- rapatriement du voyageur blessé dans sa province de résidence ;
- rapatriement du corps du voyageur défunt dans sa province de résidence ;
- retour du véhicule de l'assuré dans sa province de résidence ;
- perte de bagages ;
- interruption du voyage ou annulation pour cause de maladie.

De plus, il est normal que l'assureur remette une carte à l'assuré portant le nom et le numéro de téléphone d'un fournisseur à appeler en cas d'urgence. La personne-ressource peut aider l'assuré, par exemple, en lui donnant les noms et les adresses de professionnels du domaine de

la santé ou en lui expliquant comment se rendre à l'hôpital le plus proche, ou encore en appelant une ambulance pour lui en cas d'urgence.

4.2.3.2 Couverture offerte par une carte de crédit

Bon nombre de cartes de crédit offrent une protection d'assurance voyage, comme garantie standard fournie de manière automatique à la délivrance de la carte ou à titre d'option. Toutefois, la couverture est souvent plus limitée que celle obtenue auprès de l'assureur et varie parfois beaucoup, selon l'assureur et le type de carte. Globalement, l'assurance voyage de carte de crédit est automatique sans obligation de fournir une preuve de santé. Au moment de la réclamation, le service de souscription de l'assureur émetteur cherche à savoir si la garantie couvre la cause de la réclamation. L'assureur souhaite surtout savoir si celle-ci peut être attribuée à une maladie préexistante (pouvant remonter jusqu'à six mois avant la date de départ en voyage), auquel cas elle peut être refusée. L'assuré doit accepter une part d'incertitude concernant l'exécution de son assurance, à la différence des polices dotées d'une sélection de base permettant, au départ, de régler la question des maladies préexistantes.

4.2.3.3 Conditions préexistantes

Comme la couverture est en général émise avec une sélection médicale limitée, voire aucune au départ, la sélection des risques s'effectue à la réclamation. Dans bien des cas, une raison commune au refus d'une réclamation tient au fait que la dépense a découlé d'une condition préexistante. On parle de condition préexistante si, pendant une période de 90 à 180 jours (selon le contrat) avant son départ en voyage, l'assuré :

- a consulté un médecin pour des symptômes précis demandant un traitement ;
- a subi des tests, ou a reçu la recommandation de tests supplémentaires par un médecin ;
- a reçu un traitement pour la condition ;
- s'est vu prescrire des tests ou traitements médicaux, ou a fait changer une ordonnance avant le voyage nécessitant une couverture.

Dans les cas extrêmes, même le fait de ne pas déclarer prendre chaque jour une aspirine pour bébé, comme prévention de l'accident vasculaire cérébral ou de la crise cardiaque, peut être considéré pour le futur assuré comme la non-divulgation d'une condition préexistante (médicament). Cela entraîne le rejet de la réclamation, même sans lien avec un accident vasculaire cérébral ou une crise cardiaque.

Les conditions diagnostiquées avant la période de 90 ou de 180 jours, mais de nature chronique (comme le diabète) entraînent aussi parfois une restriction de couverture si un médecin ne suit pas la personne et si celle-ci n'est pas sans symptôme pendant une période allant jusqu'à un an avant son départ en voyage. Par exemple, un assuré peut devoir attester ne pas avoir présenté de symptômes du diabète pendant au moins un an pour avoir droit à la pleine couverture.

L'existence d'une condition préexistante n'annule pas toute la garantie, mais une réclamation peut être refusée en cas de traitement précisément lié à la condition préexistante.

EXEMPLE

Antonio, résidant du Québec, a prévu un voyage de 30 jours dans son Italie natale. Avant le départ, il a pris une assurance voyage à sa caisse populaire locale. Depuis 12 ans, Antonio prend des médicaments contre l'épilepsie, mais qui ne contrôlent pas toujours tous ses symptômes. Si Antonio a besoin d'un traitement à cause d'une crise d'épilepsie pendant son séjour en Italie, ses dépenses de traitement ne seront pas couvertes. Par contre, si Antonio se blesse dans un accident automobile à l'aéroport de Rome en raison de la négligence d'un chauffeur de taxi, sa police d'assurance voyage couvrira ses dépenses médicales.

4.2.3.4 Prestations

Les prestations sont souvent réglées par remboursement. L'assuré paye les services reçus, puis soumet sa réclamation à la compagnie d'assurance, le régime d'assurance maladie provincial couvrant une partie de la réclamation.

L'assuré doit communiquer avec le représentant de l'assureur dès son admission à l'hôpital, et avant toute opération chirurgicale. À défaut de le faire rapidement, cela peut entraîner une diminution des prestations ou le rejet d'une réclamation.

Les exclusions contractuelles sont surtout importantes dans les polices d'assurance voyage. La plupart sont présentes dans presque tous les contrats d'assurance. Ne sont pas couverts les cas d'urgence suivants :

- tentative de suicide ;
- blessures auto-infligées ;
- acte de guerre ;
- grossesse normale ;
- abus de drogues et d'alcool.

De plus, beaucoup d'exclusions sont absentes dans d'autres types d'assurance :

- pratique d'activités dangereuses (comme le deltaplane, le paravoile ou la plongée sous-marine) ;
- voyage dans des pays inscrits sur une « liste de surveillance » ;
- traitement médical dans des cas non urgents.

4.2.3.5 Facteurs influençant les primes

Les deux plus grands facteurs influençant les primes d'assurance voyage sont le montant de la couverture et le nombre de jours passés hors de la province de résidence de l'assuré.

Plus le montant de la couverture est élevé et plus la police couvre de risques, plus la prime est élevée. Ainsi, une police comportant une assurance annulation de voyage coûte plus cher que celle qui n'en a pas.

Plus le voyage est long, plus le montant de la prime est élevé. Toutefois, la différence de prix n'est pas nécessairement proportionnelle au nombre de jours de voyage (ainsi, une police de 30 jours ne coûte pas trois fois plus cher qu'une police de 10 jours), parce que des frais d'administration de base s'appliquent à toute police, peu importe la durée du séjour.

La destination a aussi des répercussions importantes sur la prime.

- La personne qui voyage dans une autre province que la sienne, où les couvertures sont similaires (mais pas forcément identiques) et les coûts peu élevés en comparaison avec ceux d'autres territoires (comme les États-Unis), paiera une prime assez peu élevée.
- La personne qui voyage à l'extérieur du Canada, notamment aux États-Unis (où les frais d'hospitalisation sont beaucoup plus élevés qu'au Canada), paiera une prime bien plus élevée.
- Certaines destinations, surtout au Moyen-Orient et en Amérique latine, sont considérées comme étant à haut risque, donc les primes d'assurance voyage sont plus élevées.
- Le risque rattaché à d'autres destinations est parfois si élevé que les assureurs refusent de le couvrir.

Enfin, l'âge et les antécédents médicaux du voyageur ont un effet important sur la prime. Les personnes âgées, surtout au-delà de 65 ans, sont plus susceptibles d'être blessées et malades ; leur prime d'assurance est donc beaucoup plus élevée que celle des jeunes personnes.

EXEMPLE

Âgé de 60 ans, Thierry a demandé une assurance voyage de luxe pour un voyage de 21 jours à l'extérieur du Canada. Il a reçu une soumission d'assurance avec une prime de 698 $. Son associé, Quentin, âgé de 40 ans, a obtenu la même assurance pour un voyage identique de 21 jours, mais avec une prime de 554 $[27].

27. RBC Assurances. *Soumission d'assurance voyage et demande en ligne.* [En ligne]. [Document consulté le 3 août 2017]. https://www.worldprotect.com/cgi-bin/weblinkca/fr/travel-insurance.cgi?agency_code=

4.2.4 Imposition des primes et prestations d'assurance maladie complémentaire individuelle

Les primes versées pour l'assurance maladie complémentaire individuelle ne sont pas déductibles du revenu, mais donnent droit au crédit d'impôt fédéral pour frais médicaux. Les prestations sont non imposables.

4.3 Assurance maladie complémentaire collective

L'assurance maladie complémentaire collective est structurée de façon à couvrir un vaste éventail de services et produits médicaux non couverts, ou du moins incomplètement, par les régimes d'assurance maladie provinciaux. Elle offre une protection aux membres du groupe et à leurs familles, sans sélection médicale. Ses prestations sont en général assujetties à des franchises et à des clauses de coassurance.

4.3.1 Types de couvertures

Presque tous les régimes collectifs couvrent les éléments suivants, à un degré ou à un autre :

- médicaments sur ordonnance ;
- soins médicaux et hospitaliers étendus ;
- soins dentaires ;
- soins de la vue ;
- décès et mutilation accidentels.

4.3.1.1 Médicaments sur ordonnance

Chaque régime d'assurance collective proposant des prestations pour soins de santé comporte un régime de médicaments sur ordonnance. Tous les jours, des centaines de milliers de personnes aux quatre coins du pays se procurent des produits pharmaceutiques (médicaments) pour traiter une gamme presque infinie de maladies et de problèmes médicaux.

Avant tout, ces médicaments sont divisés en deux grandes catégories : les médicaments sur ordonnance et ceux vendus sans ordonnance (ou en vente libre). Il est interdit de se procurer des médicaments sur ordonnance sans une prescription d'un professionnel de la santé, médecin ou dentiste, et il est nécessaire de passer par un pharmacien. Les médicaments vendus sans ordonnance, comme l'aspirine, sont offerts en vente libre dans presque tous les magasins populaires, les pharmacies, les épiceries, etc. ; il suffit de les payer à la caisse. Les régimes d'assurance maladie collective couvrent uniquement les médicaments sur ordonnance.

Ceux-ci sont subdivisés, à leur tour, en deux catégories : les médicaments de marque et les médicaments génériques. Les médicaments de marque sont fabriqués par la société pharmaceutique ayant effectué les recherches et les études de conception s'y rapportant. Un brevet protège l'investissement de l'entreprise (pouvant atteindre des centaines de millions de dollars). À l'expiration du brevet, d'autres fabricants peuvent fabriquer et vendre leur propre version du même médicament, une version générique avec des propriétés similaires. Cependant, les fabricants de médicaments génériques n'étant pas tenus de payer les coûts très élevés associés à la recherche et au développement, leurs produits sont vendus à un prix nettement inférieur à celui des produits de marque correspondants.

Chaque compagnie d'assurance tient une liste des médicaments couverts par le régime collectif, des types de médicaments remboursés (produits de marque ou produits génériques) et du prix que l'assureur versera. Si les participants au régime insistent pour recevoir le médicament de marque plutôt que la version générique, seul le prix de celle-ci leur sera la plupart du temps remboursé, et ils devront payer eux-mêmes la différence entre les deux.

4.3.1.2 Soins médicaux et hospitaliers étendus

L'ensemble des territoires et provinces offrent des soins de santé à leurs résidants, mais leurs régimes ne couvrent pas tous les produits et services. L'assurance soins médicaux et hospitaliers étendus proposée par les régimes collectifs complète la couverture du régime provincial.

L'assurance soins médicaux et hospitaliers étendus couvre les soins médicaux professionnels et semi-professionnels ainsi que les services connexes non couverts par les régimes d'assurance maladie provinciaux. Cette protection peut s'appliquer aux services des professionnels suivants (entre autres) :

- chiropraticiens ;
- massothérapeutes ;
- naturopathes ;
- optométristes.

Dans bien des cas, la protection couvre d'autres frais médicaux, comme le transport en ambulance, et l'équipement comme les béquilles, la location de fauteuil roulant et l'appareil à oxygène, jusqu'à concurrence d'un plafond annuel.

L'assurance hospitalisation est en général structurée de façon à couvrir un surclassement de l'hébergement, lorsque c'est possible, jusqu'à concurrence d'un plafond quotidien et d'un nombre de jours maximal.

EXEMPLE

À titre de résidant de l'Ontario, Jonathan a droit à un lit dans une salle commune, payée en entier par le régime d'assurance maladie provincial, s'il est malade ou blessé et qu'il doit être hospitalisé. Si Jonathan souhaite une chambre semi-individuelle, son régime d'assurance collective paiera la différence. Toutefois, s'il préfère une chambre individuelle, il devra payer la différence de prix entre les deux types de chambres.

Les prestations pour soins médicaux et hospitaliers étendus ne sont habituellement pas assujetties à une franchise annuelle, mais un paiement de coassurance peut être exigé du participant.

4.3.1.3 Soins dentaires

Les soins dentaires représentent l'élément le plus important et le plus coûteux de la plupart des régimes d'assurance collective. En général, les régimes d'assurance maladie provinciaux ne couvrent pas ces soins, sauf les traitements d'urgence en cas d'accident. Il appartient donc au particulier, ou à sa compagnie d'assurance, de payer ses frais dentaires, atteignant parfois des centaines, voire des milliers de dollars chaque année.

Le coût de l'assurance soins dentaires collective est plus élevé parce que :

- les soins dentaires coûtent cher ;
- l'assurance soins dentaires collective couvre souvent aussi la famille du participant ;
- le recours aux services du dentiste est discrétionnaire (il ne se limite pas aux cas d'urgence) et ne nécessite pas une recommandation du médecin ;
- les primes de la couverture (au moins celles de la protection individuelle du participant) sont en général payées par le promoteur du régime (employeur), le cas échéant.

Pour contrôler les coûts, il est essentiel d'imposer une franchise et une coassurance, ainsi que des plafonds annuels et des plafonds à vie concernant certains services.

L'assurance soins dentaires couvre la plupart du temps les nettoyages dentaires annuels ou semi-annuels, les examens périodiques, les radiographies, les obturations, les extractions et les travaux de restauration. Les traitements d'orthodontie sont parfois couverts, mais soumis à des plafonds. En outre, il faut présenter une soumission faisant état des coûts et des travaux proposés par le dentiste ou l'orthodontiste, afin de déterminer à l'avance la partie du coût des traitements couverte par le régime d'assurance collective.

Presque toujours l'assurance collective ne couvre pas les travaux dentaires esthétiques (couronnes, redressement ou blanchiment des dents).

4.3.1.4 Soins de la vue

Les soins de la vue constituent un autre élément standard de la plupart des régimes d'assurance collective. Cette protection permet d'obtenir le remboursement de montants supplémentaires liés à différents frais concernant une déficience visuelle :

- verres correcteurs ;
- lentilles cornéennes ;
- honoraires d'optométriste (lorsque non couverts par les régimes d'assurance maladie provinciaux).

Les lunettes (tant les verres que la monture) et les lentilles cornéennes prescrites par un optométriste sont couvertes. La prestation maximale varie entre 100 $ et 350 $, et est versée tous les 24 mois, quand il s'agit d'une première paire de lunettes ou bien quand une ordonnance de l'optométriste exige un changement des verres. Certains régimes offrent aussi le remboursement des honoraires de l'optométriste tous les 24 mois, jusqu'à concurrence d'un montant maximal.

4.3.1.5 Décès et mutilation accidentels

La plupart des régimes d'assurance maladie complémentaire, collectifs ou individuels, couvrent les décès et mutilation accidentels. Une prestation est versée si le participant décède, perd un membre, la vue ou l'ouïe, ou bien en cas de perte permanente de l'usage d'un membre à la suite d'un accident (et non d'une maladie ou d'une affection, comme le diabète).

En cas de décès accidentel, un montant déterminé (appelé le « capital assuré ») est versé au bénéficiaire désigné du participant. Dans le cas de la perte d'un membre, de la vue, etc., un montant moindre (soit un pourcentage du capital assuré) est versé, selon la gravité de la perte (ainsi, la perte de deux membres donne lieu à une prestation plus élevée que la perte d'un seul membre). Le tableau 4.1 présente un exemple des prestations prévues par une police décès et mutilation accidentels dans le cas de certains types de perte.

TABLEAU 4.1

Exemple de tableau des pertes en cas de décès et mutilation accidentels

PERTE	MONTANT DE LA PRESTATION EN POURCENTAGE DU CAPITAL ASSURÉ
Perte de la vie	100 %
Perte ou perte d'usage des deux bras ou des deux jambes	100 %
Perte ou perte d'usage d'un bras ou d'une jambe	75 %
Perte complète de la vue des deux yeux	100 %
Perte complète de la vue d'un œil	67 %
Perte complète de l'ouïe des deux oreilles	75 %
Perte complète de l'ouïe d'une oreille	33 %

Pour pouvoir établir l'admissibilité aux prestations, le décès ou la perte doit survenir dans l'année (365 jours) suivant l'accident et découler directement de celui-ci.

4.3.2 Prestations

Les prestations versées par l'assurance maladie complémentaire collective ne couvrent pas à coup sûr tous les frais possibles ni ne sont payables tout de suite au participant. Bien entendu, un régime donné peut aussi ne pas payer certains frais. De plus, de nombreuses prestations (pour soins de la vue et soins dentaires par exemple) sont assujetties à des plafonds annuels, de même qu'à une coassurance. Ainsi, un régime peut rembourser 12 visites médicales professionnelles par année, jusqu'à concurrence de 100 $ par visite, ou juste offrir une prestation maximale de 1 200 $ au total, peu importe le nombre de visites.

Le plus souvent, les régimes collectifs d'assurance maladie complémentaire prévoient des prestations sur une base de remboursement ou de facturation directe (voir ci-dessous) ; toutefois, certains régimes les prévoient sur une base de facturation directe (comme pour les médicaments sur ordonnance) et d'autres, strictement sur une base de remboursement (les soins dentaires par exemple).

4.3.2.1 Franchises et coassurance

La plupart des régimes exigent une forme de quote-part du participant, afin de maîtriser les coûts du régime collectif (et, par le fait même, ceux des primes versées par l'employeur). Des franchises annuelles et des facteurs de coassurance assurent cette quote-part.

Une fois la franchise annuelle absorbée par le participant, les dépenses supplémentaires sont admissibles à un paiement ou à un remboursement par le régime.

EXEMPLE 1

Clarisse participe à un régime collectif qui prévoit une franchise annuelle de 100 $ concernant les prestations pour soins dentaires. Clarisse a déposé sa première réclamation pour l'exercice en cours le mois dernier, soit le remboursement d'une facture de 80 $ pour radiographies dentaires. Elle a payé la facture et l'a remise à l'administrateur de son régime d'assurance collective. Clarisse n'a reçu aucun remboursement, mais sa franchise applicable aux prestations pour soins dentaires pour l'année en cours a été abaissée à 20 $ (100 $ – 80 $).

EXEMPLE 2

Thomas participe au même régime collectif que Clarisse. Sa première réclamation de l'année pour soins dentaires s'élevait à 800 $ et concernait une extraction complexe ayant nécessité une anesthésie générale. Thomas a soumis sa demande. La première tranche de 100 $ ne lui a pas été remboursée, en raison de la franchise, mais le reste, soit 700 $ (800 $ – 100 $), a été admissible à un remboursement conformément au régime collectif.

Quand l'assurance maladie complémentaire collective couvre le participant et les membres de sa famille, le régime prévoit parfois deux types de franchise annuelle : une franchise individuelle et une franchise familiale. La franchise familiale est souvent supérieure à la franchise individuelle. Lorsqu'un membre de la famille dépose une réclamation pour un montant supérieur à sa franchise individuelle, aucune autre franchise ne s'applique à cette personne pour le reste de l'année en cours. L'imputation de la franchise individuelle aux réclamations d'un autre membre de la famille donne lieu à une réduction équivalente de la franchise familiale. Une fois le montant total de la franchise familiale épuisé, les franchises individuelles ne s'appliquent plus aux membres de la famille pendant l'année en cours, qu'elles aient été utilisées ou non.

EXEMPLE

Jean et Marsha sont mariés et ont un enfant, Colin. Jean participe à un régime d'assurance maladie complémentaire collective qui couvre toute sa famille. Le régime prévoit une franchise individuelle de 100 $ concernant les réclamations pour soins dentaires et une franchise familiale de 250 $.

En février de l'année en cours, Jean a fait une réclamation pour soins dentaires de 80 $. Il n'a reçu aucun remboursement, mais sa franchise individuelle a été abaissée de 100 $ à 20 $, et la franchise familiale est passée de 250 $ à 170 $.

En mars, Marsha a déposé une réclamation pour soins dentaires de 120 $. Sa franchise individuelle a été ramenée à 0 $, et la franchise familiale restante est passée de 170 $ à 70 $. Sur la réclamation, un montant de 20 $ a été admissible à un remboursement.

En mai, Jean a fait une autre réclamation pour soins dentaires de 100 $. Sa franchise individuelle restante a été abaissée de 20 $ à 0 $, et la franchise familiale restante est passée de 70 $ à 50 $. Sur la réclamation, un montant de 80 $ a été admissible à un remboursement.

En juillet, une réclamation de 70 $ a été déposée pour des frais dentaires de Colin. La franchise familiale étant de 50 $ à cette date, la réclamation de Colin a ouvert droit à un remboursement de 20 $. La franchise familiale a été ramenée à 0 $.

En septembre, une autre réclamation pour soins dentaires de 130 $ a été faite pour Colin. Le montant total de la demande (130 $) a été remboursé, parce que la franchise familiale était déjà réduite à 0 $.

En plus de la franchise, qui s'applique chaque année et est rétablie au montant initial tous les ans (à la date d'anniversaire d'entrée en vigueur du contrat collectif), certaines demandes de prestations sont aussi assujetties à un facteur de coassurance, imputé à chaque réclamation une fois la franchise éliminée. On trouve le plus souvent des facteurs de coassurance dans les prestations pour soins dentaires, mais également dans d'autres prestations, selon le régime. En cas de réclamations présentées en début d'année ou quand très peu de réclamations sont présentées, à la fois la franchise et un facteur de coassurance peuvent s'appliquer.

EXEMPLE

Kashif participe à un régime d'assurance collective de l'employeur qui prévoit une franchise annuelle de 100 $ et un facteur de coassurance de 80 % dans le cas de réclamations pour soins dentaires. La semaine dernière, Kashif est allé chez le dentiste pour différents traitements, dont deux extractions, qui ont coûté 800 $. Kashif a payé lui-même la facture et a présenté une réclamation de 800 $ à l'administrateur du régime d'assurance collective. Il s'agissait de sa première réclamation pour l'année en cours. La première tranche de 100 $ ne lui a donc pas été remboursée, en raison de la franchise de 100 $ (toutefois, celle-ci a été ramenée à zéro pour les futures réclamations de l'année en cours). L'assurance collective a remboursé 560 $ du montant restant de la réclamation de 700 $, soit 80 %, compte tenu du facteur de coassurance (700 $ × 80% = 560 $). Au total, l'assureur a payé 560 $ sur la réclamation de 800 $, et Kashif, 240 $ (800 $ – 560 $).

4.3.2.2 Remboursement

Lorsque le régime fonctionne sur une base de remboursement, le participant doit payer au départ le coût du produit ou service assuré et déposer ensuite une réclamation, avec pièces justificatives, auprès de l'administrateur du régime. L'assureur verse ensuite au participant, par chèque ou par dépôt direct dans le compte bancaire de celui-ci, la partie de la demande de prestation couverte par le régime.

4.3.2.3 Facturation directe

Lorsque le régime collectif paie certains produits ou services (comme les médicaments sur ordonnance ou les soins dentaires) sur une base de facturation directe, une carte d'adhérent est remise au participant, ou bien le régime est enregistré chez son pharmacien, son dentiste, etc. Les frais assurés sont alors facturés directement au régime en question. La seule partie des frais payés par le participant se limite aux éléments non couverts par le régime ou aux frais dépassant les plafonds (par exemple, la différence entre le coût du médicament de marque et du médicament générique, lorsque le patient a insisté pour obtenir le premier) ou excédant les montants couverts par le régime, quand celui concernant les soins dentaires ou les médicaments prévoit des limites de couverture.

4.3.3 Imposition des primes et prestations d'assurance maladie complémentaire collective

Quand l'employeur parraine le régime collectif, il paie 100 % des primes pour la couverture des employés, même si l'employé ou le participant paie parfois les primes de la couverture familiale. Dans la plupart des provinces et territoires, les primes d'assurance maladie collective payées par l'employeur constituent des dépenses déductibles, mais ne sont pas considérées comme étant un avantage imposable pour le participant assuré. Les prestations versées par le régime collectif sont aussi non imposables pour le participant et sa famille.

Cependant, dans la province de Québec, les primes d'assurance maladie collective sont considérées comme étant un avantage imposable pour le participant, qui doit les déclarer pour l'année civile au cours de laquelle elles sont payées. Quant aux prestations découlant du régime collectif, elles sont non imposables pour le participant et sa famille.

4.3.3.1 Primes et crédit d'impôt pour frais médicaux

Dans le cas de la plupart des régimes d'assurance maladie collective, l'employeur qui offre le régime paie 100 % des primes. Cependant, lorsque le régime est parrainé par un autre groupe (comme une association) et que le participant paie les primes de la protection d'assurance maladie complémentaire, ce dernier ne peut pas déduire ces montants de son revenu. Par contre, ces dépenses sont admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux.

4.3.4 Coordination d'une police individuelle avec une police collective

Comme il a été mentionné précédemment, les personnes ne pouvant obtenir une protection médicale complémentaire collective souscrivent souvent une assurance individuelle afin de compléter les prestations offertes par les régimes d'assurance maladie provinciaux. Par ailleurs, les bénéficiaires d'une assurance collective peuvent également souscrire une assurance individuelle pour améliorer la protection offerte par l'assurance initiale ou pour combler les lacunes découlant des limites ou exclusions de la couverture, des facteurs de coassurance ou du défaut de couverture dans leur régime collectif.

EXEMPLE

Âgé de 38 ans, Adam est marié et père de deux filles préadolescentes. Il réside en Colombie-Britannique, et le régime d'assurance maladie de base du gouvernement provincial couvre toute sa famille. De plus, Adam participe au régime d'assurance collective de son employeur, qui offre notamment une couverture des soins médicaux et hospitaliers étendus. Cependant, Adam craint que le régime d'assurance collective, plutôt élémentaire, ne comble pas tous les besoins de sa famille, pour les raisons suivantes :

- il n'offre aucune protection pour décès et mutilation accidentels ;
- il prévoit un remboursement plafonné à 100 $ tous les deux ans pour les soins de la vue ;
- il limite le paiement des traitements d'orthodontie à un plafond à vie de 2 500 $ pour chaque personne assurée ;
- il couvre les traitements d'orthodontie jusqu'à un certain point, mais la protection est assujettie à un facteur de coassurance de 50 % ;
- la couverture des frais d'hospitalisation s'applique uniquement aux chambres semi-individuelles.

Adam estime que le régime d'assurance collective ne lui offre pas toute la protection souhaitable. En effet, son père ayant perdu un bras dans un accident de la construction, il juge essentielle l'assurance décès et mutilation accidentels. Tous les membres de sa famille portent des verres correcteurs ; par conséquent, il croit que des prestations généreuses pour les soins de la vue sont importantes. Comme ses deux filles sont préadolescentes, il s'attend à payer des factures élevées dans un avenir rapproché pour des appareils d'orthodontie.

Afin d'être rassuré, Adam a souscrit une police d'assurance maladie complémentaire individuelle qui prévoit une protection familiale, structurée de façon à offrir les couvertures et prestations suivantes :

- une couverture décès et mutilation accidentels ;
- des prestations pour soins de la vue allant jusqu'à 250 $ par année pour chaque membre de la famille ;

- des prestations pour soins dentaires orthodontiques allant jusqu'à 2 500 $ par année, sans facteur de coassurance (ce qui permet de doubler la couverture et d'éliminer l'application du facteur de coassurance de 50 % à la première tranche de 2 500 $ des frais) ;
- une couverture des frais d'hospitalisation en chambre privée (afin d'éviter le paiement de la différence entre le coût d'une chambre privée et le montant remboursé par la police d'assurance collective).

4.4 Comparaison entre les polices individuelles et collectives

Le tableau 4.2 compare quelques caractéristiques des polices d'assurance maladie complémentaire individuelles et collectives.

TABLEAU 4.2

Caractéristiques des polices d'assurance maladie complémentaire individuelles et collectives

CARACTÉRISTIQUES	POLICE INDIVIDUELLE	POLICE COLLECTIVE
Titulaire	Proposant/assuré	Promoteur du régime collectif
Contrôle par la personne assurée	Contrôle complet sur la police par l'assuré	Contrôle par le participant jusqu'à un certain point des protections choisies, mais pas du contrat cadre
Possibilité de transfert	Transfert possible en totalité	Fin de la protection du participant à son départ du groupe
Sélection au moment de la proposition	Oui – pleine évaluation des risques habituels	Aucune sélection pour la couverture de base – sélection possible pour l'obtention de protections améliorées ou supplémentaires
Sélection rétroactive, au moment de la réclamation	Non – règlement des réclamations seulement par le service des sinistres de la compagnie d'assurance	Non – règlement des réclamations seulement par le service des sinistres
Fondement de la prime	Fondement établi sur les caractéristiques de sélection propres à l'assuré	Fondement établi sur la composition générale du groupe et sur l'historique de ses réclamations
Montant de la prime	Montant relativement élevé comparé avec celui d'une police collective	Montant souvent moins élevé que celui d'une police individuelle
Gamme de protections	Grande souplesse et possibilité d'adapter la police aux besoins individuels	Assez vaste gamme, sous réserve des restrictions du contrat-cadre

CARACTÉRISTIQUES	POLICE INDIVIDUELLE	POLICE COLLECTIVE
Disponibilité de la couverture familiale	Oui – moyennant une prime supplémentaire	Oui – payée par le participant au régime
Niveaux de couverture	Niveaux de couverture maximale assez stricts	Niveaux de couverture souvent supérieurs à ceux des polices individuelles
Conditions préexistantes	Conditions préexistantes en général exclues au moyen d'un avenant à la date d'établissement de la police	Conditions préexistantes couvertes par le régime étant donné l'absence de sélection médicale
Possibilité de partager les coûts	Non – paiement de la totalité des coûts par l'assuré	Oui – paiement des primes en totalité par l'employeur ou paiement partagé
Franchises	Police ne comportant pas de franchise le plus souvent	Oui – pour la plupart des régimes, surtout pour les soins dentaires
Coassurance	Facteur de coassurance la plupart du temps appliqué	Oui – pour la plupart des régimes, surtout pour les soins dentaires
Imposition des primes et prestations	Admissibilité des primes au crédit d'impôt pour frais médicaux	Déductibilité pour l'employeur des primes payées par lui et avantage non imposable pour l'employé (sauf au Québec)
	Les prestations sont non imposables	Les prestations sont non imposables

CHAPITRE 5

ASSURANCE OFFRANT UNE PROTECTION AUX ENTREPRISES

Éléments de la compétence

- Analyser les produits offerts répondant aux besoins du client ;
- Mettre en place une recommandation adaptée à la situation et aux besoins du client.

Sous-éléments de la compétence

- Analyser les types de contrats répondant aux besoins du client ;
- Proposer une recommandation adaptée à la situation et aux besoins du client.

5
ASSURANCE OFFRANT UNE PROTECTION AUX ENTREPRISES

Bon nombre de régimes d'assurance contre la maladie ou les accidents et d'assurance invalidité traités dans les chapitres précédents du manuel concernent la protection du revenu et les soins de santé individuels, tant pour des propriétaires ou employés d'entreprises que pour des travailleurs autonomes. Tout un secteur de l'assurance invalidité est aussi conçu pour protéger l'entreprise même, advenant l'invalidité du propriétaire ou d'un employé essentiel au succès de l'entreprise. Voici les types de régimes :

- protection frais généraux ;
- protection pour prêt d'entreprise ;
- protection rachat d'actions en cas d'invalidité ;
- protection pour personne clé.

Avant de détailler le fonctionnement et les avantages de ces régimes, il est important de comprendre les différents types de structures commerciales et les risques divers qui menacent les propriétaires d'entreprises.

De plus, le présent chapitre traite de certaines prestations d'assurance moins courantes, offertes par les entreprises à leurs propriétaires et employés, comme les fiducies de santé et de bien-être et les régimes de gestion-santé.

5.1 Formes d'entreprise

Le type de structure commerciale choisi par une personne ou un groupe de personnes pour exploiter une entreprise influe sur de nombreux secteurs : par exemple, la simplicité de l'exploitation, les coûts administratifs de l'exploitation, le taux d'imposition des bénéfices commerciaux et le degré de responsabilité personnelle du propriétaire eu égard aux dettes (y compris les créanciers) de l'entreprise. Les différentes formes d'entreprise ci-dessous sont expliquées en détail dans les paragraphes suivants, avec certains de leurs avantages et inconvénients :

- entreprise individuelle ;
- société en nom collectif ;
- société par actions.

5.1.1 Entreprise individuelle

L'entreprise individuelle ou l'entreprise à propriétaire unique appartient à une seule personne. Elle est exploitée par son propriétaire qui en retire personnellement tous les bénéfices. Les entreprises individuelles englobent un large éventail d'entreprises commerciales, qu'il s'agisse de travailleurs autonomes, de consultants, de gens de métier, d'artistes, etc. En fait, la majorité, et de loin, des entreprises exploitées au Canada sont des entreprises individuelles.

Le principal intérêt d'une entreprise individuelle tient à son faible coût et à sa facilité de création et d'exploitation. Certaines provinces exigent qu'une entreprise individuelle soit immatriculée dans la province, moyennant des frais relativement modestes.

Le principal inconvénient de l'exploitation d'une entreprise individuelle vient du fait que ses affaires financières sont inséparables des affaires financières personnelles de son propriétaire unique. Le revenu net de l'entreprise individuelle est celui du propriétaire qui doit être déclaré et porté dans la déclaration de revenu du particulier. Il n'y a pas moyen de faire imposer le revenu d'entreprise à un taux distinct et inférieur, comme dans le cas d'une entreprise constituée en société par actions. En plus, les avoirs personnels du propriétaire individuel sont à la merci des créanciers de l'entreprise individuelle.

5.1.2 Société en nom collectif

Dans une société en nom collectif, deux personnes ou plus exploitent une entreprise dans un but lucratif. Les associés partagent les profits nets ou les pertes nettes de l'entreprise.

Les sociétés en nom collectif sont plus complexes que les entreprises individuelles. Les produits et les charges d'exploitation (dépenses) sont calculés pour la société en nom collectif, et les associés individuels déclarent le bénéfice net, au prorata, conformément aux conditions d'un contrat de société. L'impôt sur le revenu n'est pas calculé pour la société en nom collectif, mais le bénéfice net est déclaré par les associés et imposé au taux d'imposition marginal personnel de chacun d'eux.

Le principal inconvénient de la société en nom collectif, en tant que structure, est que les associés peuvent être solidairement responsables de ses dettes et de son passif. Par exemple, une poursuite intentée contre la société en nom collectif ABC à cause de la négligence de l'associé A pourrait aussi engager la responsabilité des associés B et C, même s'ils n'ont pas participé à la formation de ce passif.

5.1.3 Société par actions

La société par actions est une entité juridique et fiscale, distincte de ses propriétaires, les actionnaires. Elle est exploitée par son propriétaire ou ses exploitants et employés. La propriété d'une telle société est représentée par des actions, soit une part au prorata de la valeur nette de la société. Par exemple, le détenteur de 5 % des actions ordinaires en circulation d'une société

par actions possède 5 % de sa valeur nette. Les droits de vote conférés par les actions ordinaires (une action ordinaire donne un droit de vote) ont une incidence sur le contrôle de la société par actions. Celle-ci peut être une petite entreprise avec peu d'actionnaires (même un seul) ou une multinationale, ayant peut-être des centaines de milliers d'actionnaires.

Les sociétés par actions ont une existence distincte de celle de leurs actionnaires, de sorte que les dettes de la société ne deviennent pas celles des actionnaires. Les sociétés par actions sont imposées sur leur bénéfice net ; elles distribuent souvent leur revenu net d'impôt à leurs actionnaires sous forme de dividendes, qui sont imposés à des taux largement inférieurs à ceux des salaires ou des intérêts.

Les sociétés par actions ont généralement deux formes de détention : la détention privée et la détention publique.

5.1.3.1 Détention privée

Les sociétés privées ne mettent pas leurs actions sur le marché public. Celles-ci sont détenues par un nombre limité d'actionnaires, parfois seulement un, qui sont souvent propriétaires-exploitants de l'entreprise. Une société privée (ou à capital fermé) est en général établie pour exploiter une entreprise, soit pour profiter d'avantages fiscaux, soit pour protéger les propriétaires contre les créanciers de l'entreprise.

Au Canada, le bénéfice net d'une société privée est imposé à un faible taux. Si l'actionnaire, dont la tranche d'imposition la plus élevée peut être de 45 %, ne prélève pas tout le bénéfice net généré par l'entreprise, la société par actions constitue un outil efficace pour reporter l'impôt sur les bénéfices de la société.

EXEMPLE

Martin exploite une entreprise ayant un bénéfice net de 200 000 $ par an. Seulement 150 000 $ lui sont nécessaires pour maintenir son niveau de vie. Sa tranche d'imposition est la plus élevée, soit 45 %. Dans le cas d'une entreprise individuelle, les 50 000 $ supplémentaires font l'objet de 22 500 $ d'impôt sur le revenu (50 000 $ × 45 %), ce qui laisse 27 500 $ à Martin pour investir (50 000 $ – 22 500 $).

En revanche, dans le cas d'une société par actions, les 50 000 $ de bénéfices non répartis sont probablement imposés à 15 % environ, ce qui laisse environ 42 500 $ après impôt (50 000 $ × (1 – 15 %)) à investir pour l'entreprise. Les 15 000 $ supplémentaires (42 500 $ – 27 500 $) accumulés après impôt tous les ans seraient imposés à Martin s'il les retirait de l'entreprise, mais, dans l'intervalle, celui-ci a beaucoup plus de capitaux à investir.

5.1.3.2 Détention publique

Les sociétés ouvertes, comme Bell Canada, ont des dizaines (ou des centaines) de milliers d'actionnaires et leurs actions sont en général négociées librement en Bourse. Les actionnaires ne sont pas des propriétaires-exploitants; ce sont juste des investisseurs qui détiennent des actions pour leur potentiel de revenu (dividendes) ou de croissance (gains en capital). À ce titre, les actionnaires ne sont pas responsables des dettes de la société.

5.2 Risques pour le propriétaire d'entreprise

Dans la conduite de ses affaires, le propriétaire d'entreprise court des risques liés à l'invalidité:

- incapacité de travailler;
- incapacité de vendre l'entreprise – besoin déclenché par l'invalidité;
- perte de l'employé clé.

Ces trois risques étudiés en détail dans les paragraphes suivants peuvent tous être atténués par l'utilisation de formes spécifiques d'assurance invalidité.

5.2.1 Incapacité de travailler

Qu'il s'agisse d'un entrepreneur unique, d'un associé ou du propriétaire, ou copropriétaire d'une entreprise constituée en société, la capacité du propriétaire de l'entreprise de gagner un revenu et de s'acquitter de ses obligations envers les créanciers (fournisseurs, banque, Agence du revenu du Canada (ARC), Ministère du revenu provincial, etc.) dépend avant tout de sa capacité de travailler et de générer des revenus. Cette capacité peut être compromise, parfois de façon permanente, en cas d'invalidité découlant d'un accident ou d'une maladie. Un homme de 45 ans (âge type d'un propriétaire d'entreprise) a quelque 40% de risques de souffrir d'une invalidité pendant plus de 90 jours avant 65 ans. La durée moyenne d'une telle invalidité est de 4,3 années. Dans le cas de deux associés ou coactionnaires, tous deux âgés de 45 ans, qui détiennent et exploitent une entreprise, la probabilité qu'au moins l'un d'entre eux souffre d'une invalidité de 90 jours ou plus avant 65 ans passe à 62,5%[28]. Ces risques s'élèvent légèrement pour les jeunes et baissent un peu pour les personnes plus âgées. De telles statistiques[29] illustrent le risque important pour la sécurité financière et les projets de retraite des propriétaires d'entreprises.

28. Transactions of Society of Actuaries. *Group long-term disability (GLTD) valuation tables*. Vol. 39, 1987. [Anglais].
29. Pour des statistiques canadiennes plus récentes et plus détaillées, consultez l'Annexe A à la fin de ce manuel.

5.2.2 Incapacité de vendre l'entreprise

Pour un propriétaire, la valeur de l'entreprise constitue habituellement l'avoir le plus important, beaucoup plus important qu'une maison, qu'un régime enregistré d'épargne-retraite (REER), qu'un portefeuille de placements, qu'une pension ou que tout autre élément d'actif. L'entreprise est la seule source de revenu courant pour le propriétaire, son principal actif de retraite et, dans le pire des cas, le fonds d'urgence. Toutefois, l'entreprise ne remplit cette fonction que si elle peut être vendue à la discrétion du propriétaire, dans un délai raisonnable et à un juste prix.

5.2.2.1 Cas de l'invalidité

Le propriétaire d'entreprise devenu invalide peut être contraint de vendre l'entreprise afin de maintenir un niveau de vie raisonnable. Dans le cas d'une invalidité soudaine – ce qui ne donne pas beaucoup de temps, voire aucun pour planifier – bien des difficultés peuvent survenir avant de vendre. Par exemple :

- trouver un acheteur potentiel ;
- convaincre l'acheteur de s'engager à acheter l'entreprise ;
- négocier un juste prix – surtout si le vendeur est en position de faiblesse (nécessité de vendre) ;
- garantir que l'acheteur a assez de ressources pour conclure la vente en temps voulu.

Chaque jour de retard pris pour régler ces questions – dans la mesure où on le peut– réduit la probabilité de vendre à un juste prix. En plus du risque d'une part moindre pour le propriétaire invalide, les employés seront inquiets pour leur sécurité d'emploi en l'absence du propriétaire. Quant aux copropriétaires, ils doivent partager les profits de l'entreprise avec un copropriétaire improductif et invalide, ou s'inquiètent de devoir travailler avec le conjoint, ou d'autres membres de la famille, du propriétaire invalide.

5.2.3 Perte de l'employé clé

L'« employé clé » joue un rôle essentiel dans le succès de l'entreprise. Il est difficile à remplacer. L'entreprise peut devoir compter, pleinement ou dans une grande mesure, sur ses services. Si l'employé clé s'en va (démission, départ à la retraite, décès ou pour toute autre raison), surtout si son départ est soudain, la survie financière de l'entreprise – et donc du propriétaire de l'entreprise – peut être menacée.

5.2.3.1 Cas de l'invalidité prolongée

L'invalidité du propriétaire de l'entreprise ou du copropriétaire n'est pas le seul risque pour l'entreprise : la perte des services de l'employé clé pour cause d'invalidité peut tout aussi bien

paralyser l'entreprise. Cette perte peut rendre le fonctionnement de l'entreprise inefficace si l'incapacité totale perdure pendant plusieurs mois, ou plus longtemps.

Heureusement, une bonne planification d'assurance peut réduire ou éliminer l'incidence de ces risques.

EXEMPLE

L'entreprise individuelle d'imprimerie de Martin compte beaucoup sur sa représentante, Lucie, pour trouver de nouveaux clients et satisfaire la clientèle actuelle. En cas d'invalidité de Lucie pendant plus d'un mois, le bénéfice net de l'entreprise (et celui de Martin) de 200 000$ par an pourrait être réduit de façon importante, surtout parce que Lucie reçoit un salaire de base, plus des commissions. Cette employée est la candidate idéale pour la protection pour personne clé par l'assurance invalidité.

5.3 Assurance en cas d'incapacité de travailler du propriétaire

Si un propriétaire individuel d'une entreprise sans employé devient invalide et incapable de travailler, son revenu peut être compensé par une assurance de remplacement de revenu en cas d'invalidité individuelle. En cas d'invalidité du propriétaire d'une petite entreprise de fabrication, ou de nature similaire, ayant des locaux commerciaux, du matériel et des employés, la solution pour maintenir l'entreprise active en cas d'invalidité devient beaucoup plus complexe.

5.3.1 Protection frais généraux

La protection frais généraux d'entreprise en cas d'invalidité est offerte aux entreprises et à leurs propriétaires; elle est conçue pour payer certains frais courants de l'entreprise en cas d'invalidité du propriétaire incapable de générer des revenus.

5.3.1.1 But de la protection

Bien que bon nombre de propriétaires d'entreprises souscrivent une protection de leur revenu net contre toute perte éventuelle en cas d'invalidité, ils oublient souvent de couvrir les rentrées d'argent et les dépenses de l'entreprise.

EXEMPLE

Photographe professionnel, Tamirru loue un studio et une camionnette pour son travail et emploie un assistant à temps partiel. Son entreprise rapporte, en moyenne, 15 000$ par mois. Après déduction des frais fixes de 4 000$ par mois, en moyenne, et de dépenses variables de 2 000$ par mois, Tamirru a un revenu brut mensuel de 9 000$. Il a souscrit une assurance de rempla-

cement du revenu en cas d'invalidité personnelle pour un montant de 5 400$ par mois (60% de 9 000$). Cela lui garantit assez de fonds pour vivre pendant une période d'invalidité, mais ne lui donne pas une trésorerie suffisante pour régler les dépenses courantes de l'entreprise. Si Tamirru était frappé d'invalidité trop longtemps, il lui faudrait mettre à pied son assistant, et renoncer à son studio et à sa camionnette.

La protection frais généraux d'entreprise est conçue pour aider les propriétaires d'entreprises à payer leurs frais d'exploitation et à préserver la viabilité de l'entreprise et de son actif. Grâce à cette protection, le propriétaire retrouvera son entreprise en activité une fois guéri.

5.3.1.2 Bénéficiaire admissible ou non d'une protection frais généraux d'entreprise

La protection frais généraux répond aux besoins du propriétaire des petites entreprises. Les entreprises individuelles, les sociétés en nom collectif ou les sociétés privées (à capital fermé), ayant cinq employés ou moins, y sont admissibles. En effet, les services du propriétaire sont d'une importance vitale pour la rentabilité et le succès de l'entreprise. Celle-ci pourrait être paralysée, voire disparaître, en cas d'interruption des rentrées de fonds pour cause d'invalidité. Toutefois, si un copropriétaire ou un employé peut remplacer le propriétaire invalide, alors l'entreprise ne serait peut-être admissible qu'à un montant inférieur de couverture, ou ne pas l'être du tout.

5.3.1.3 Définition de l'invalidité

Dans le cas de ces polices, l'invalidité totale correspond à une certaine forme d'invalidité «propre profession» (voir la définition de la «propre profession» au chapitre 2). Elle prévoit que si le propriétaire d'entreprise ne peut exécuter ses fonctions habituelles dans l'entreprise, il est considéré comme invalide. Il fera alors baisser les revenus de l'entreprise et provoquera une incapacité éventuelle pour celle-ci de s'acquitter de ses obligations courantes. Toute définition de l'invalidité permettant à l'assuré d'exécuter des fonctions dans une autre profession serait inappropriée, car cela n'aiderait pas l'entreprise à survivre.

5.3.1.4 Dépenses admissibles à un remboursement

La protection frais généraux vise à rembourser à l'entreprise les dépenses commerciales courantes en cas d'invalidité du propriétaire. En voici quelques-unes:

- loyer des locaux commerciaux;
- taxes foncières sur les locaux commerciaux détenus en propriété;
- impôt sur les bénéfices de l'entreprise;
- services publics (chauffage, eau, gaz naturel et électricité);
- locations de véhicules;

- salaires des employés, ou de la plupart d'entre eux ;
- frais de téléphone et d'Internet, et autres frais de communication ;
- intérêts sur les prêts ;
- honoraires d'avocats et de comptables.

Cependant, un certain nombre de dépenses ne seraient pas couvertes par ce type de protection, notamment :

- portion du capital des remboursements de prêts ;
- nouvelles dépenses en immobilisations ;
- salaire du propriétaire invalide ;
- salaire de la personne engagée pour remplacer temporairement le propriétaire invalide ;
- salaires des employés capables de continuer de façon indépendante à générer des recettes pour l'entreprise ;
- salaires des membres de la famille du propriétaire invalide amenés à travailler dans l'entreprise après le début de l'invalidité.

5.3.1.5 Prestations

Les prestations versées grâce à la protection frais généraux sont habituellement mensuelles et prennent la forme d'un remboursement. Les détails des montants et de la procédure administrative pour le paiement des prestations sont présentés ci-après, dans les rubriques *Maximum de prestations* et *Report des prestations ou des frais*.

5.3.1.6 Délai de carence

La protection frais généraux prévoit, en général, un délai de carence assez court avant le début du versement des prestations, parfois aussi peu que 15 jours et rarement plus de 90 jours. Cette période est établie ainsi, car l'invalidité totale d'un propriétaire pourrait vite retarder l'entreprise dans le paiement de ses obligations financières.

5.3.1.7 Maximum de prestations

À première vue, les montants et les périodes de prestations associés à une protection frais généraux semblent être les mêmes que pour les polices de remplacement de revenu en cas d'invalidité personnelle. Par exemple, si une protection frais généraux offre 6 000 $ par mois pendant 24 mois, il s'agit du maximum de prestations mensuelles, et non pas vraiment une prestation fixe, comme dans le cas d'une police de remplacement de revenu. Le plein montant, de 6 000 $ dans cet exemple, est seulement payable au cours d'un mois si les frais admissibles réclamés sont d'au moins 6 000 $.

Les prestations sont versées jusqu'à la guérison du propriétaire de l'entreprise et son retour au travail, et, au plus tard, jusqu'à la réclamation du maximum de prestations ou la vente ou la fermeture de l'entreprise.

EXEMPLE

La protection frais généraux de Todd offre des prestations de 6 000$ par mois pendant 24 mois. Or, seulement 4 200$ de frais sont réclamés le premier mois. La prestation versée n'est alors que de 4 200$. La période de prestations de 24 mois ne signifie pas vraiment que les prestations sont seulement payables pendant 24 mois. Le maximum de prestations mensuelles, multiplié par la période de prestations, détermine le maximum de prestations payables en vertu du contrat; dans ce cas, 144 000$ (6 000$ × 24 mois). Lorsque spécifié dans le contrat, si les 144 000$ de frais ne sont pas réclamés intégralement dans un délai de 24 mois, la période de versement de prestations reste ouverte et peut éventuellement se prolonger jusqu'à la réclamation intégrale des 144 000$.

5.3.1.8 Report des prestations ou des frais

Les contrats les plus souples permettent le report des maximums de prestations mensuelles non utilisées ou des frais non réclamés pour une utilisation au cours des mois suivants. On reconnaît ainsi que bon nombre de dépenses commerciales ne sont pas étalées uniformément pendant l'année. Certaines le sont, par exemple, le loyer des locaux, Internet, la location de véhicules ou d'autres dépenses prévisibles. D'autres comme le chauffage, les honoraires des avocats et des comptables ainsi que les coûts de carburant sont saisonniers, voire sporadiques. Il est donc utile de posséder un calendrier de remboursement montrant les disparités d'un mois à l'autre.

Les contrats permettent deux types de reports : un report des frais admissibles excédentaires et un report des prestations non réclamées. Les frais excédant le maximum de prestations disponibles au cours d'un mois peuvent être reportés pour être réclamés les mois suivants si les frais remboursables à cette période sont inférieurs au maximum de prestations.

EXEMPLE

La protection frais généraux de Marie prévoit un maximum de prestations mensuelles de 6 000$. Au cours du premier mois d'admissibilité aux prestations, les frais admissibles de l'entreprise sont de 6 900$. Sur ce montant, 6 000$ sont remboursés pour le mois en cours et les 900$ non réclamés sont reportés au mois suivant. Si le mois suivant, les frais admissibles sont de 6 600$, les prestations sont de 6 000$. Ainsi, il reste 1 500$ de frais non remboursés (900$ pour le mois 1 et 600$ pour le mois 2) qui sont reportés au mois 3, etc. Si au cours de ce troisième mois, les frais admissibles sont de 3 000$, les prestations sont de 4 500$ (les 3 000$ du mois 3, plus les 1 500$ de frais reportés des mois antérieurs).

À l'inverse, la somme du maximum de prestations non réclamées peut être reportée pour être utilisée au cours des mois suivants.

EXEMPLE (suite)

Si, dans l'exemple ci-dessus, au lieu de 6 900$ de frais engagés au cours du mois 1, seulement 4 800$ sont admissibles, les 4 800$ sont intégralement remboursés, et 1 200$ de prestations potentielles sont reportés sur le mois 2. Si les frais admissibles du mois 2 sont de 6 600$, ce montant est intégralement remboursé, et les 600$ (1 200$ + 6 000$ – 6 600$) restants sont reportés sur le mois 3. Et, ainsi de suite.

D'autres polices autorisent le report des prestations non utilisées, mais seulement à la fin de la période de prestations « normale » (soit 24 mois), advenant que la totalité du maximum de prestations n'ait pas été réclamée à ce moment-là et que le propriétaire de l'entreprise est encore invalide.

5.3.1.9 Garanties optionnelles et exclusions

En plus des prestations de base pour l'entreprise, la protection frais généraux offre différentes garanties optionnelles standards ou facultatives, notamment :

- exonération des primes ;
- garantie de remboursement de primes ;
- garantie d'assurabilité future ;
- clause de présomption d'invalidité ;
- clause d'invalidité partielle ;
- prestations d'invalidité résiduelle.

La protection frais généraux est l'objet d'exclusions standards d'invalidité, notamment en cas d'invalidité causée par la guerre, de blessures auto-infligées, de grossesse normale et de lésions ou maladies subies dans l'exercice d'activités criminelles.

5.3.1.10 Traitement fiscal des primes et des prestations

Les polices de protection frais généraux en cas d'invalidité sont normalement détenues, payées et payables par le propriétaire de l'entreprise, ou elles lui sont payables. Dans le cas de sociétés en nom collectif ou par actions, elles le sont par ou pour l'entreprise elle-même. Si la police ne couvre que les frais admissibles, les primes sont des dépenses déductibles d'impôt pour celui qui

les paie. Par ailleurs, toutes les prestations versées au titulaire de police, ou en son nom, sont traitées comme un revenu imposable. C'est là une exception, car les prestations payables en vertu de polices d'assurance vie et d'assurance invalidité d'entreprises lui sont normalement versées libres d'impôt. Toutefois, comme les dépenses visées par ce type de police sont elles-mêmes déductibles d'impôt à titre de frais généraux d'entreprise, les prestations et les déductions au titre des dépenses se compensent en général dans le calcul de l'impôt.

EXEMPLE

La protection frais généraux de Lucien prévoit des prestations mensuelles de 6 000$, mais seuls 4 200$ de frais ont été réclamés pour le premier mois pendant lequel les prestations sont payables. Ces prestations correspondent au remboursement à l'entreprise de Lucien de 1 800$ de loyer pour les locaux commerciaux, de 2 000$ de salaires d'employés et de 400$ de frais d'expédition des marchandises. Les 4 200$ reçus par l'entreprise sont traités comme un revenu imposable. Par ailleurs, 4 200$ de frais payés sont déductibles d'impôt. L'effet net du versement des prestations et du paiement des frais pour l'entreprise est qu'elle n'a pas à payer d'impôt sur les 4 200$.

5.3.2 Protection pour prêt d'entreprise

À part la protection frais généraux, les entreprises et les propriétaires d'entreprises peuvent souscrire une assurance invalidité visant seulement à rembourser les prêts d'entreprise en cas d'invalidité.

5.3.2.1 But

Comme expliqué à la rubrique *Protection frais généraux*, parmi les nombreux frais couverts par ce type de police, il y a les intérêts périodiques à payer sur le prêt d'entreprise. La protection pour prêt peut aussi être obtenue grâce à des contrats indépendants de protection pour prêt d'entreprise. Ces contrats permettent d'acquitter les paiements périodiques ou forfaitaires pour prêt d'entreprise au nom du propriétaire de l'entreprise pendant son invalidité.

5.3.2.2 Bénéficiaires potentiels

Ces polices sont conçues pour protéger les entrepreneurs individuels, les associés de sociétés en nom collectif et les propriétaires uniques d'entreprises privées constituées en société. La couverture s'applique lorsque l'entreprise a souscrit des prêts admissibles et lorsque le revenu de l'entreprise dépend de la bonne santé et de la participation active du propriétaire de l'entreprise.

5.3.2.3 Prêts admissibles

Pour qu'un prêt donne droit à une protection de prêt d'entreprise, il doit remplir trois critères :

- il doit être essentiel au bon fonctionnement de l'entreprise ;
- l'intérêt payé sur le prêt doit être déductible d'impôt, c'est-à-dire que l'emprunt doit avoir été contracté pour gagner un revenu d'une entreprise ou d'un bien ;
- il doit avoir été consenti par une institution financière, c'est-à-dire une banque, une société de fiducie, une caisse populaire ou une société de prêt.

L'objectif de la souscription du prêt doit être lié à l'exploitation de l'entreprise. Par exemple :

- hypothèques sur les locaux où l'entreprise est exploitée ;
- prêts visant l'acquisition d'équipement ;
- marges de crédit et découverts de comptes.

5.3.2.4 Bénéficiaires de cette couverture

Pour pouvoir bénéficier d'une protection de prêt d'entreprise, l'entreprise doit avoir des antécédents d'exploitation rentable, en général, au moins de trois ans. Les assureurs exigent habituellement que l'entreprise ait une valeur nette standard minimale. De plus, les activités de l'entreprise doivent être classées par les assureurs comme faisant partie des catégories professionnelles les plus élevées.

En règle générale, le propriétaire de l'entreprise, ou l'entreprise elle-même, est le propriétaire de la police ; il paie toutes les primes et bénéficie de toutes les prestations payables. La personne assurée en vertu du contrat est le propriétaire de l'entreprise, et la définition de son invalidité est celle de sa « propre profession ».

5.3.2.5 Prestations

Les prestations sont payables sous deux formes : soit périodiquement (par mois), soit en un montant forfaitaire. Le plus souvent, les versements périodiques, d'un maximum de 10 000 $, s'étalent sur 24 mois maximum. Le montant forfaitaire maximum est de 250 000 $, mais il ne doit pas excéder 75 % de la valeur du prêt et respecter un long délai de carence (habituellement un an). Dans l'ensemble, bien sûr, les prestations versées sont conçues pour payer le solde du prêt de façon à ne pas dépasser le montant du prêt.

5.3.2.6 Garanties optionnelles

D'autres garanties optionnelles sont possibles, l'exonération de primes étant la plus commune.

5.3.2.7 Exclusions

Comme pour la plupart des contrats d'invalidité, aucune prestation n'est payable si l'invalidité est le résultat d'une guerre, d'une grossesse normale, d'une activité criminelle ou de blessures auto-infligées.

5.3.2.8 Traitement fiscal des primes et prestations

Comme les versements de prêts protégés concernent des biens en immobilisations de l'entreprise (plutôt que des revenus imposables), les primes versées sur ce type de police ne sont pas déductibles d'impôt par l'entreprise. Par ailleurs, les prestations touchées (le paiement du capital et de l'intérêt du prêt) sont non imposables.

EXEMPLE

Entrepreneur indépendant, John exploite une entreprise individuelle avec deux employés. Son activité consiste, entre autres, à creuser des tranchées pour installer des canalisations et des réseaux de drainage pour les entrepreneurs en construction et pour des propriétaires résidentiels. Pour exploiter son entreprise, John a dû acheter un camion à chargement frontal et un petit camion à plateau afin d'aller d'un chantier à l'autre, au coût total de 200 000 $. Pour financer ces achats, il a emprunté sur 5 ans à la banque.

Bien que les travaux ne soient pas très dangereux, il y a toujours un risque de blessure ou de maladie qui pourrait empêcher John de travailler et de gagner un revenu. Cela aurait alors une incidence sur sa capacité à rembourser les prêts mensuels à la banque et augmenterait le risque de voir la banque saisir le matériel pour protéger ses intérêts. Pour protéger son investissement et la viabilité de son entreprise, John a souscrit une protection de prêt d'entreprise en cas d'invalidité avec un délai de carence de 60 jours et un maximum de prestations de 60 mois.

5.4 Incapacité de vendre l'entreprise

À un moment donné, tout propriétaire d'entreprise doit pouvoir disposer de son entreprise, soit en la vendant, soit en la transmettant à la génération suivante ou en fermant au moment de sa retraite. Si la valeur de l'entreprise dépasse celle de la participation du propriétaire, ce dernier et sa famille ont intérêt à se préparer à toute éventualité et à planifier en conséquence.

5.4.1 Convention de rachat d'actions

Il est possible d'utiliser la convention de rachat d'actions ou de parts d'associés pour déterminer à l'avance les conditions de rachat des éléments d'actif d'une entreprise en cas de décès, d'invalidité, de maladie grave ou de départ à la retraite du propriétaire. Le plus souvent, les conventions sont rédigées de façon à couvrir toutes les éventualités. Les conventions de rachat d'actions en cas de décès ne sont pas traitées dans le présent manuel, qui porte exclusivement sur l'invalidité du propriétaire d'entreprise.

5.4.1.1 But de la convention

Dans bien des cas, l'entreprise constitue le principal élément d'actif et la seule source de revenu du propriétaire ou de l'exploitant d'une société privée. La plus grande préoccupation du propriétaire est de connaître le sort de l'entreprise en cas d'invalidité soudaine. Qu'arrivera-t-il à l'entreprise ? Si l'exploitation de l'entreprise est impossible, ou si celle-ci est vendue à un tiers, comment le propriétaire et sa famille survivront-ils financièrement ? Par ailleurs, en l'absence de plan de relève clair, les employés craindront de perdre leur emploi en cas d'invalidité du propriétaire de l'entreprise. Les copropriétaires (le cas échéant) se demanderont s'ils devront subvenir aux besoins d'un copropriétaire invalide improductif, ou encore travailler avec son conjoint, ses enfants ou d'autres membres de sa famille. Une convention de rachat d'actions ou de parts d'associés, bien montée et dûment financée, peut apporter des garanties à toutes les parties concernées.

EXEMPLE

Laurent, Damien et Daniel, trois cousins âgés d'un peu plus de 40 ans, ont formé une société en nom collectif pour exploiter un cabinet de dentistes. Ils se partageaient l'espace de bureau et les bénéfices nets du cabinet, qui était très prospère ; toutefois, chacun était propriétaire de son propre équipement dentaire. Ils avaient souvent parlé de leur vision pour l'avenir du cabinet et de l'aide à apporter à l'une ou l'autre des familles en cas de problème pour l'un d'eux. Toutefois, ils n'avaient pris aucune mesure précise.

Gravement blessé dans un accident d'automobile, Daniel n'a jamais pu retourner travailler ou reprendre ses affaires en main. Son épouse, Émilie, est devenue responsable de la gestion des biens de Daniel, y compris de son équipement dentaire et de sa part dans la société en nom collectif. Laurent et Damien comptaient acquérir l'équipement de Daniel pour un jeune dentiste qu'ils souhaitaient convaincre de se joindre à eux, et racheter aussi la part de Daniel. Malheureusement, les deux dentistes et Émilie n'ont pu s'entendre sur le prix, parce que les deux autres associés n'avaient pas les liquidités nécessaires pour acheter sur-le-champ la part de Daniel. Ils ont finalement convenu que Laurent et Damien acquitteraient le prix d'achat au moyen de versements échelonnés sur un certain nombre d'années.

Malgré cet accord, Émilie refusait d'abandonner la propriété de l'équipement dentaire de Daniel, souhaitant le garder pour son fils aîné. Les deux autres associés ont donc dû remplacer l'équipement à un coût double de celui qu'ils auraient souhaité payer pour le matériel de Daniel.

Une convention de rachat de parts d'associés aurait réglé bien des problèmes. Tout d'abord, elle aurait lié les associés, ainsi que leurs successeurs et leurs familles. Ensuite, les parties auraient précisé les conditions de réalisation du rachat et la méthode d'évaluation du cabinet et de ses éléments d'actif.

La convention aurait pu être provisionnée au moyen d'une police d'assurance invalidité, conçue explicitement pour fournir les capitaux nécessaires au rachat.

5.4.1.2 Parties à la convention

Bien souvent, la convention de rachats d'actions la plus difficile à monter est celle concernant l'entreprise individuelle, surtout si l'entreprise en cause n'a pas d'employés, ou du moins pas d'employé clé. En cas d'invalidité permanente, qui peut alors acheter l'entreprise ? Dans le cas d'une société en nom collectif, le ou les associés survivants sont, de toute évidence, ceux à qui il faut proposer le rachat des parts d'associés du propriétaire frappé d'une invalidité permanente. Dans le cas d'une société par actions, avec plusieurs actionnaires, ces derniers, s'ils ne sont pas invalides, sont les acheteurs potentiels le plus logiquement susceptibles d'acquérir la participation dans l'entreprise. Quel que soit le type d'entité, un employé clé peut aussi être un propriétaire successeur potentiel et donc une partie potentielle à une convention de rachat d'actions.

Peu importe l'identité de l'acheteur potentiel, il est aussi important que le vendeur et son conjoint, ou conjoint de fait le cas échéant, soient des parties à la convention. Dans la plupart des provinces et territoires du Canada, le conjoint ou le conjoint de fait d'un propriétaire d'entreprise peut avoir une revendication de propriété ou de compensation envers le bien du propriétaire d'entreprise en cas de mariage ou de divorce. Si la convention ne lie pas le conjoint ou conjoint de fait, les droits de propriété et autres embûches juridiques peuvent retarder, voire faire échouer complètement la vente de la participation du propriétaire d'entreprise en cas d'invalidité.

5.4.1.3 Éléments d'une convention

Pour être efficace, la convention de rachat d'actions ou de parts d'associés doit permettre aux parties impliquées de connaître à l'avance les réponses aux questions suivantes :

- dans quels cas la convention s'applique-t-elle ?
- le propriétaire actuel doit-il vendre sa participation ?
- qui doit racheter la participation dans l'entreprise ?

- quand le rachat doit-il avoir lieu ?
- à quel prix se fait le rachat ?
- comment le rachat est-il financé ?

Le plus souvent, les stipulations de la convention de rachat précisent que celle-ci s'applique en cas d'invalidité, de maladie grave, de décès ou de départ à la retraite du propriétaire actuel. Par « invalidité », on entend l'incapacité du propriétaire d'exercer les principales fonctions de sa profession habituelle au sein de l'entreprise (« propre profession »). Le rachat exigé par la convention n'aura en général lieu qu'à l'expiration d'une certaine période, soit au moins 12 mois, après le début de l'invalidité du propriétaire ; grâce à ce délai, les parties s'assurent que le propriétaire invalide ne peut se rétablir et reprendre pleinement ses fonctions.

Le propriétaire actuel et ses successeurs, héritiers ou ayants droit sont liés par la convention de rachat jusqu'à la réalisation d'un événement précis (ici, l'invalidité permanente). Une fois survenu l'événement déclencheur, le propriétaire (le « vendeur ») n'a d'autre choix que de vendre son entreprise aux conditions énoncées dans la convention. L'autre partie (l'« acheteur ») sait ainsi qu'elle peut acheter l'entreprise.

En revanche, la convention oblige aussi l'acheteur à acquérir l'entreprise conformément aux conditions stipulées, une fois que l'événement déclencheur s'est produit. Cette exigence empêche l'acheteur éventuel de tirer profit de son avantage en fixant un prix d'achat trop bas. Le vendeur (ou son représentant) a ainsi la certitude de vendre à un juste prix.

De toute évidence, la période fixée pour le rachat de l'entreprise ne peut être indéfinie. La convention de rachat en cas d'invalidité prévoit que celui-ci doit avoir lieu, au plus tard, dans l'année suivant la date d'invalidité du propriétaire de l'entreprise, mais en général plus tôt, soit quatre-vingt-dix (90) jours après l'expiration du délai de carence.

Il est important de décider à l'avance du prix d'une entreprise, ou de la façon de le déterminer. La convention de rachat devrait comporter une clause selon laquelle l'acheteur et le vendeur conviennent de la non-négociation du prix au déclenchement du rachat. Normalement, le prix est déterminé de l'une des trois façons suivantes :

▪ prix fixé à l'avance	Les parties conviennent à l'avance du prix qui devra être versé conformément à la convention. Ce prix peut être indexé annuellement ou non. C'est la solution la moins utile, car la valeur de l'entreprise changera sans doute avec le temps. Le prix de rachat devra dans ce cas être modifié de façon régulière, faute de quoi il sera désuet et inapproprié.
▪ prix calculé à l'aide d'une formule	Les parties conviennent à l'avance d'une formule pour déterminer la valeur de l'entreprise, par exemple, un multiple des bénéfices. Cette formule est ensuite intégrée à la convention.

- prix déterminé par un évaluateur indépendant

  Les parties conviennent à l'avance de recourir aux services d'un évaluateur professionnel qui évaluera l'entreprise au déclenchement du rachat. L'identité de l'évaluateur est consignée dans la convention et l'évaluation faite par cette personne lie toutes les parties.

Le rachat obligatoire à un prix fixé à l'avance n'est utile pour les parties concernées que si l'acheteur est financièrement en mesure de s'acquitter de ses obligations découlant de la convention, soit de payer le prix d'achat. En l'absence de financement garanti, la convention par laquelle une personne s'engage à acheter l'entreprise ou la part du propriétaire invalide ne sera peut-être rien de plus qu'une promesse creuse. Le plus souvent, la convention est financée par l'une des quatre sources suivantes :

- actif personnel

  L'acheteur possède assez de liquidités (ou liquide d'autres éléments d'actif) pour couvrir le prix d'achat. Malheureusement, peu d'acheteurs ont les fonds disponibles pour une acquisition de cette envergure.

- emprunt

  L'acheteur contracte un emprunt auprès d'une institution financière afin d'effectuer le rachat, en utilisant peut-être l'actif de l'entreprise elle-même à titre de garantie. Cette solution comporte certains inconvénients :

  - il n'est pas du tout garanti que l'acheteur obtiendra le prêt ;
  - le prêt doit être remboursé avec intérêts ;
  - les versements du prêt devront sans doute être effectués à partir des bénéfices de l'entreprise, et ce, alors que les revenus seront moindres.

- versements échelonnés réalisés avec les bénéfices de l'entreprise

  L'acheteur convient de payer en faisant une série de versements échelonnés à même les revenus de l'entreprise. Cette solution est doublement désavantageuse :

  - elle laisse le vendeur (ou sa famille) dans l'incertitude quant à l'éventuel respect du calendrier des versements ;
  - le nouveau propriétaire devra tenter de tirer un revenu personnel de l'entreprise tout en respectant le calendrier des versements.

▪ police d'assurance sur la tête du propriétaire invalide	Il est possible de souscrire, sur la tête du propriétaire d'entreprise, une protection rachat d'actions en cas d'invalidité qui prévoit le versement d'une prestation globale garantie pour financer le rachat. Dans ce cas, la police appartient à l'acheteur éventuel, qui en paie la prime et utilise la prestation versée pour acheter la part du propriétaire invalide. Financée à l'avance par les primes versées, la police garantit la disponibilité des fonds nécessaires au besoin. Les conditions de la convention de rachat peuvent être intégrées dans la police, notamment concernant le montant de la prestation, la définition de l'invalidité, le délai de carence, etc. Dans la plupart des cas, cette option est la solution la plus avantageuse, tant pour l'acheteur éventuel que pour le vendeur.

5.4.1.4 Types de convention

Il existe deux grands types de convention de rachat d'actions.

Dans le cas d'une entreprise constituée en société, quand l'un des associés ou coactionnaires doit acheter la part de l'autre, on parle de « convention de rachat croisé ». Lorsqu'une assurance finance la convention, chaque partie est propriétaire et bénéficiaire d'une police souscrite sur la tête de l'autre et en paie les primes. Si une convention de rachat en cas d'invalidité a été mise en place, le produit de l'assurance servira à acheter la part du propriétaire invalide.

Lorsque l'entreprise elle-même est tenue d'acheter la part d'un associé ou actionnaire, on parle de « convention de rachat par l'entreprise ». Cette convention est souvent utilisée dans le cas d'une société en nom collectif ou d'une société par actions comptant au moins deux actionnaires. En pareille situation, la police d'assurance invalidité souscrite appartient à la société par actions ou à la société en nom collectif, qui en est le bénéficiaire et en paie les primes. Le produit d'assurance servira ensuite à acheter et à annuler la part de l'associé/actionnaire invalide.

EXEMPLE

Henri et Kim sont actionnaires à égalité de parts de la société Lingerie HK inc. Ils comptent mettre en place une convention de rachat provisionnée au moyen d'une police d'assurance invalidité. Dans le cas d'un rachat croisé, Henri est propriétaire et bénéficiaire d'une police souscrite sur la tête de Kim et paie les primes de cette police, et vice versa. Si Kim devient invalide, Henri se servira du produit d'assurance pour acheter les actions de Kim. Dans le cas d'une convention de rachat par l'entreprise, la société par actions est propriétaire et bénéficiaire des polices souscrites sur la tête d'Henri et de Kim, et en paie les primes. En cas d'invalidité de l'un ou l'autre des actionnaires, la société par actions se servira du produit d'assurance pour racheter les actions de l'actionnaire invalide.

5.4.1.5 Questions de nature fiscale

Dans le cas d'une convention de rachat croisé, la vente de la part constitue une disposition au prix d'achat aux fins de l'impôt sur le revenu, ce qui oblige le propriétaire vendeur à déclarer un gain en capital ou une perte en capital pour l'année de la vente. Cette règle s'applique indépendamment du type de structure d'entreprise en cause. L'acheteur acquiert la part à un coût de base rajusté égal au prix d'achat versé.

Si l'entreprise est une société en nom collectif ou une société par actions et qu'elle achète la part du propriétaire invalide, les incidences fiscales sont différentes. Dans le cas d'une société en nom collectif, l'acquisition constitue une opération en capital. Elle donne lieu à un gain ou à une perte en capital que le vendeur doit déclarer pour l'année de la vente. Dans le cas d'une société par actions, la partie du produit de vente égale à la valeur du capital versé des actions est considérée comme une opération en capital non imposable. L'excédent du montant payé pour les actions par rapport à la valeur du capital versé est considéré comme un dividende imposable pour le vendeur.

5.4.2 Protection rachat d'actions en cas d'invalidité

Comme il a été vu plus haut, la convention de rachat d'actions en cas d'invalidité n'est peut-être pas très utile si elle n'est pas accompagnée d'une police d'assurance invalidité conçue spécialement pour fournir les capitaux nécessaires au rachat. Bien que la police d'assurance soit parfois établie avant la mise en place d'une convention de rachat, il est souhaitable, en théorie, d'élaborer les deux en même temps. Cela assure une bonne coordination de leurs conditions respectives (délai de carence, montant de la prestation, définition de l'invalidité totale, structure de la prestation, etc.).

5.4.2.1 Définition de l'invalidité totale

La convention de rachat et la police d'assurance invalidité servant à la financer visent à fournir les capitaux nécessaires au rachat de la part d'un propriétaire d'entreprise inapte à exercer ses fonctions. Donc, la définition de l'invalidité totale la plus souvent utilisée comme référence est celle de la « propre profession ». Dans certains cas, cette définition s'applique à la personne ne pouvant accomplir les fonctions de sa « propre profession et ne travaillant pas » ; autrement dit, on vise le propriétaire assuré incapable d'exercer ses fonctions habituelles au sein de l'entreprise et n'exerçant aucune autre profession dans l'entreprise, ou à l'extérieur.

5.4.2.2 Délai de carence

Le délai de carence prévu dans les polices d'assurance rachat en cas d'invalidité est beaucoup plus long que celui des autres types de contrats d'assurance invalidité. En effet, les régimes de rachat en cas d'invalidité prévoient un délai de 12 mois, voire 18 ou 24 mois. Aussi, la convention de rachat d'actions exige le plus souvent que le rachat soit réalisé au moins 12 mois après le début de l'invalidité totale. (Il convient de souligner que le délai de carence prévu dans la police d'assurance

devrait être celui précisé dans la convention, et non l'inverse.) Ce long délai donne au propriétaire invalide le temps de se rétablir et de recommencer à participer activement à l'entreprise, si possible.

5.4.2.3 Prestation et période d'indemnisation

La période d'indemnisation des polices d'assurance invalidité varie de 2 à 5 ans, et parfois même 10 ans, jusqu'aux 65 ans de la personne assurée. Cependant, dans le cas d'une police d'assurance rachat d'actions en cas d'invalidité, elle se limite souvent à une seule journée. Cela signifie qu'une somme forfaitaire servant à provisionner le rachat est versée une fois le délai de carence passé.

Les paiements sont souvent effectués sous forme de montants forfaitaires. Toutefois, certains contrats d'assurance (et les conventions de rachat correspondantes) prévoient le versement d'une partie de la prestation (50 %) sous forme de montant forfaitaire et le reste, en versements égaux échelonnés sur une période pouvant atteindre 60 mois (5 ans). Dans d'autres contrats, seuls des versements échelonnés sont prévus. Si le propriétaire invalide se rétablit pendant la période d'indemnisation, le rachat d'actions et le paiement de la prestation ne seront pas touchés. Une fois le délai de carence passé, le rachat est déclenché et le paiement débute, quel que soit l'état de santé subséquent du propriétaire.

5.4.2.4 Montant de la couverture

De nombreuses polices d'assurance rachat d'actions en cas d'invalidité offrent une couverture pouvant atteindre 1 000 000 $, voire 2 000 000 $.

5.4.2.5 Caractéristiques de la police

Le contrat d'assurance rachat d'actions en cas d'invalidité est renouvelable sous condition et non résiliable. L'assureur ne peut modifier la prime et doit renouveler le contrat jusqu'à un certain âge, sauf si certaines conditions ne sont pas remplies (par exemple, l'assuré n'est plus propriétaire ou copropriétaire de l'entreprise).

Bon nombre de polices prévoient la diminution annuelle des prestations d'un montant équivalant à 20 % du capital assuré initial une fois que la personne assurée atteint l'âge de 60 ans. On reconnaît ainsi que cette personne s'approche de l'âge de la retraite.

La plupart des contrats comportent une garantie d'assurabilité future. Elle donne à l'assuré le droit d'augmenter le montant de la couverture à des dates préétablies, de façon que la valeur de la prestation d'assurance tienne compte des hausses ultérieures de la valeur de l'entreprise.

5.4.2.6 Cessation de la couverture

Les polices d'assurance rachat d'actions en cas d'invalidité stipulent que la couverture prend fin lorsque la personne assurée n'est plus propriétaire ou copropriétaire de l'entreprise visée, ou que celle-ci n'est plus active. Certaines polices offrent un privilège de transformation : l'assuré peut transformer la police (ou une partie de celle-ci) en police d'assurance individuelle sans avoir à présenter une preuve médicale d'assurabilité. Cependant, l'assuré doit alors justifier sur le plan financier le niveau de couverture pour lequel la transformation est effectuée.

5.4.2.7 Traitement fiscal des primes et prestations

Les polices d'assurance rachat d'actions en cas d'invalidité appartiennent à l'acheteur éventuel de l'entreprise, qui en paie les primes et est bénéficiaire des prestations. Ces polices couvrent l'invalidité du propriétaire ou copropriétaire actuel, et le titulaire ne peut déduire le montant des primes de son revenu imposable, pas plus que ce montant n'est déclaré à titre d'avantage imposable dans le revenu de la personne assurée visée par la couverture. Les prestations versées au titulaire de police en cas d'invalidité de la personne assurée sont non imposables.

EXEMPLE (suite)

Un an après le retrait obligatoire de Daniel (voir l'exemple précédent, sous la rubrique *Conventions de rachat d'actions*), les deux autres dentistes ont trouvé un jeune associé, Michael, qui a acheté 20 % de l'entreprise. Lorsque Laurent, Damien et Michael ont rencontré leur avocat pour lui demander de rédiger une convention de rachat de parts d'associés, ce dernier a proposé les paramètres suivants :

- Type de convention : Rachat croisé
- Parties à la convention : Laurent, Damien et Michael
- Parts : Laurent (40 %), Damien (40 %) et Michael (20 %)
- Évaluation de l'entreprise : 1 200 000 $, croissant à un taux de 5 % par an
- Prestations : Somme forfaitaire
- Date de déclenchement : 12 mois après le début de l'invalidité
- Définition de l'invalidité : Propre profession

Après la rédaction et la signature de la convention, l'avocat a envoyé les trois associés voir un spécialiste en assurance invalidité afin de souscrire une police protection rachat d'actions en cas d'invalidité pour se protéger mutuellement advenant l'invalidité de l'un des copropriétaires. En se fondant sur les conditions de la convention de rachat, le spécialiste a préparé des propositions de polices d'assurance invalidité sur la tête des trois propriétaires. Les caractéristiques de ces polices sont les suivantes :

Police n° 1

La police couvre le risque d'invalidité de Laurent pour une somme de 480 000$. Elle appartient à Damien à raison de 66,67% et à Michael à raison de 33,33%. Ceux-ci doivent acquitter les primes en proportion de leurs parts. En cas de demande de règlement, l'assureur versera 320 000$ à Damien et 160 000$ à Michael, afin de leur permettre de s'acquitter de leurs obligations découlant de la convention de rachat.

Police n° 2

La police couvre le risque d'invalidité de Damien pour une somme de 480 000$. Elle appartient à Laurent à raison de 66,67% et à Michael à raison de 33,33%. Ceux-ci doivent acquitter les primes en proportion de leurs parts. En cas de demande de règlement, l'assureur versera 320 000$ à Laurent et 160 000$ à Michael, afin de leur permettre de s'acquitter de leurs obligations découlant de la convention de rachat.

Police n° 3

La police couvre le risque d'invalidité de Michael pour une somme de 240 000$. Elle appartient à égalité de parts à Laurent et à Damien. Chacun doit payer la moitié du coût des primes. En cas de demande de règlement, l'assureur versera une somme de 120 000$ à chacun des propriétaires de la police, afin de leur permettre de s'acquitter de leurs obligations découlant de la convention de rachat.

De plus, les trois polices comportent une définition d'invalidité «propre profession» et prévoient un délai de carence de 12 mois ainsi que le paiement de prestations sous forme de montant forfaitaire, conformément aux conditions de la convention de rachat. Les trois polices sont aussi accompagnées d'un avenant d'exonération des primes, prenant effet après 90 jours, et d'une garantie d'assurabilité future. Grâce à cette dernière, la couverture augmente en fonction de la hausse de la valeur de l'entreprise, au besoin.

5.5 Perte de l'employé clé

L'assurance invalidité sert en général à protéger le revenu d'une personne en cas d'invalidité prolongée. Cependant, l'entreprise qui emploie cette personne est une entité en soi. Donc, il est tout aussi important de protéger le revenu de l'entreprise en cas d'interruption d'exploitation découlant de l'invalidité d'un employé clé.

5.5.1 Protection pour employé clé

Une protection pour employé clé est une assurance vie, une assurance contre les maladies graves ou une assurance invalidité souscrite sur la tête d'un employé clé et destinée à protéger

l'employeur contre la perte des services de cette personne en cas de décès, d'invalidité ou de maladie grave de celle-ci.

5.5.1.1 Types d'employé clé

Dans bien des cas, l'entreprise compte un ou deux employés aux compétences et à l'apport uniques. Ces personnes clés participent tellement au succès de l'entreprise qu'il est très difficile de les remplacer, surtout à court terme et sur une base temporaire. Il peut s'agir du propriétaire de l'entreprise, d'un cadre supérieur, d'un expert technique, d'un concepteur de systèmes, d'un formateur ou motivateur du personnel de vente ou encore toute autre personne qui contribue de façon importante à la réussite de l'organisation. Cette dernière ne peut se protéger contre toute éventualité, mais elle peut souscrire une police d'assurance sur la tête d'un collaborateur pour protéger sa situation financière en cas de décès ou d'invalidité de cette personne.

5.5.1.2 Objet de la couverture

La protection pour personne clé fournit à l'employeur les sommes d'argent nécessaires pour compenser certaines pertes possibles de son entreprise en raison de l'absence du collaborateur devenu invalide. Les fonds couvrent les dépenses, entre autres les éléments suivants :

- diminution de la productivité de l'entreprise résultant de la perte des services de la personne clé ;
- diminution de la productivité des autres employés consécutive à la perte du soutien ou des conseils de la personne clé ;
- diminution des ventes ou des contacts de réseautage ;
- coût du recrutement et de la formation du remplaçant de la personne clé, au besoin.

Une des principales restrictions applicables aux personnes considérées comme étant des personnes clés pour l'assurance concerne la part détenue dans l'entreprise. Plusieurs assureurs fixent un plafond variant de 10 % à 50 %. Au-delà, une personne peut être exclue de la couverture.

5.5.1.3 Conditions du contrat

La définition d'invalidité figurant dans la protection pour personne clé correspond à une certaine forme de « propre profession ». La couverture sert surtout à protéger l'employeur, parce que l'entreprise ne peut fonctionner de façon rentable sans les services réguliers de la personne clé. La police est renouvelable sous condition, tant et aussi longtemps que la personne assurée travaille à temps plein chez le même employeur.

5.5.1.4 Avenants

La plupart des assurances « protection pour personne clé » comportent des clauses d'exonération des primes et de prestations pour invalidité récidivante. Bon nombre sont aussi accompagnées d'un avenant de remboursement des frais de remplacement. Il prévoit le versement de prestations supplémentaires couvrant les frais liés à l'embauche d'un remplaçant, au besoin.

5.5.1.5 Prestations

Les prestations versées en vertu de la protection pour personne clé se limitent en général à 100 % maximum du salaire annuel de la personne assurée, versé mensuellement, jusqu'à concurrence d'environ 15 000 $ par mois. L'ajout d'avenants, comme celui du remboursement des frais de remplacement, peut se traduire par une augmentation de la prestation habituelle.

5.5.1.6 Délai de carence et périodes d'indemnisation

La protection pour personne clé sert avant tout à prévoir les pertes de l'entreprise si elle ne peut bénéficier des services essentiels de la personne clé. Pour cette raison, le délai de carence prévu dans la police est court, soit de 30 à 90 jours.

Les périodes d'indemnisation ne dépassent pas 12 mois le plus souvent, parce que l'entreprise ne peut tenir indéfiniment sans les services de la personne clé. En cas d'absence prolongée de la personne assurée au-delà de quelques mois, l'employeur devra sans doute trouver un remplaçant.

5.5.1.7 Traitement fiscal des primes et prestations

L'assurance protection pour personne clé appartient en général à l'employeur. Il en acquitte les primes et en est le bénéficiaire. Les primes versées ne sont pas déductibles du revenu imposable du titulaire de police, pas plus qu'elles ne sont déclarées à titre d'avantage imposable dans le revenu de l'employé couvert. Les prestations touchées par l'employeur en cas d'invalidité de l'employé assuré sont non imposables.

EXEMPLE

La société par actions Belles Enseignes compte deux copropriétaires et trois employés à temps plein. Elle conçoit et installe des logos, enseignes et illustrations décoratives pour les entreprises commerciales. Mona, graphiste, génère 45 % des revenus annuels de la société, soit environ 300 000 $ par an. Les deux propriétaires s'occupent surtout de la gestion et de la promotion, et les deux autres employés se consacrent à la production, à l'encadrement et à la livraison des marchandises.

Conscients que l'entreprise dépend beaucoup des services de Mona, les propriétaires ont souscrit sur sa tête une assurance protection de la personne clé; cette police prévoit un délai de carence de 60 jours, une période d'indemnisation de 12 mois et des prestations mensuelles de 12 500 $. Dans les cas d'une invalidité prolongée de Mona, cette police couvrirait les frais indirects et les salaires des deux autres employés, afin de permettre à l'entreprise de continuer ses activités.

5.6 Autres types de régimes d'assurance d'entreprises

Il convient d'étudier brièvement d'autres types de couverture d'assurance invalidité et d'assurance-maladie. Ces régimes ne constituent pas à strictement parler d'« assurances d'entreprises », car ils ne couvrent pas nécessairement les intérêts de l'entreprise ou de son propriétaire. Ils sont parfois appelés, de façon approximative, des « régimes de gestion-santé ».

5.6.1 Fiducies de santé et de bien-être (FSBE)

Lorsque les employeurs désirent offrir à leurs employés des avantages sous forme de prestations de soins de santé (soins dentaires, soins de la vue, régime de médicaments d'ordonnance, etc.), ils établissent le plus souvent un régime d'assurance collective. Toutefois, les fiducies de santé et de bien-être (FSBE) constituent une solution de rechange. Ces régimes fiduciaires sont provisionnés afin de procurer aux employés des prestations de soins de santé. Les FSBE proposent un choix plus souple d'avantages que le régime collectif habituel.

Les exigences précises applicables aux FSBE sont énoncées dans le Folio de l'impôt sur le revenu S2-F1-C1 de l'Agence du revenu du Canada intitulé *Fiducie de santé et de bien-être,* publié pour la première fois le 27 juillet 2015 et modifié le 27 novembre 2015. Il a remplacé et annulé le Bulletin d'interprétation IT-85R2, *Fiducie de santé et de bien-être au bénéfice d'employés,* du 31 juillet 1986.

5.6.1.1 Contributions versées à la fiducie

Les contributions sont en général versées uniquement par l'employeur, de façon obligatoire, et ne peuvent lui être remboursées. Aucune disposition législative ne restreint le montant annuel ou cumulé des contributions, mais le Folio de l'impôt sur le revenu S2-F1-C1 précise que les contributions d'un employeur « ... ne doivent pas dépasser la somme requise pour fournir à ses employés des avantages en matière de santé et de bien-être ». Il n'est fixé aucune limite de la période au cours de laquelle les employés doivent utiliser les contributions pour toucher les prestations.

5.6.1.2 Incidences fiscales

Si la FSBE respecte les exigences du Folio de l'impôt sur le revenu S2-F1-C1, l'employeur peut déduire les contributions de son revenu imposable. Les employés bénéficiaires de la fiducie n'ont pas à déclarer un avantage imposable, tant au moment du versement des contributions de l'employeur à la fiducie qu'à celui de la réception des prestations de soins de santé versées par la fiducie.

5.6.2 Fiducies de soins de santé au bénéfice d'employés (FSSBE)

Établies en 2010, les fiducies de soins de santé au bénéfice d'employés (FSSBE) constituent une variante des FSBE. La FSSBE est traitée explicitement à l'article 144.1 de la *Loi de l'impôt sur le revenu.* La FSBE est régie uniquement par l'Agence du revenu du Canada (ARC). De plus, la fiducie qui administre la FSSBE doit résider au Canada, alors que cette exigence ne s'applique pas à la FSBE.

Comme dans le cas d'une FSBE, les contributions de l'employeur à une FSSBE afin d'offrir aux employés des avantages sous forme de prestations d'assurance contre la maladie ou les accidents (et non pas d'assurance vie) sont déductibles du revenu imposable de l'employeur et ne sont pas considérées comme un avantage imposable pour l'employé. Les contributions versées à la fiducie ne peuvent être remboursées à l'employeur ; elles doivent servir uniquement à fournir des prestations désignées à l'employé, à l'ex-employé et à sa famille, notamment le paiement des primes afférentes aux régimes individuels ou collectifs d'assurance contre la maladie ou les accidents. En général, les FSSBE sont utilisées par les moyennes et grandes entreprises, en raison de leur complexité et de leur coût d'administration.

5.6.3 Régimes de gestion-santé personnels (RGSP)

Les régimes de gestion-santé personnels (RGSP) assurent des prestations de soins de santé aux propriétaires uniques, aux associés et à leurs familles. Des contributions sont versées au régime, jusqu'à concurrence d'un montant maximal prescrit. Elles servent à payer directement les services de santé comme les médicaments d'ordonnance, les soins de la vue et les soins dentaires ainsi qu'un large éventail d'autres services médicaux. Tous les services ou produits admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux peuvent être couverts par ces régimes.

Les contributions couvrant le propriétaire unique et les membres adultes de sa famille (son conjoint, par exemple) se limitent à 1 500 $ par an et à 750 $ pour les membres de la famille de moins de 18 ans. Un administrateur gère les contributions et les retraits en échange du paiement de ce service. Les RGSP offrent des avantages fiscaux spécifiques. Ces derniers sont intéressants pour le propriétaire d'entreprise tant qu'ils dépassent les frais administratifs du régime. La seule véritable restriction concerne les contributions versées au régime ; elles doivent servir à l'acquisition de services admissibles dans les deux ans suivant leur versement, faute de quoi elles sont perdues.

Les contributions versées par l'employeur pour les achats de produits et services de santé admissibles sont déductibles du revenu de l'employeur jusqu'à concurrence des montants maximaux indiqués précédemment, et ne constituent pas un revenu imposable pour les employés[30].

La plupart des RGSP comprennent une protection d'assurance voyage et un avenant pour frais exceptionnels couvrant des éléments comme les frais d'hospitalisation dans une chambre à deux lits (semi-privée).

5.6.4 Régimes groupés d'assurance invalidité et d'assurance contre les maladies graves

Un régime groupé d'assurance est un contrat aux termes duquel l'employeur convient d'acheter, de financer et de détenir des contrats individuels d'assurance invalidité et d'assurance contre les maladies graves, au profit d'au moins deux de ses employés (un seul employé ne constitue pas un «groupe»). Ce contrat remplace un régime d'assurance collective offert par une compagnie d'assurance. Les prestations réclamées en vertu des polices sont versées directement à l'employé invalide.

Les employés bénéficiant d'un régime groupé doivent appartenir à une catégorie définie de travailleurs de l'organisation; ils ne peuvent être sélectionnés ou choisis au hasard dans le personnel de l'entreprise. Des avantages similaires doivent être offerts à chaque membre du groupe concerné, si cette personne est assurable. Cependant, il est possible de mettre en place des régimes groupés variant selon les catégories d'employés. Le groupe ne peut se composer uniquement d'actionnaires de l'employeur, sinon les avantages fiscaux décrits ci-dessous ne s'appliquent pas. Toutefois, un groupe peut comprendre à la fois des actionnaires et d'autres employés, à condition que les actionnaires soient également des employés de la société.

Si le régime groupé est bien structuré, l'employeur peut déduire de son revenu imposable les primes versées dans l'année de leur paiement. De leur côté, les employés n'ont pas à déclarer les primes versées par l'employeur à titre de revenu. Toutefois, si l'employé présente une demande de prestations, celles-ci constituent un avantage imposable.

EXEMPLE

La société XYZ a établi un régime groupé d'assurance invalidité pour son personnel de bureau en 2011. À son tour, le régime a souscrit des polices individuelles d'assurance de remplacement du revenu en cas d'invalidité sur la tête de chaque employé de la société. En 2012, la société a versé 800$ en primes au profit d'un employé, Hans. Elle a déduit la totalité de ce montant de son revenu imposable, mais Hans n'a pas eu à déclarer ces primes comme étant un avantage imposable. En 2013, il s'est absenté du travail pendant

30. À l'exception du Québec, où elles doivent être considérées comme un revenu imposable pour fins de calcul de l'impôt provincial.

plusieurs semaines après s'être gravement blessé au genou au cours d'un match de football avec des amis. Hans a alors reçu un montant de 3 600$ du régime à titre de prestations de remplacement du revenu. Il a donc dû déclarer un avantage imposable de 3 600$ en 2013, à la suite de son invalidité.

5.7 Imposition des prestations

Le tableau 5.1 résume les incidences fiscales du versement des primes et de la réception des prestations sur l'employeur et l'employé aux termes des polices d'assurance invalidité d'entreprise.

Il importe de souligner que, si l'entreprise touchant les prestations de la police d'assurance est une société par actions, aucun montant ne peut être porté au crédit du compte de dividendes en capital de la société, contrairement à ce qui se passe pour le produit d'assurance vie. Les sommes versées aux actionnaires sous forme de dividendes seraient considérées comme des dividendes imposables.

TABLEAU 5.1

Incidences fiscales relatives aux primes versées et aux prestations reçues de l'assurance d'entreprise contre la maladie ou les accidents et l'invalidité

TYPE DE COUVERTURE	CARACTÉRISTIQUES	
Protection frais généraux	Qui est propriétaire du contrat ?	Employeur/entreprise
	Qui paie les primes ?	Employeur/entreprise
	Qui touche les prestations ?	Employeur/entreprise
	Les primes sont-elles déductibles du revenu imposable ?	Oui
	Les primes déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour la personne assurée ?	Non
	Les prestations déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour l'employeur/entreprise ?	Oui
	Les frais sont-ils déductibles du revenu imposable pour l'employeur/entreprise ?	Oui
Protection pour prêt d'entreprise	Qui est propriétaire du contrat ?	Employeur/entreprise
	Qui paie les primes ?	Employeur/entreprise
	Qui touche les prestations ?	Employeur/entreprise

TYPE DE COUVERTURE	CARACTÉRISTIQUES	
Protection pour prêt d'entreprise (*suite*)	Les primes sont-elles déductibles du revenu imposable ?	Non
	Les primes déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour la personne assurée ?	Non
	Les prestations déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour l'employeur/entreprise ?	Non
Protection rachat d'actions en cas d'invalidité – Convention de rachat par l'entreprise	Qui est propriétaire du contrat ?	Employeur/entreprise
	Qui paie les primes ?	Employeur/entreprise
	Qui touche les prestations ?	Employeur/entreprise
	Les primes sont-elles déductibles du revenu imposable ?	Non
	Les primes déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour la personne assurée ?	Non
	Les prestations déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour l'employeur/entreprise ?	Non
Protection rachat d'actions en cas d'invalidité – Convention de rachat croisé	Qui est propriétaire du contrat ?	Actionnaires/associés
	Qui paie les primes ?	Actionnaires/associés
	Qui touche les prestations ?	Actionnaires/associés
	Les primes sont-elles déductibles du revenu imposable ?	Non
	Les primes déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour la personne assurée ?	Non
	Les prestations déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour la personne assurée ?	Non
	Les prestations sont-elles imposables pour l'actionnaire/associé ?	Non
Protection pour employé clé	Qui est propriétaire du contrat ?	Employeur/entreprise
	Qui paie les primes ?	Employeur/entreprise
	Qui touche les prestations ?	Employeur/entreprise
	Les primes sont-elles déductibles du revenu imposable ?	Non
	Les primes déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour l'employé ?	Non
	Les prestations déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour l'assuré ?	Non
	Les prestations sont-elles imposables pour l'employeur/entreprise ?	Non

TYPE DE COUVERTURE	CARACTÉRISTIQUES	
Fiducies de santé et de bien-être (FSBE)	Qui est propriétaire du contrat ?	Fiducie
	Qui paie les primes ?	Employeur
	Qui touche les prestations ?	Employé
	Les contributions sont-elles déductibles du revenu imposable de l'employeur ?	Oui
	Les contributions déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour l'employé ?	Non
	Les prestations déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour l'employé ?	Non
Fiducies de soins de santé au bénéfice d'employés (FSSBE)	Qui est propriétaire du contrat ?	Fiducie
	Qui paie les primes ?	Employeur
	Qui touche les prestations ?	Employé
	Les contributions sont-elles déductibles du revenu imposable pour l'employeur ?	Oui
	Les contributions déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour l'employé ?	Non
	Les prestations déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour l'employé ?	Oui
Régimes de gestion-santé personnels (RGSP)	Qui est propriétaire du contrat ?	Employé
	Qui paie les primes ?	Employeur/entreprise
	Qui touche les prestations ?	Employé
	Les contributions sont-elles déductibles du revenu imposable pour l'employeur ?	Oui
	Les primes déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour l'employé ?	Non[31]
	Les prestations déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour l'employé ?	Non
	Les frais sont-ils déductibles du revenu imposable pour l'employeur/entreprise ?	Oui
Régimes groupés d'assurance invalidité/maladies graves	Qui est propriétaire du contrat ?	Employeur/entreprise
	Qui paie les primes ?	Employeur/entreprise
	Qui touche les prestations ?	Employé
	Les primes sont-elles déductibles du revenu imposable ?	Oui
	Les primes déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour l'employé ?	Non
	Les prestations déclarées sont-elles imposables à titre de revenu pour l'employé ?	Oui

31. Oui, au Québec, pour l'impôt provincial.

5.8 Coordination de la couverture d'assurance invalidité et d'entreprise

La couverture d'assurance invalidité peut provenir d'un large éventail de sources :

- Régime de pensions du Canada (RPC)[32] ;
- assurance-emploi (AE) du gouvernement fédéral ;
- régimes provinciaux d'indemnisation des accidents du travail ;
- régimes d'assurance collective ou groupés fournis par l'employeur ;
- polices individuelles d'assurance contre la maladie ou les accidents ;
- prestations d'invalidité offertes par les contrats d'assurance vie ;
- protection frais généraux ;
- protection pour prêt d'entreprise ;
- protection rachat d'actions en cas d'invalidité ;
- protection pour personne clé.

Le défi des représentants en assurance consiste à coordonner tous ces régimes afin de s'assurer :

- que le client ou son entreprise bénéficie d'une couverture complète ;
- qu'il n'y a pas de dédoublement de protection inutile et coûteux.

5.8.1 Besoins en assurance individuelle du propriétaire

Les cas de couverture insuffisante ou faisant double emploi sont observés le plus souvent chez les clients propriétaires-exploitants d'une entreprise, notamment si elle compte plusieurs employés. Un programme d'assurance invalidité axé sur la protection des employés peut renforcer indirectement la situation de l'entreprise en favorisant un accroissement de la fidélité et de la productivité. Toutefois, elle n'offre à peu près aucune couverture des frais de l'entreprise ni ne permet de générer des bénéfices ou de protéger le revenu net du propriétaire. La police individuelle de remplacement du revenu en cas d'invalidité offre peut-être une protection adéquate du revenu du propriétaire unique en cas d'invalidité prolongée ; cependant, si son entreprise et ses employés ne sont pas également protégés, le propriétaire n'aura peut-être plus de source de revenu sur laquelle compter une fois rétabli.

Il est nécessaire de coordonner les niveaux de couverture, ainsi que les délais de carence et les périodes d'indemnisation afin d'éviter les situations de couverture insuffisante ou excessive.

32. Au Québec, c'est le Régime de rentes du Québec (RRQ) qui remplit cette fonction.

EXEMPLE

Charlotte est coactionnaire d'une société par actions comptant 30 employés. Elle a trois coactionnaires. La société détient une police d'assurance pour personne clé, souscrite sur la tête de ses propriétaires afin d'assurer la viabilité de l'entreprise en cas d'invalidité prolongée de l'un d'eux et une protection de rachat d'actions en cas d'invalidité sur la tête de chacun. Ces contrats ont pour objet de financer une convention de rachat. La protection de rachat d'actions prévoit un délai de carence de 12 mois. En conséquence, la société a aussi souscrit des polices d'assurance invalidité sur la tête des actionnaires. Ces polices prévoient le versement d'une prestation équivalant à 50 % du revenu net des actionnaires. Cela leur permet de garder leur niveau de vie à compter du début de l'invalidité jusqu'au déclenchement du rachat. Les contrats appartiennent à la société, qui en acquitte les primes et est bénéficiaire des prestations. À son tour, la société assurera la continuité de la rémunération du propriétaire-exploitant invalide. Les régimes prévoient un délai de carence de 90 jours et une période d'indemnisation de 9 mois.

Étant donné que les prestations d'invalidité versées à Charlotte sont imposables, le revenu après impôt sera insuffisant pour lui permettre de subvenir complètement à ses besoins en cas d'invalidité d'un an. Charlotte doit donc envisager de souscrire une police d'assurance invalidité personnelle pour compléter la couverture offerte par son employeur. Sa police d'assurance personnelle prévoit un délai de carence de 30 jours et une période d'indemnisation de 12 mois. La prestation mensuelle s'élèvera à environ 10 000 $ pour les 60 premiers jours (le régime de la société ne verserait alors aucune prestation) et à 5 000 $ (60 000 $ par an) pour les 10 autres mois. En cas d'invalidité à long terme, aucune couverture n'est nécessaire après 12 mois, car la part de Charlotte aura sans doute été rachetée conformément à la convention de rachat d'actions financée par la police d'assurance.

À l'autre extrême, il faut éviter de surassurer l'entreprise ou l'entrepreneur. Certains régimes, comme l'assurance-emploi, sont des seconds payeurs et ne versent à peu près aucun montant sous forme de prestations s'il existe d'autres sources d'indemnisation en cas d'invalidité (sauf les régimes privés d'assurance de remplacement du revenu). En tout état de cause, les barèmes de prestations de la plupart des régimes comportent un « maximum de toutes sources » ; cela signifie que les prestations sont limitées, dans tous les régimes, à 85 % du revenu antérieur à l'invalidité. Si le propriétaire de l'entreprise touche des prestations d'assurance collective ou d'assurance groupée, en plus des prestations versées par les régimes gouvernementaux et par une police privée d'assurance de remplacement du revenu en cas d'invalidité, les prestations sont calculées au prorata de façon que le montant total versé ne dépasse pas le plafond de 85 %.

CHAPITRE 6

PROFIL DU CLIENT

Éléments de la compétence

- Évaluer la situation et les besoins du client ;
- Mettre en place une recommandation adaptée à la situation et aux besoins du client.

Sous-éléments de la compétence

- Déterminer la situation du client ;
- Évaluer la convenance de la couverture actuelle du client par rapport à sa situation ;
- Formuler les besoins du client en fonction des risques pouvant affecter sa situation ;
- Proposer une recommandation adaptée à la situation et aux besoins du client.

6
PROFIL DU CLIENT

Comme il a été expliqué dans les chapitres précédents, l'invalidité, la maladie grave, le besoin de soins de longue durée et les autres problèmes de santé liés à la maladie et aux accidents peuvent nuire énormément à la situation financière et émotive du client en raison d'une perte de revenu et d'une augmentation des dépenses. Une assurance contre la maladie ou les accidents peut atténuer les effets de ces problèmes de santé. Toutefois, avant de présenter une recommandation, le représentant en assurance de personnes doit analyser la situation du client afin de vérifier sa bonne compréhension des risques encourus et des besoins à combler. En raison de la vaste gamme de produits offerte par la couverture contre la maladie ou les accidents, le profil du client devrait au moins contenir les éléments suivants :

- sa situation personnelle ;
- sa situation financière, y compris son revenu et ses dépenses ;
- sa couverture actuelle.

Une fois le profil complet du client dressé, le représentant sera à même de proposer les produits qui couvrent l'invalidité, la maladie grave, les soins de longue durée et l'assurance maladie complémentaire les mieux adaptés pour répondre aux besoins et au budget du client en assurance contre la maladie ou les accidents.

6.1 Situation personnelle du client

Une vaste gamme de facteurs doivent être considérés au moment de recueillir des renseignements sur un client dans le cadre d'une analyse de sa situation d'assurance centrée sur l'assurance contre la maladie ou les accidents, que ce soit : l'invalidité, la maladie grave, les soins de longue durée ou l'assurance maladie complémentaire. Tous les aspects suivants doivent être examinés :

▪ détails personnels uniques au client, comme l'âge, le sexe et les activités	Ces détails peuvent avoir une incidence sur le risque d'invalidité et la durée du besoin de prestations ou de soins.
▪ état matrimonial du client	Le conjoint constitue une source éventuelle de revenu ou de soutien.
▪ personnes à charge, le cas échéant, du client	Ces personnes peuvent avoir un besoin de soutien financier en cas d'invalidité ou d'incapacité du client.

▪ profession du client	Elle permet de connaître le risque d'invalidité et la probabilité de conserver cet emploi en cas d'invalidité.
▪ état de santé actuel et antécédents de santé du client et de sa famille	C'est une indication de la survenance de problèmes de santé éventuels.
▪ objectifs de retraite du client	Cela indique quand le client a l'intention de prendre sa retraite et quel style de vie il souhaite alors.

Le représentant doit étudier tous ces détails personnels et leurs ramifications avant de tenir compte de données empiriques comme le revenu, les avoirs et les dettes.

6.1.1 Détails personnels

Des caractéristiques personnelles d'un client, autres que sa santé, son revenu ou ses avoirs, peuvent influer de façon marquée sur ses besoins d'assurance contre la maladie ou les accidents et le type d'assurance approprié. Plus précisément, l'âge au moment de l'examen, le sexe et les activités non professionnelles sont autant de facteurs susceptibles de modifier le type de risque pour un client, ainsi que le processus d'analyse et les recommandations du représentant.

6.1.1.1 Âge

Tant pour le nouveau client que pour celui de longue date dont le programme est en cours de révision par le représentant, l'âge actuel est important dans le processus d'analyse et de planification de l'assurance contre la maladie ou les accidents.

L'âge du client est un facteur dont il faut tenir compte dans le risque de maladie ou d'invalidité, mais il a aussi une incidence sur le nombre d'années où il faudra verser des prestations d'invalidité correspondantes et payer des dépenses de soins médicaux. Par conséquent, ce facteur peut influer sur le coût de la garantie d'assurance.

6.1.1.2 Sexe

Le sexe est un autre facteur important pour estimer tant la mortalité (espérance de vie) que la morbidité (risque d'invalidité).

Selon les statistiques, à tout âge, l'espérance de vie moyenne d'une femme est plus longue que celle d'un homme du même âge[33]. Donc, il faudrait prévoir, surtout pour les soins de longue

33. Statistique Canada. *Espérance de vie, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et par province et territoire.* [En ligne]. Document révisé le 31 mai 2012. [Document consulté le 3 août 2017]. http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health72a-fra.htm

durée, que le coût global des soins sera plus élevé pour la femme ; en effet, elle sera sans doute soignée pendant une plus longue période.

De plus, les femmes ont, en général, une probabilité d'invalidité plus élevée que celle des hommes du même âge.

6.1.1.3 Sports, passe-temps, activités ou autres intérêts

À part les activités professionnelles du client pour gagner sa vie (décrites plus loin dans le chapitre), ses occupations pendant ses temps libres peuvent aussi avoir une incidence très importante sur son risque d'invalidité, à court ou à long terme.

Le client ayant essentiellement une vie sédentaire en dehors de son travail (télévision, lecture, jeu d'échecs, etc.) risque des problèmes de santé liés au manque d'exercice.

En revanche, la personne qui marche régulièrement, fait de la bicyclette pour se détendre ou joue au golf ou au hockey sans contact a beaucoup plus de chances de rester en forme, tout en réduisant bon nombre de risques de maladie.

Tout à fait à l'opposé, le client qui pratique des sports ou activités extrêmes (rugby, parachutisme, escalade, etc.) a beaucoup plus de risques de se blesser et d'avoir une invalidité permanente. Dans ce cas, il faut rappeler que le client peut être inassurable pour l'invalidité ou les soins de longue durée ou, du moins, visé par certaines exclusions.

6.1.2 État matrimonial

Il est important d'établir si le client est célibataire, marié ou en union de fait, ou s'il a déjà été marié ou en union de fait. Sa situation affecte les sources de revenu et de dépenses pendant les périodes d'invalidité ou de maladie.

Le cas le plus simple, du moins concernant les variables à considérer, est celui du client célibataire, qui l'a toujours été et n'a aucune intention immédiate de changer d'état.

Le client a alors sans doute peu d'obligations, voire aucune, envers qui que ce soit. Cela entre en compte dans le calcul du revenu exigé pour le soutenir en cas d'invalidité. De la même manière, le client célibataire pense uniquement à ses propres besoins s'il est atteint d'une maladie grave ou s'il doit recevoir des soins de longue durée. Bien entendu, il y a toujours des exceptions, comme un client ayant la charge financière ou la responsabilité de prendre soin d'un parent âgé ou malade.

Par ailleurs, un client célibataire n'a pas le soutien financier ou moral d'un conjoint ou d'un conjoint de fait : il n'a pas de deuxième revenu familial sur lequel compter ni de partenaire de vie pour lui apporter un soutien personnel ; toutefois, d'autres membres de la famille (comme ses parents ou des frères et sœurs) peuvent l'aider.

Un client marié ou conjoint de fait pourrait obtenir une source de revenu familial supplémentaire de ce conjoint ou partenaire pour réduire en partie le besoin d'assurance en cas d'invalidité.

EXEMPLE 1

Henri est célibataire et il gagne 60 000 $ par an. Il lui faudrait 60 % de son revenu actuel pour survivre pendant une période d'invalidité prolongée. Sans autre source de revenu ou de remplacement de revenu, il lui faudrait 3 000 $ par mois d'assurance invalidité pour subvenir à ses besoins en cas d'invalidité ((60 000 $ × 60 %) ÷ 12).

EXEMPLE 2

Le frère d'Henri, Jacques, et son épouse, Marie, gagnent respectivement 60 000 $ par an. Il leur faudrait 60 % de leurs revenus combinés, soit 6 000 $ par mois, pour vivre si l'un d'entre eux devenait invalide ((60 000 $ × 2) × 60 % ÷ 12). Toutefois, en cas d'invalidité de Jacques, Marie gagnerait encore 5 000 $ par mois, et vice versa, ce qui laisserait un manque à gagner de 1 000 $ par mois seulement en cas d'invalidité ou d'incapacité de travailler de l'un des deux conjoints. Jacques ou Marie n'aurait donc besoin que de 1 000 $ d'assurance invalidité pour protéger la famille en cas d'invalidité de l'un ou de l'autre. Cependant, il serait plus prudent d'avoir un niveau plus élevé de couverture afin de parer à toute éventualité (un des conjoints pourrait avoir besoin de travailler à temps partiel pour prendre soin de l'autre).

Le représentant devrait bien connaître les lois de la ou des provinces où il exerce concernant les régimes matrimoniaux, les droits alimentaires et les droits civils ou en common law des conjoints mariés ou en union de fait. Cela pourrait l'aider à comprendre les droits et les obligations en cas de maladies, comme l'invalidité ou d'autres affections de nature à toucher la situation financière du couple.

Dans le cas de clients ayant déjà été mariés, maintenant séparés ou divorcés, ou en union de fait, le représentant devrait se renseigner sur les obligations alimentaires actuelles envers l'ancien conjoint ou les enfants, ou l'ensemble de ceux-ci, et se procurer une copie des ententes ou des ordonnances judiciaires afférentes.

6.1.3 Personnes à charge

Dans l'analyse des besoins financiers (par conséquent, des besoins d'assurance) d'un client en cas d'invalidité, de maladies graves ou d'autre problème de santé, le représentant en assurance de personnes doit tenir compte non seulement des besoins personnels du client, mais aussi de ceux de toute autre personne à sa charge. Cela s'ajoute à ses dépenses à assumer et implique alors un supplément de couverture contre la maladie ou les accidents.

Les personnes suivantes peuvent constituer des personnes à charge pour le client en assurance contre la maladie ou les accidents :

- conjoint — Le conjoint devenu invalide à la suite de maladie ou blessure pourrait avoir besoin de traitements spéciaux ou de soins médicaux, ou d'aménagements particuliers dans son lieu de résidence ; un conjoint âgé pourrait avoir besoin de soins à domicile ou en maison de soins infirmiers.
- enfants — Jusqu'à la fin des études secondaires de leurs enfants, les parents assument en général la pleine responsabilité du logement, de l'alimentation, des vêtements, des frais d'éducation et, souvent, des loisirs. Cette charge peut demeurer pendant quelques années encore si les enfants font des études supérieures ou plus longtemps s'ils ont des besoins spéciaux à cause de problèmes physiques ou de développement, par exemple.
- autres membres de la famille — Les clients peuvent être financièrement responsables ou jouer le rôle d'aidants naturels pour d'autres personnes en dehors de leur cercle familial, comme des parents âgés, des grands-parents ou des frères et sœurs nécessitant des soins particuliers.

6.1.4 Profession

La profession du client est le facteur le plus important pour déterminer le type, les prestations et les coûts de la couverture d'assurance invalidité. Par exemple, la définition de « propre profession » pour l'invalidité et le droit d'acquérir une police garantie renouvelable sans modification de coûts ou de prestations concernent seulement les personnes des catégories professionnelles à faible risque, comme les médecins, les avocats et les cadres supérieurs. Le degré de risque d'invalidité inhérent à la profession peut aussi déterminer le délai de carence minimum applicable à l'assuré, la durée des prestations et, bien sûr, les primes à payer. Certaines professions peuvent être si dangereuses que le client pourrait être soumis à de strictes exclusions de couverture ou tout simplement inassurable. À ce titre, les détails de la profession du client doivent être examinés et étayés avec soin.

Il est utile de connaître la profession du client pour n'importe quelle assurance, mais ce facteur ne permet pas de déterminer le montant de l'assurance requis en cas de maladies graves et de soins de longue durée.

6.1.4.1 Tâches professionnelles

Comme il a été étudié au chapitre 2, les professions sont classées en fonction du risque d'invalidité, l'échelon le plus élevé étant réservé aux professionnels travaillant dans un milieu où les risques physiques sont moindres. Les risques peuvent être liés non seulement à l'environnement de travail (conditions dangereuses, produits chimiques toxiques, etc.), mais aussi à la quantité d'efforts physiques à déployer par le client pour exécuter les tâches et son exposition plus ou moins grande au stress.

Après avoir tenu compte de ces éléments, le service de la souscription de la compagnie d'assurance examine les exigences physiques de l'emploi même. Le proposant travaille-t-il exclusivement dans un cadre administratif (faible risque) ou est-il sur un chantier de construction ou près de machinerie lourde (risque élevé), par exemple ? Combien d'heures par semaine le proposant doit-il travailler ? À combien de congés a-t-il droit chaque année ?

6.1.4.2 Expérience de travail

Il est utile de connaître non seulement les détails de l'emploi actuel du client, mais aussi passé. Certains emplois situés dans des lieux dangereux, les mines, par exemple, peuvent causer des maux physiques à retardement (tels que les dommages aux poumons). Le cas échéant, cela peut entraîner une invalidité, même si le client n'est plus exposé à ces conditions dangereuses. Le nombre d'années travaillées par le client dans les postes antérieurs pourrait aussi constituer un facteur important.

Les détails de l'emploi actuel du client, quant à eux, pourraient moins influencer son assurabilité, surtout s'il a l'habitude de changer d'emploi tous les deux ans, et surtout si, chaque fois, les emplois comportent des fonctions et des risques nettement différents.

6.1.4.3 Plans de travail futurs

S'il est certes utile de connaître les détails du travail actuel du client, il faut aussi prévoir ce qui se passerait s'il changeait d'emploi ou s'il prenait sa retraite dans un futur proche. Le client pourrait occuper un emploi moins bien rémunéré qu'actuellement, ou n'avoir que peu de revenus de retraite, voire aucun. Cet élément est critique pour évaluer le montant d'assurance invalidité nécessaire au client ou auquel il est admissible. Le nouvel emploi visé pourrait comporter plus de risques physiques que l'emploi actuel, ce qui entraînerait une baisse de la classification pour le calcul de l'assurance ou des restrictions, voire un refus de couverture.

6.1.5 Santé

La santé est aussi un élément critique pour déterminer les types d'assurance contre la maladie ou les accidents pour lesquels une personne se qualifie. Quel est son état de santé actuel ? A-t-elle déjà eu des problèmes médicaux ? Y a-t-il des facteurs annonciateurs d'ennuis futurs ? Les questions de santé pourraient être une indication de besoins potentiels et de réclamations, peu importe le type d'assurance contre la maladie ou les accidents :

- des problèmes de santé, actuels ou antérieurs, pourraient conduire à une maladie ou à une blessure propre à influer sur la capacité de travailler du client et entraîner une réclamation de remplacement de revenu en cas d'invalidité ;
- des éléments, comme le diabète, la pression artérielle ou l'usage du tabac constituent des facteurs de risque importants de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral et pourraient entraîner une réclamation concernant les maladies graves ;
- des maladies, tel le diabète, pourraient avoir des effets incapacitants sur la santé future (comme une perte de membres ou de leur usage) de nature à imposer des soins à domicile ou dans un établissement de soins de longue durée.

La santé de l'assuré est aussi un facteur évident pour l'assurance maladie complémentaire. Les personnes ayant, ou ayant eu, des problèmes de santé seront sans doute à l'origine d'un nombre accru de réclamations, en particulier concernant les frais médicaux.

6.1.5.1 Antécédents de santé personnels

À part l'état de santé actuel, les antécédents médicaux d'une personne, y compris les réclamations antérieures concernant l'invalidité et les problèmes de santé, devraient être pris en considération pour évaluer les risques en assurance contre la maladie ou les accidents.

Le questionnaire de sélection médicale exigé pour tous les types de couvertures d'assurance contre la maladie ou les accidents insiste beaucoup sur l'état de santé actuel et les antécédents médicaux du proposant. Le client pourrait se voir imposer de strictes restrictions de couverture ou se voir refuser toute couverture si ses antécédents sont trop négatifs. En remplissant le questionnaire, il est important de répondre à chaque demande de façon intégrale, en fournissant tous les détails nécessaires pour permettre aux souscripteurs de l'assureur d'évaluer le risque représenté par le client, surtout dans le cas de réponses « affirmatives ». Par exemple, si le questionnaire concerne des cas antérieurs d'invalidité, le représentant ne doit pas seulement écrire « oui » sur le formulaire. Il doit ajouter tous les détails : la nature de la blessure ou de la maladie, la date et la durée de l'invalidité, le traitement et toutes les séquelles.

6.1.5.2 Antécédents de santé familiaux

Les antécédents de santé familiaux sont tout aussi pertinents que les antécédents personnels pour le service d'évaluation des risques de la compagnie d'assurance. On parle dans ce cas des

membres de la famille immédiate du client : parents et frères et sœurs. Comme il a été expliqué dans les chapitres précédents, des problèmes de santé, bien que non héréditaires au sens strict, tendent à être récurrents dans certaines familles.

La longévité d'une famille est un facteur positif dans l'évaluation des risques pour l'assurance vie (une plus longue espérance de vie engendre des primes moins élevées). Toutefois, cela peut constituer un élément négatif pour l'assurance contre les maladies graves ou les soins de longue durée. Dans le cas de l'assurance de soins de longue durée, plus l'espérance de vie du client est longue, et plus les probabilités de réclamation sont grandes, plus la réclamation peut être élevée.

Des clients peuvent avoir un plus grand risque de maladie, surtout en vieillissant, si les mêmes problèmes se manifestent chez leurs parents ou leurs grands-parents. Il n'est pas inhabituel de voir un client souffrir du diabète de type II si ses parents ou grands-parents en ont aussi été atteints[34]. Les femmes dont les mères ont eu le cancer du sein ont une probabilité plus grande que les autres femmes, en général, d'avoir elles aussi un cancer du sein[35].

Certaines maladies génétiques sont en effet « héréditaires » et entraînent un risque de futurs problèmes de santé.

Particulièrement dans le cas de l'assurance contre les maladies graves ou de soins de longue durée, ces risques familiaux conduiront sans doute à une restriction concernant la couverture ou les prestations, ou encore à un refus de toute couverture.

6.1.6 Objectifs de retraite

La date à laquelle le client entend prendre sa retraite et le type de vie qu'il souhaite mener sont des facteurs que le représentant doit considérer pour concevoir un programme d'assurance contre la maladie ou les accidents. La date prévue de la retraite a une incidence sur la période de versement des prestations de revenu en cas d'éventuelle invalidité, soit à partir de la date de souscription jusqu'à la date de la retraite.

6.1.6.1 Voyager et vivre à l'étranger ou vivre à domicile

Le type de retraite prévu par le client pourrait aussi dicter la nature et la portée de la couverture d'assurance contre la maladie ou les accidents exigée, en particulier celle de l'assurance contre les maladies graves et de soins de longue durée.

Si le client entend beaucoup voyager à la retraite, il peut avoir besoin d'une couverture accrue contre les maladies graves et de soins de longue durée. Par exemple, en cas de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral avec séquelles, la mobilité du client pourrait être réduite ou il

34. Canadian Diabetes Association. *Risk factors.* [En ligne]. [Document consulté le 3 août 2017]. http://www.diabetes.ca/about-diabetes/risk-factors [Anglais].
35. Société canadienne du cancer. *Statistiques sur le cancer du sein.* [En ligne]. [Document consulté le 3 août 2017]. http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/statistics/?region=pe

pourrait avoir besoin de soins ou d'appareils médicaux spéciaux, comme un fauteuil roulant ou des commandes manuelles sur un véhicule. Bien que ces soins et ces aides soient importants pour tout client dans pareille situation, ils s'avèrent bien supérieurs pour les personnes qui envisagent un style de vie plus actif.

Par ailleurs, l'organisation de la vie à la retraite pourrait aussi constituer un facteur important à considérer, surtout si le client prévoit vivre à l'étranger, même une partie de l'année seulement (passer l'hiver en Floride, par exemple). Les coûts de santé dans un pays étranger pourraient être beaucoup plus élevés qu'au Canada et ne pas être couverts, ou du moins pas entièrement, par l'assurance maladie provinciale. Il faudra peut-être compléter la couverture avec une assurance voyage ou une assurance maladie ou de soins de longue durée.

6.2 Revenu du client

L'assurance de remplacement du revenu en cas d'invalidité est, bien sûr, liée au revenu gagné par le client. Elle est conçue pour remplacer le revenu perdu à cause d'une période de maladie ou d'une blessure. Toutefois, il faut aussi tenir compte des sources de revenu non gagné, par exemple les placements, les rentes, les pensions et les revenus de fiducie. En effet, elles peuvent constituer une source permanente de fonds pour aider le client et ses personnes à charge, qu'il soit ou non capable de travailler.

Le revenu du client, en particulier son revenu gagné, est un facteur moins important pour évaluer les besoins d'assurance contre les maladies graves et de soins de longue durée, car ces produits visent à fournir des prestations pour couvrir les dépenses, et non pour remplacer le revenu.

6.2.1 Sources de revenu gagné

Le client non retraité paye ses frais de subsistance, son épargne et ses investissements, entre autres, avec son revenu d'emploi ou de travail autonome, et peut-être aussi le revenu de ses placements. Il est essentiel pour le représentant de pouvoir établir non seulement la source et le montant du revenu d'emploi, mais aussi son caractère constant et sa viabilité future.

6.2.1.1 Salaire, bonis et revenu de commissions

Si le client est un employé, le représentant devra chercher ses antécédents d'emploi pour déterminer la stabilité de son revenu d'emploi (états de service actuels et antérieurs, orientation de carrière). Il est essentiel de connaître les sources et les montants de revenu d'emploi ventilés selon le salaire, les bonis et le revenu de commissions. En effet, ceux-ci n'offrent pas tous le même niveau de prévisibilité et de stabilité. Il est important de se souvenir que lorsqu'un employé participe à un régime collectif employeur-employés, ce dernier couvre uniquement le revenu fourni par cet employeur, et non les sources externes éventuelles de revenu gagné.

Si le revenu d'emploi comprend un salaire de base et des bonis, dans quelle mesure les bonis passés ont-ils été constants ? Peut-on compter sur eux pour constituer une partie du revenu futur du client ? Comment les bonis sont-ils calculés ?

Si le client tire son revenu, en tout ou partie, de commissions, il faut vérifier la tendance de ce revenu sur plusieurs années (environ cinq ans) pour connaître la stabilité du revenu actuel du client et la viabilité du revenu futur.

6.2.1.2 Revenu d'entreprise

Si le client n'est pas un employé, mais travaille à son compte ou avec des associés, ou s'il est employé par un organisme et a des sources supplémentaires de revenu gagné, il est crucial de connaître les détails de l'entreprise ainsi que les antécédents en matière de sources de revenus autres que d'emploi, afin d'évaluer le caractère viable et constant du revenu d'entreprise.

Dans le cas de l'employé, la couverture de remplacement de revenu en cas d'invalidité est en général établie en tant que pourcentage du revenu avant impôt ; dans le cas du travailleur autonome, elle est établie sur le revenu avant impôt, mais après dépenses (revenu net). Toutefois, dans le cas du client travaillant à son compte, les dépenses d'entreprise peuvent aussi devoir être considérées. Si l'entreprise a des frais généraux fixes importants (loyer, salaires d'employés, etc.), une police pour couvrir ces frais en cas d'invalidité est peut-être nécessaire, en plus de l'assurance, pour remplacer le revenu du propriétaire-exploitant lui-même. Dans le cas d'une petite entreprise, d'un consultant ou d'un vendeur autonome, la prise en compte ou non des frais généraux dans le montant de couverture requis dépend de la nature de ces frais généraux. Le consultant qui travaille chez lui ne doit payer des frais généraux que pendant son travail : frais de déplacement, coûts de messagerie, fournitures, etc. Dans ce cas, le coût des frais généraux n'a pas à être pris en compte dans le montant de couverture nécessaire pendant les périodes d'invalidité. Par ailleurs, si le même consultant a des frais généraux fixes (par exemple, location d'un bureau en dehors de chez lui, location d'un véhicule exclusivement à des fins commerciales, comptable d'entreprise, etc.), ces dépenses devront toujours être couvertes pendant les périodes d'invalidité et donc être considérées dans le montant de couverture exigé.

6.2.2 Sources de revenu passif

Au moment d'évaluer les sources globales de revenu de remplacement du client, ou le revenu pour payer les frais médicaux ou les soins, le représentant examine en général en premier le revenu gagné. Toutefois, le revenu dit « passif » doit aussi être estimé : il s'agit du revenu dont le client dispose même sans travailler. Le revenu passif pourrait inclure le revenu gagné par d'autres membres de la famille, le revenu de placement, le revenu touché en tant que bénéficiaire d'une fiducie ou les sources de fonds qui ne sont pas strictement du « revenu », mais susceptibles d'être utilisées pour le remplacer.

6.2.2.1 Revenu gagné par le conjoint ou la conjointe

Pour les couples mariés ou en union de fait, le revenu du conjoint, revenu gagné ou revenu passif, pourrait être considéré comme un revenu passif au bénéfice du client. En effet, c'est une source de revenu de nature à perdurer, même si le client est frappé d'invalidité, souffre d'une maladie grave ou a besoin de soins de longue durée.

Toutefois, en ce sens, le revenu du conjoint est un revenu familial, et non une source de revenu disponible exclusivement au profit du client. Le revenu du conjoint doit être évalué en tenant compte des besoins généraux de la famille, et pas seulement ceux du client. Il faut aussi penser que le conjoint devra peut-être assumer le rôle d'aidant naturel pour un client malade, ce qui entraîne une réduction ou une élimination du revenu du conjoint en cause.

6.2.2.2 Revenu de placement

Le revenu de placement (intérêt, dividendes et gains en capital) peut être gagné dans des placements enregistrés ou non. Dans le cas des placements enregistrés, le « revenu » est la plupart du temps immobilisé dans le régime enregistré et contribue à la croissance de ce dernier, sans constituer de fonds pour le client. Donc, on ne tient pas compte du revenu des placements enregistrés dans une révision de la couverture d'assurance contre la maladie ou les accidents.

En revanche, les intérêts et les dividendes provenant d'un placement non enregistré peuvent être soit versés à l'investisseur de façon périodique, soit réinvestis avec les placements, comme c'est souvent le cas pour les fonds communs de placement et les fonds distincts. Si le revenu de placement est versé au client directement, il fait partie des fonds de celui-ci et devrait compter dans l'évaluation des besoins de revenu de remplacement en cas d'invalidité. Si le revenu de placement est réinvesti de façon normale, il faut prendre une décision dans le cadre de la planification : en cas d'urgence, une invalidité par exemple, le client versera-t-il son revenu de placement actuel dans ses liquidités courantes ou continuera-t-il à le réinvestir ?

Si le revenu de placement est actuellement versé au client, ou s'il passe, en cas d'urgence, du mode capitalisation au mode paiement, il faut en tenir compte dans le calcul du revenu de remplacement, à la fois comme une source de revenu avant l'invalidité ou après l'invalidité. Toutefois, il faut prévoir les fluctuations à la baisse du marché, qui correspondent à un éventuel fléchissement des valeurs de placement ; il ne serait pas prudent de liquider les avoirs à ce moment-là.

6.2.2.3 Pension alimentaire

Le client divorcé ou séparé peut recevoir une pension alimentaire, en tant que conjoint ou pour son enfant, ou les deux. Il faut tenir compte de ces paiements dans le calcul du revenu avant et après invalidité. Ils seront toujours exigibles par le client, qu'il soit invalide, souffre d'une maladie grave ou ait besoin de soins de longue durée. Il faut connaître le montant, la fréquence et la durée de ces versements, et savoir s'ils sont imposables ou s'il s'agit d'un revenu libre d'impôt.

Dans le cadre du processus de révision et de planification, il serait aussi capital de vérifier la capacité à long terme du payeur de continuer à assumer ses obligations alimentaires, en particulier si lui-même venait à décéder ou était frappé d'une invalidité. Une révision de la couverture d'assurance du payeur pourrait aussi constituer un élément important dans le plan global.

6.2.2.4 Revenu de retraite

Le revenu de retraite – qu'il émane du gouvernement, d'une entreprise ou d'une origine privée – peut être un revenu de remplacement pour la personne invalide dans l'incapacité de gagner sa vie ou une source financière pour payer les coûts d'une maladie grave ou de soins de longue durée.

Dans le cas d'un client non retraité, il faut vérifier ses futures sources de revenus de retraite, le moment et le montant des versements des prestations à différentes dates hypothétiques d'entrée en vigueur. Si le client est frappé d'une invalidité à long terme ou permanente avant sa retraite, le futur revenu de retraite pourrait remplacer une bonne partie, voire la totalité, de son revenu perdu à cause de l'invalidité. La prestation de remplacement de revenu en cas d'invalidité serait alors le montant requis pour combler le manque à gagner entre la date d'une invalidité éventuelle et la ou les dates de début du service de la prestation de retraite.

Les régimes gouvernementaux sont traités plus loin dans le présent chapitre. Certains offrent des prestations d'invalidité ou prévoient le versement d'une prestation de retraite à titre anticipé.

6.2.2.5 Redevances et autres sources de revenus

À l'image du revenu de placement et du revenu de retraite, les redevances en cours et restantes pour du travail antérieur continuent à être versées, quelle que soit la capacité du client de travailler actuellement ou plus tard. Il faut tenir compte de ces versements dans le calcul du revenu actuel et futur du client, malgré toute invalidité potentielle ou tout besoin éventuel de traitement ou de soutien médical extraordinaire (par exemple, soins à domicile ou maison de soins infirmiers).

Le représentant devrait aussi vérifier la possibilité que le client touche, maintenant ou plus tard, un revenu de fiducie ou d'une succession établie par un grand-parent, un parent ou un autre membre de sa famille, ou toute autre personne. S'il reçoit des fonds actuellement, il faut vérifier le montant de revenu de fiducie perçu chaque année, et la fréquence et la durée des versements. Si ceux-ci n'ont lieu que dans le futur, il est important d'en consigner les détails pour une consultation ultérieure.

EXEMPLE

Clarence est nommée bénéficiaire du revenu de la succession de son père, le solde en capital de la succession devant être versé aux enfants de Clarence au décès de ce dernier. Pour le moment, le père de Clarence, âgé de 78 ans, est vivant et en assez bonne santé pour son âge. Donc, aucun revenu de la

«succession» n'est versé à Clarence à l'heure actuelle et on ne connaît ni le moment ni le montant du versement de ce revenu. On ne peut donc pas en tenir compte dans la planification successorale et financière de Clarence, mais son existence devrait quand même être consignée dans le cadre d'une révision globale de sa situation.

6.2.2.6 Revenu d'invalidité

Comme il est expliqué plus loin dans le présent chapitre, les sources actuelles de revenu d'invalidité du client doivent être considérées dans l'évaluation du besoin d'une couverture supplémentaire. Ces sources pourraient être des régimes d'assurance privés, des régimes collectifs ou des régimes gouvernementaux, comme le Régime de pensions du Canada (RPC), le Régime de rentes du Québec (RRQ), l'indemnisation des accidentés du travail et l'assurance-emploi (AE). La disponibilité de ces sources de revenu d'invalidité, les montants de prestations et leur durée, ainsi que la définition d'admissibilité à l'invalidité devraient être examinés. On en trouve les détails dans les polices, les brochures sur les prestations collectives ou auprès de Service Canada ou des organismes provinciaux responsables de l'administration des régimes gouvernementaux.

6.2.3 Revenu en nature

Tous les revenus ne sont pas sous forme de versements en espèces. Le «revenu en nature» est fourni sous forme de produits ou de services, offerts sur une base d'échange pour des produits et services préalablement fournis par le client, ou à titre gratuit, la plupart du temps par un membre proche de la famille.

6.2.3.1 Contribution aux soins aux personnes âgées par l'aidant naturel à domicile

Dans le cas d'un client ayant besoin de soins à domicile à cause de la maladie, d'une blessure ou de son âge, les soins d'un aidant naturel à domicile peuvent être considérés comme une sorte de «revenu». Les soins fournis de façon gratuite remplacent les services professionnels. Ils peuvent prendre différentes formes : préparation des repas, nettoyage, bains et autres services personnels ou domestiques que le client ne pourrait peut-être pas assurer lui-même. L'aidant pourrait être le conjoint, un enfant ou un ami, ou un autre parent, qui vit en général chez la personne malade. Le «revenu» fourni par ces services est d'ordre indirect : les soins gratuits évitent des dépenses autrement payables à un tiers.

La compensation de ce revenu en nature pourrait être le revenu effectif que l'aidant pourrait gagner autrement en dehors du domicile, surtout si c'est le conjoint ou un enfant qui travaillait auparavant et qui contribuait au budget du ménage.

6.2.3.2 Programmes communautaires

Le soutien d'un aidant naturel a la même valeur que les services gratuits offerts par les associations gouvernementales et communautaires, notamment les soins à domicile et les soins de réadaptation en centres communautaires, les repas livrés à domicile et les services similaires proposés dans l'environnement du client. Pour trouver l'information sur ce type de services disponibles, il convient de s'adresser à une organisation comme les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC[36]) (Ontario). Les CASC peuvent renseigner sur ces services et fournir les coordonnées des professionnels de la santé effectuant des visites à domicile, y compris des infirmières ou infirmiers, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, diététiciens, pharmaciens, thérapeutes respiratoires et travailleurs sociaux.

6.2.4 Autres sources de revenu

Selon la définition courante du revenu, il s'agit d'une : « somme perçue en échange d'une activité ou de biens que l'on possède »[37]. En cas de besoin, par exemple, si le client devient invalide et ne peut plus générer de revenu, son épargne et ses avoirs peuvent être transformés en liquidités pour remplacer le revenu perdu et deviennent alors une source de « revenu » à part entière.

6.2.4.1 Fonds d'urgence et autres actifs

Le fonds d'urgence est prévu pour fournir une source de liquidités – idéalement d'une valeur de trois à six mois de dépenses normales – en cas de dépenses extraordinaires ou d'interruption du flux de revenu régulier en raison de l'invalidité ou d'un autre problème de santé.

D'autres actifs ne sont peut-être pas expressément désignés comme fonds d'urgence. Toutefois, s'il est possible d'y accéder assez vite et avec très peu de conséquences fiscales négatives, voire aucune, ils peuvent aussi jouer ce rôle ou servir de complément.

6.3 Dépenses du client

Les besoins de remplacement de revenu en cas d'invalidité peuvent être calculés en pourcentage du revenu, en général 60 % du revenu avant impôt, car les prestations d'assurance invalidité privée sont la plupart du temps reçues en franchise d'impôt. Ou encore, les besoins peuvent être calculés en fonction du montant de revenu net nécessaire pour acquitter toutes les dépenses, dont celles du ménage. En consultation avec le client, le rôle du représentant est de vérifier la meilleure approche dans un cas donné.

---

36. Ministère de la santé et des soins de longue durée (Ontario). *Services et soins à domicile, dans la collectivité et en établissement.* [En ligne]. [Document consulté le 3 août 2017]. http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ltc/21_other.aspx
37. L'Internaute. *Définition : Revenu.* [En ligne]. [Document cité le 3 août 2017]. http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/revenu

EXEMPLE

Traductrice à la pige, Sophie gagne en moyenne 60 000 $ avant impôt par an. Sa part des dépenses familiales, comme les versements d'hypothèque et l'épicerie, correspond à 2 000 $ par mois. Comme elle ne pourrait pas continuer à obtenir des contrats en cas d'invalidité, elle souhaiterait souscrire une assurance invalidité.

En prenant le revenu comme référence, le représentant pourrait recommander des prestations mensuelles de 3 000 $, c'est-à-dire 60 % de son revenu mensuel avant impôt (60 000 $ ÷ 12 × 60 %). En se fondant sur les dépenses, le représentant pourrait recommander des prestations mensuelles de 2 000 $. Les deux solutions seraient appropriées, et la décision définitive devrait être prise en tenant compte de tous les autres facteurs, comme la capacité de payer de Sophie.

Les prestations d'assurance contre les maladies graves sont souvent calculées à l'avance. Le représentant et le client estiment un montant forfaitaire fondé sur les besoins en cas de maladies graves. Le montant de la prestation est lié au style de vie ou à une estimation des futures dépenses, mais ne correspond pas à un pourcentage du revenu du client. Le caractère abordable des primes est, bien sûr, toujours un élément à considérer comme pour toute autre forme d'assurance.

Les prestations de soins de longue durée sont fondées sur le montant de remboursement maximum à verser, le cas échéant, pour payer les services couverts. Il n'y a aucun lien particulier avec le revenu du client, si ce n'est la prise en considération du caractère abordable des primes.

Si le représentant se base sur les dépenses pour calculer les besoins de revenu de remplacement en cas d'invalidité, il devrait obtenir différents renseignements et de la documentation de la part du client pour avoir une idée claire et complète de ses besoins. Les dépenses peuvent être ventilées en trois catégories :

- frais de subsistance ;
- épargne et placement ;
- dettes.

6.3.1 Frais de subsistance

Les frais de subsistance sont la part la plus importante des sorties de fonds dans la majorité des budgets familiaux. Ces frais englobent une vaste gamme de dépenses : logement, nourriture, électricité, chauffage, entretien, frais de location de l'automobile, etc. Une compilation des frais de subsistance du client indique le montant minimal de revenu après impôt, toutes sources combinées, nécessaire chaque mois pour vivre.

6.3.1.1 Relevé de prêt hypothécaire ou de contrat de location

En général, les paiements de prêt hypothécaire ou de loyer sont pour le client la plus grande dépense mensuelle; elle peut s'élever à plusieurs centaines ou milliers de dollars par mois. Toutefois, que le représentant connaisse le montant mensuel à payer par le client est insuffisant, car la dépense doit être projetée dans le futur pour connaître l'effet de toute période d'invalidité ou de maladie. Il doit aussi examiner les conditions du contrat de prêt hypothécaire ou de location, parfois indiquées sur les relevés mensuels, comme le caractère renouvelable, la durée, les taux d'intérêt, le solde en souffrance, etc.

6.3.1.2 Relevés bancaires

La plupart des dépenses de subsistance, mais pas toutes, peuvent être établies en examinant les relevés bancaires du client pendant un an. Ainsi, le représentant saura non seulement le montant dépensé par le client chaque mois, mais aussi pour quoi et à quel moment. Outre le budget familial présenté ci-dessous, les relevés bancaires fournissent une indication claire des moyens minimums de subsistance nécessaires au client et à sa famille.

Si le représentant peut faire remplir des relevés de valeur nette et de revenus et de dépenses par le client, il ne sera peut-être pas utile d'examiner les relevés bancaires.

6.3.1.3 Budget

Tous les clients n'ont pas établi un budget en bonne et due forme, même si tous devraient l'avoir fait. Un budget, en théorie du moins, permet au client de prévoir ses dépenses et de vivre selon ses moyens. Aussi, il fournit au représentant une bonne idée de la date et du lieu des dépenses du client. Ainsi, il peut détecter les dépenses «nécessaires», qui doivent être prévues dans un programme d'invalidité, et les dépenses «bonnes à faire» qui peuvent être écartées du plan, le cas échéant.

Voici un exemple de budget avec les revenus et les dépenses à surveiller chaque mois.

EXEMPLE

Budget mensuel[38] de Mathieu pour le mois de _____

Catégorie	Montant du budget mensuel	Montant réel	Différence
Revenu			
Salaires/revenus	872 $	810 $	62 $
Revenu d'intérêt	232 $	196 $	36 $
Sous-total du revenu	**1 104 $**	**1 006 $**	**98 $**
Dépenses			
Impôt	386 $	397 $	(11 $)
Loyer/hypothèque	298 $	239 $	59 $
Services publics	99 $	95 $	4 $
Épicerie/alimentation	121 $	100 $	21 $
Habillement	66 $	60 $	6 $
Magasinage	55 $	46 $	9 $
Loisirs	44 $	44 $	0 $
Divers/autres	35 $	31 $	4 $
Sous-total des dépenses	**1 104 $**	**1 012 $**	**92 $**
Revenu net (revenu - dépenses)	**0 $**	**(6 $)**	

Le suivi des revenus et des dépenses, mois par mois, non seulement pour les dépenses « prévues », mais aussi pour les dépenses « réelles », permet d'évaluer la viabilité du budget et de le modifier, selon les besoins.

6.3.2 Épargne et placement

L'épargne et le placement doivent être considérés différemment en ce qui concerne les liquidités en période d'invalidité ou de maladie incapacitante. Si le client a des comptes d'épargne et de placement, ceux-ci peuvent bien sûr servir de source de capital pour remplacer ou compléter le revenu courant si le revenu gagné est supprimé pour cause d'invalidité. Dans cette perspective, l'épargne et le placement constituent un atout. Toutefois, si le client a l'habitude de contribuer de façon régulière, peut-être chaque mois, à ces régimes, il se peut qu'il veuille continuer à verser les cotisations, même en ayant moins de revenu, afin de s'assurer une capitalisation suffisante à la

38. Money Instructor. *Sample monthly household budget.* [En ligne]. [Document cité le 3 août 2017]. http://content.moneyinstructor.com/437/sample-budget.html [Anglais].

retraite ou une succession à ses héritiers. Ces régimes pourraient être aussi vus comme une forme de dette, les cotisations étant prélevées directement dans les liquidités, comme les autres dépenses personnelles et du ménage.

La meilleure manière de déterminer la nature et la portée des régimes d'épargne ou de placement consiste à examiner la documentation et les relevés du client portant sur les éléments suivants :

- comptes de placement enregistrés ;
- comptes de placement non enregistrés ;
- régimes de retraite ;
- assurance vie.

6.3.2.1 Relevés de comptes de placement enregistrés

Les régimes enregistrés d'épargne-retraite (REER) et les comptes d'épargne libres d'impôt (CELI) du client peuvent constituer une source de capital pour remplacer le revenu perdu ou payer les soins ou traitements médicaux extraordinaires. Les détails des régimes et des titres qui y sont détenus figurent sur le relevé de ces comptes reçu par le client régulièrement. Les renseignements suivants sont d'intérêt particulier :

- solde du compte ;
- nature de chaque placement (liquide ou non) ;
- dates d'échéance des dépôts à terme ;
- frais de rachat afférents aux fonds communs de placement ou aux fonds distincts détenus dans les comptes.

Bien entendu, dans le cas des REER ou des fonds enregistrés de revenu de retraite (FERR), il faut tenir compte de l'impôt à payer sur les retraits si le client envisage de racheter en tout ou en partie le compte afin de compenser la perte de revenu ou de payer les factures de soins ou de frais médicaux. Par ailleurs, tant le capital placé que le revenu accumulé peuvent être retirés du CELI à l'abri de l'impôt.

Si le client ou un membre de sa famille souffre déjà d'une affection incapacitante admissible au crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH), il détient peut-être aussi un régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI).

Les REEI sont des régimes enregistrés approuvés par le gouvernement fédéral afin de permettre aux bénéficiaires handicapés admissibles d'avoir accès à un programme d'épargne à impôt différé et de toucher des versements de soutien une fois plus âgés.

Une personne handicapée peut être bénéficiaire d'un REEI si elle satisfait aux critères suivants :

- elle a droit au crédit d'impôt pour personnes handicapées (montant pour personnes handicapées) ;
- elle réside au Canada ;
- elle a moins de 60 ans (elle doit présenter sa demande avant la fin de l'année civile de ses 59 ans) ;
- elle a un numéro d'assurance sociale.

Les cotisations ne sont pas déductibles du revenu imposable. Il n'y a aucun plafond annuel aux cotisations privées au REEI, mais leur limite à vie s'établissait à 200 000 $ en 2014.

Le gouvernement fédéral peut verser une subvention de contrepartie, la Subvention canadienne pour l'épargne-invalidité, selon le montant de la cotisation et le revenu familial du bénéficiaire. Il peut aussi verser un Bon canadien pour l'épargne-invalidité dans les REEI des Canadiens à faible revenu et à revenu modeste.

Les revenus de placement du régime sont capitalisés à l'abri de l'impôt. Cependant, les subventions, les bons et les revenus de placement gagnés dans le régime sont inclus dans le revenu du bénéficiaire pour le calcul de l'impôt au moment du versement dans les fonds du REEI.

6.3.2.2 Relevés de comptes de placement non enregistrés

La plupart des indications concernant les comptes enregistrés s'appliquent aux comptes d'épargne et de placement non enregistrés. Leurs relevés fournissent aussi tous les renseignements pertinents. Cependant, les incidences fiscales sont différentes. Principalement, il faut vérifier les gains en capital réalisés au rachat des placements. Le coût de base rajusté (CBR) courant du compte ou des placements du client devrait figurer sur les relevés du gestionnaire du compte ou du fonds ; cela facilite le calcul des gains en capital à déclarer au rachat d'avoirs.

6.3.2.3 Relevés de régimes de retraite

Dans le cas d'un client à la veille de la retraite, le régime de retraite peut constituer une source de revenu qui compensera la perte de gains découlant d'une invalidité ou qui facilitera le paiement des frais médicaux ou des soins de longue durée. Le relevé de retraite annuel du client devrait donner un aperçu des éléments suivants :

- valeur actualisée des fonds de retraite déposés au crédit du client ;
- transférabilité des fonds ;
- âge le plus rapproché du début du versement des fonds de retraite ;

- coordination ou non du régime avec le Régime de pensions du Canada (RPC), le Régime de rentes du Québec (RRQ) ou la Sécurité de la vieillesse (SV) ;
- montant de la rente de retraite payable, selon l'âge du début des versements, en fonction des sommes alors disponibles.

6.3.2.4 Relevés de l'assurance vie

L'assurance vie avec valeur de rachat peut aussi représenter un avoir important. Le client devrait être en mesure fournir la police elle-même et le plus récent relevé annuel de la compagnie d'assurance.

Le relevé annuel mentionne la prime et la fréquence du versement (base annuelle, mensuelle, etc.). Il indique aussi le plus récent dividende versé par la police, dans le cas des polices vie entière avec participation. Il peut aussi faire état de la valeur de rachat de la police au dernier anniversaire.

Prendre connaissance de la police elle-même permet au représentant de savoir si le contrat prévoit des « congés de primes », c'est-à-dire des périodes au cours desquelles le titulaire n'est pas tenu de verser de primes ; celles-ci sont alors financées par la valeur de rachat du contrat. L'existence d'un avenant d'exonération de primes en vigueur est aussi mentionnée dans la police, le cas échéant ; selon cet avenant, la compagnie d'assurance paie les primes exigibles pendant une période d'invalidité (après un délai de carence de trois à six mois).

L'assurance vie avec valeur de rachat pourrait constituer une source de fonds en cas d'urgence sous quatre formes :

- dividendes versés chaque année au titulaire de police ;
- emprunts sur la valeur de rachat ;
- congés de primes (sans constituer une source de fonds, ils permettent de réduire les dépenses) ;
- exonération des primes en période d'invalidité (une autre façon de réduire les dépenses).

6.3.3 Dettes

Le représentant en assurance s'intéresse particulièrement à l'ensemble des dettes personnelles du client pour trois raisons :

- les dettes doivent en général être remboursées par versements mensuels ; cela constitue l'un des principaux éléments du budget mensuel et permet de déterminer le montant minimum de liquidités mensuelles nécessaire en cas d'invalidité ;
- à un certain moment, les dettes doivent être remboursées, au mieux avant l'âge de la retraite ; cela permet de fixer l'échéance du remboursement de ces montants ;
- le niveau d'endettement du client est un bon indicateur de sa capacité de gérer les rentrées et sorties de fonds ainsi que de sa volonté d'accepter un risque.

6.3.3.1 Relevés de marge de crédit personnelle et marge de crédit hypothécaire

Le client a peut-être obtenu de son institution financière une marge de crédit personnelle non garantie ou une marge de crédit hypothécaire, garantie par sa maison. Ces marges de crédit donnent accès à des montants que le client peut retirer en tout temps. Les relevés mensuels indiquent le montant maximum pouvant être emprunté, le solde impayé courant et le taux d'intérêt afférent. La plupart du temps, seul l'intérêt mensuel exigible doit être remboursé de façon régulière (et peut-être un pourcentage du capital impayé), mais non pas la totalité du solde dû. Les taux d'intérêt des marges de crédit, surtout les marges garanties, sont nettement inférieurs à ceux des dettes à la consommation (voir la section suivante).

Comme dans le cas des cartes de crédit, la partie inutilisée de la marge de crédit personnelle peut, dans les cas extrêmes, être considérée comme un fonds d'urgence. Il pourrait être prudent d'utiliser cette source de fonds à faible taux d'intérêt pour rembourser des dettes au taux d'intérêt élevé, comme les soldes de cartes de crédit, avec leur taux d'intérêt annuel dépassant souvent 20 %.

6.3.3.2 Relevés de cartes de crédit

Selon une recherche menée par la Banque du Canada en 2010[39], 80 % des adultes canadiens détenaient au moins une carte de crédit et, pour la majorité des achats importants (d'au moins 50 $), elle était la méthode de paiement privilégiée. Les émetteurs de cartes de crédit sont nombreux : banques, caisses populaires, magasins de détail ou stations-service, par exemple. Il est donc fort probable que le client détient au moins une carte de crédit.

La façon la plus simple de savoir où en sont les comptes de cartes de crédit du client consiste à examiner ses trois derniers relevés mensuels. Cela permet de connaître la fréquence d'utilisation, le montant habituel des achats, le paiement mensuel moyen effectué, et aussi si le client paie le solde au complet chaque mois. Sinon, le solde courant disponible et l'intérêt exigé sur le solde figurent normalement sur le dernier relevé. De plus, le relevé comporte un résumé des autres avantages offerts par l'émetteur (protection contre le vol, assurance décès accidentel, protection contre la perte d'emploi, etc.). Il mentionne aussi le montant de la limite de crédit encore disponible sur la carte, ce qui représente une autre source de fonds d'urgence.

39. Banque du Canada. *Le monde changeant du paiement de détail au Canada et ses répercussions sur la demande numéraire.* [En ligne]. Document révisé à l'automne 2012. [Document consulté 3 août 2017]. http://www.banqueducanada.ca/wp-content/uploads/2012/11/revue-bdc-automne12-arango.pdf

6.3.3.3 Impôts à payer

Les clients peuvent avoir différents comptes de taxes ou d'impôts en attente ou impayés dont il faut tenir compte à l'évaluation de leur situation financière courante et ultérieure :

- impôt sur le revenu personnel — Pour connaître la situation du client concernant les impôts personnels, il faut examiner la dernière déclaration de revenus fédérale (et pour les résidents du Québec, la dernière déclaration de revenus provinciale) avec les avis de cotisation correspondant, ainsi que les relevés d'impôt subséquents. De l'intérêt et des pénalités peuvent être exigés sur les soldes d'impôts et les versements trimestriels impayés.
- impôt sur le revenu de société — Si le client est le propriétaire unique d'une entreprise constituée en société, le représentant devra examiner les déclarations de revenus provinciale et fédérale ainsi que les avis de cotisation afin de savoir si l'entreprise doit de l'impôt pour l'année en cours ou si elle a des arriérés d'impôt.
- TPS/TVH — Si le client est le propriétaire unique d'une entreprise ou un associé d'une société de personnes, et que ses revenus d'entreprise bruts annuels dépassent 30 000 $, il devra percevoir et verser des taxes. Les sommes dues (versements courants ou arriérés) figurent sur la déclaration de TPS, sur l'avis de cotisation de TPS ou sur les relevés d'acomptes provisionnels de TPS du client[40].
- impôt sur les logements résidentiels, les biens locatifs ou les propriétés de vacances — Si le client est propriétaire de sa propre résidence (maison, unité de copropriété, etc.), d'un bien locatif ou d'une propriété de vacances, il devra verser un impôt foncier à sa municipalité. Les détails de l'impôt dû, des versements en attente ou des arriérés figurent sur le relevé d'impôt foncier annuel que le client reçoit de sa municipalité et sur les relevés subséquents.

40. Gouvernement du Canada. *TPS/TVH.* [En ligne]. Document révisé le 29 août 2017. [Document consulté le 26 septembre 2017]. https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/impot/entreprises/sujets/tps-tvh-entreprises.html

6.3.3.4 Autres dettes

En plus des dettes susmentionnées, le représentant en assurance devra surveiller d'autres aspects importants, notamment :

- engagements découlant d'une entente de pension alimentaire concernant un enfant ou un ex-conjoint ;
- poursuites judiciaires réelles ou éventuelles visant le client, qu'elles soient en cours ou pendantes ;
- nécessité de subvenir aux besoins de membres de la famille (parents vieillissants, par exemple) dans un avenir prévisible.

6.4 Situation financière du client

Mis à part les sources de revenu, surtout celles conservées en cas d'invalidité, le facteur le plus important pour déterminer la capacité du client à affronter des épreuves comme une invalidité prolongée, une maladie grave, etc., réside dans la solidité de sa situation financière générale. Possède-t-il assez d'avoirs pour remplacer le revenu perdu ou payer les frais médicaux et les soins imprévus, ou devra-t-il demander des prestations d'assurance pour combler l'écart ? Le client a-t-il accès à des ressources lui permettant de verser les primes correspondant à la protection d'assurance nécessaire ?

6.4.1 Situation financière nette

La situation financière nette du client est en général appelée la « valeur nette », soit les avoirs moins les dettes. Cependant, la déterminer n'est pas toujours facile. Dans certains cas, il est important de se poser les questions suivantes :

- doit-on évaluer les avoirs selon leur juste valeur marchande ou selon leur valeur après impôt ?
- en cas d'urgence, le client a-t-il accès à des avoirs non enregistrés facilement convertibles en liquidités, si les conditions du marché sont favorables ?
- jusqu'à quel point et pendant combien de temps le client peut-il transformer des avoirs en liquidités avant de menacer d'autres objectifs financiers clés (la retraite, par exemple) ?
- doit-on calculer la valeur nette du vivant ou au moment du décès du client ? Dans le même esprit, faut-il évaluer des avoirs comme l'assurance à la valeur de la prestation de décès ou à celle de l'investissement ? Doit-on tenir compte des dettes supplémentaires créées au décès (frais d'obsèques, impôt sur le revenu, etc.) ?

Le représentant doit s'assurer d'utiliser la même méthode tout au long de son analyse afin de produire une recommandation cohérente.

6.4.1.1 Avoirs

Le relevé de la valeur nette est une énumération de tous les avoirs (plutôt que des rentrées et sorties de fonds), évalués à leur juste valeur marchande courante. Il devrait indiquer si les avoirs sont enregistrés (comme les REER), ou non, et préciser le coût de base rajusté (CBR) de tous les avoirs non enregistrés. Le coût des avoirs enregistrés devrait aussi y être mentionné, afin de repérer plus facilement les éléments « gagnants » et « perdants » en cas de liquidation des placements. Au moment d'évaluer la disponibilité des avoirs dans une situation d'urgence, il faut savoir si ces avoirs sont à court ou à long terme. Les avoirs à court terme sont aisément convertibles en espèces sur-le-champ ou dans un délai d'au plus 12 mois. Certains avoirs, comme la maison familiale, ne devraient pas être considérés comme une source de fonds d'urgence, sauf dans les situations les plus précaires.

6.4.1.2 Dettes

Le relevé du passif comporte en temps normal une liste d'éléments comme les prêts hypothécaires, les prêts bancaires, les soldes de cartes de crédit et les impôts et taxes impayés. L'analyse fiscale devrait examiner les impôts à payer sur les fonds enregistrés ou sur les gains en capital en cas de nécessité de liquider des avoirs. À l'instar des avoirs, les dettes peuvent être à court ou à long terme. Les dettes à court terme comprennent le coût du service de la dette, celles à long terme, le montant de la dette elle-même.

L'exercice général vise à répondre à deux questions :

- En cas d'invalidité, le client a-t-il assez de ressources (liquidités et liquidités nettes) pour couvrir la perte de revenu gagné pendant au moins un an ?
- En cas d'urgence médicale (maladie grave, nécessité de recourir à des soins de longue durée ou d'obtenir un traitement médical d'urgence), le client a-t-il assez de ressources (liquidités et liquidités nettes) pour couvrir les frais connexes pendant un an ?

L'exemple suivant est un modèle de relevé de la valeur nette standard.

EXEMPLE

Relevé de la valeur nette de Jean et Jeanne H., en date du _____

Avoirs	
Maison	526 000 $
Chalet	360 000 $
Deux véhicules (appartenant au client)	40 000 $
REER	105 000 $
CELI	3 300 $
Valeur de rachat de l'assurance vie	22 000 $
Espèces	7 100 $
Total des avoirs	**1 063 400 $**
Dettes	
Prêt hypothécaire sur la maison	112 000 $
Prêt hypothécaire sur le chalet	86 000 $
Marge de crédit	23 600 $
Cartes de crédit	8 900 $
Prêts automobiles	5 300 $
Prêt REER	4 400 $
Total des dettes	**240 200 $**
Valeur nette (avoirs moins dettes)	**823 200 $**

6.4.1.3 Relevé des rentrées et sorties de fonds

Le relevé des rentrées et sorties de fonds fait état de toutes les sources de revenu net (revenu après impôt) et de toutes les dépenses, y compris les frais du service de la dette. L'examen de ce document avec le client peut aider le représentant sur plusieurs plans :

- il peut fournir un sommaire plus détaillé des montants et des sources de revenu du client ;
- en cas d'excédent du revenu par rapport aux dépenses, il permet de cibler les ressources permettant de compenser la perte de revenu ou les frais médicaux supplémentaires ;
- la partie « Dépenses » du relevé peut servir à déterminer tous les besoins liés à ces sorties de fonds, ce qui facilitera le calcul de la couverture minimale requise pour l'assurance contre la maladie ou les accidents ;
- en cas d'excédent, le relevé permet de déterminer les ressources disponibles pour financer un programme d'assurance contre la maladie ou les accidents ;
- même en l'absence d'excédent, le relevé pourrait servir à déterminer les dépenses courantes à réduire afin de dégager des fonds pour financer ce programme.

Le relevé des rentrées et sorties de fonds peut couvrir une période aussi longue que un an ou aussi courte que un mois. Il est très précis lorsqu'il est appuyé par un budget fondé sur les habitudes de dépense réelles. L'exemple suivant illustre un relevé des rentrées et sorties de fonds couvrant une période de trois mois.

EXEMPLE

Relevé des rentrées et sorties de fonds pour Jean et Jeanne H., en date du _____

	Mois 1	Mois 2	Mois 3
Revenu net			
Salaire de Jean	5 500 $	5 500 $	5 500 $
Salaire de Jeanne	3 800 $	3 800 $	3 800 $
Revenu net total	**9 300** $	**9 300** $	**9 300** $
Dépenses			
Remboursement du prêt sur la maison	475 $	475 $	475 $
Remboursement du prêt hypothécaire sur le chalet	350 $	350 $	350 $
Marge de crédit	35 $	35 $	35 $
Remboursement des cartes de crédit	600 $	200 $	1 600 $
Remboursement des prêts automobiles	400 $	*0 $	0 $
Paiement d'intérêt sur le prêt REER	100 $	100 $	100 $
Paiements de garderie	850 $	850 $	850 $
Dépôt REER	200 $	200 $	200 $
Prime d'assurance	160 $	160 $	160 $
Téléphones cellulaires	90 $	90 $	90 $
Électricité, chauffage, eau	500 $	500 $	500 $
Vêtements	400 $	200 $	300 $
Nourriture	800 $	800 $	800 $
Loisirs	400 $	500 $	**7 000 $
Divers	1 250 $	1 250 $	250 $
Total des dépenses	**6 610** $	**5 710** $	**12 710** $
Rentrées et sorties de fonds	**2 690** $	**3 590** $	**-3 410** $

* Le remboursement des prêts automobiles est terminé ; le solde des rentrées moins les sorties de fonds augmente.

** Les frais de loisirs augmentent, en raison d'un voyage familial ; les frais divers sont moins élevés pendant ce mois.

6.5 Situation d'assurance du client

Le représentant doit d'abord évaluer le niveau du risque de maladie ou d'accidents, y compris le risque d'invalidité, auquel le client est exposé, ainsi que les ressources en capital et les revenus autres que ceux d'assurance qui lui permettront de financer le coût de l'invalidité et celui des soins nécessaires. Le représentant peut ainsi évaluer le besoin global du client en matière de protection d'assurance contre la maladie ou les accidents. La prochaine étape consiste à répertorier et à évaluer les protections d'assurance du client et à les comparer avec celles dont il a besoin.

6.5.1 Assurances personnelles ou collectives en vigueur

L'assurance contre la maladie ou les accidents peut exister sous plusieurs formes, par exemple, les polices d'assurance individuelle, la couverture d'assurance collective et la protection associée aux dettes. Le représentant se doit de connaître non seulement le type de protection du client, mais aussi le montant et la nature de cette couverture.

6.5.1.1 Types de polices

Les polices d'assurance contre la maladie ou les accidents peuvent être classées de différentes façons :

- selon la source :
  - polices individuelles, détenues à titre personnel ;
  - polices individuelles, détenues par la société ;
  - assurance collective ;
  - polices individuelles, détenues par le prêteur (associées à des dettes, comme les prêts hypothécaires ou les soldes de cartes de crédit).
- selon les prestations :
  - remplacement du revenu en cas d'invalidité ;
  - frais généraux d'entreprise ;
  - rachat de parts en cas d'invalidité ;
  - assurance maladie complémentaire ;
  - assurance contre les maladies graves ;
  - assurance soins de longue durée.

La couverture offerte peut comporter certaines restrictions selon la source de cette protection. Ainsi, l'assurance invalidité associée aux cartes de crédit ne couvre en général que le versement mensuel minimal exigé en cas d'invalidité totale de plus de trois mois.

Dans le cas de l'assurance collective, il importe de vérifier si la protection découle d'un régime collectif de l'employeur ou d'un autre régime collectif, comme celui d'un groupe de diplômés ou d'une association. Le régime collectif de l'employeur couvre uniquement les employés de l'entreprise et pourrait prendre fin sans que le participant puisse exercer des droits de transformation en quittant son emploi. En revanche, ce genre de restriction ne s'applique pas à la protection des régimes d'associations.

6.5.1.2 Caractéristiques de la couverture

Le représentant doit consigner les caractéristiques de chaque source de protection, puis préparer un tableau récapitulant les couvertures de chaque type de risque. Pour chaque type de couverture/police, le représentant doit connaître les éléments suivants :

- risque couvert (invalidité, maladies graves, soins de longue durée, etc.) ;
- protections couvertes ;
- exclusions de la protection ;
- type de prestations disponibles ;
- montant des prestations disponibles ;
- durée maximale ou montant maximal des prestations disponibles ;
- avantages accessoires (exonération de primes, prestations de décès, etc.) ;
- statut fiscal des primes versées et des prestations reçues ;
- définitions d'invalidité, de maladies graves, etc. ;
- date de fin de la couverture ;
- caractère renouvelable ou transformable de la couverture.

Ce n'est qu'en comparant ces facteurs pour toutes les sources de protection que le représentant peut avoir une bonne idée de la situation courante du client et évaluer ses besoins ultérieurs.

6.5.1.3 Coût de la couverture

Enfin, le coût de la couverture en place pourrait être un facteur à considérer dans l'élaboration d'un plan complet de gestion des risques, surtout dans le cas d'un client disposant de ressources restreintes pour payer ses primes. Certains régimes, tels les régimes collectifs d'associations, offrent des prestations semblables à celles des polices individuelles, mais à un coût unitaire

moindre. D'autres protections, comme celles associées aux cartes de crédit, offrent des prestations restreintes, mais à un coût assez élevé. Si ces protections sont facultatives, d'autres solutions d'assurance pourraient être plus avantageuses. De plus, si les ressources du client sont limitées, il faut peut-être examiner de près son programme d'assurance et faire un tri pour déterminer les couvertures les plus importantes à conserver.

6.5.2 Couvertures gouvernementales

Au Canada, les gouvernements fédéral et provinciaux offrent différents programmes permettant aux participants incapables de travailler en raison d'une blessure ou d'une maladie de toucher des prestations.

Le résumé suivant donne un aperçu des avantages de ces différents programmes subventionnés par les gouvernements. Les caractéristiques de ces programmes peuvent être modifiées régulièrement; par conséquent, le représentant doit se tenir au courant des cotisations et des prestations en vigueur, ainsi que des exigences d'admissibilité.

6.5.2.1 Assurance-emploi (AE)

L'assurance-emploi (AE), anciennement appelée «assurance-chômage (AC)», est un programme fédéral visant à aider les travailleurs incapables de travailler ou licenciés. Les prestations de maladie offertes par le programme peuvent être versées aux employés couverts incapables de travailler en raison d'une maladie, d'une blessure ou d'une mise en quarantaine. Pour être admissible aux prestations, l'employé doit avoir travaillé un certain nombre d'heures pendant une certaine période et subi une baisse de revenu minimale en raison d'une invalidité. À l'heure actuelle, il est obligatoire d'avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 52 dernières semaines et d'avoir subi une baisse de revenu d'au moins 40 % en raison de l'invalidité.

En 2014, l'AE versait une prestation régulière équivalant à 55 % de la rémunération hebdomadaire moyenne assurable, sujette à un montant maximal de 514 $ par semaine. L'employé peut avoir droit à une prestation allant jusqu'à 80 % de la rémunération moyenne assurable s'il est le chef d'une famille à faible revenu.

Le versement des prestations commence le 8^{e} jour de l'invalidité; elles sont payables pendant 15 semaines maximum. Par conséquent, les prestations d'AE ne représentent sans doute pas une partie importante du programme d'invalidité de la plupart des clients. De plus, l'AE est un deuxième payeur par rapport à la majorité des autres programmes de prestations d'invalidité (RPC, RRQ, indemnisation des accidentés du travail, assurance collective), sauf en ce qui concerne les polices d'assurance invalidité détenues à titre personnel. En raison du principe de la récupération d'un montant équivalent, aucune prestation ne sera versée si la personne a reçu d'autres sources (sauf les polices détenues à titre personnel) un montant égal à la prestation maximale.

Les cotisations à l'assurance-emploi sont fondées sur le revenu assurable de l'employé et sont payables par l'employeur et l'employé selon le taux de cotisation annuel fixé pour l'ensemble des provinces. Il est à noter que les résidents du Québec ont droit à une réduction du taux de cotisation, car cette province gère son propre régime d'assurance parentale, connu sous le nom de Régime québécois d'assurance parentale (RQAP). Les travailleurs autonomes désireux de participer au régime doivent payer des cotisations selon le taux fixé pour les salariés et n'ont pas à payer la part des cotisations de l'employeur.

6.5.2.2 Régime de pensions du Canada (RPC) et Régime de rentes du Québec (RRQ)

En plus de verser des prestations de retraite, le Régime de pensions du Canada (RPC) et le Régime de rentes du Québec (RRQ) offrent des prestations d'invalidité aux participants de moins de 65 ans. Le RPC est un régime contributif administré par le gouvernement fédéral au profit de tous les Canadiens résidant à l'extérieur de la province de Québec. Le RRQ est un régime provincial administré par le Québec exclusivement pour les résidents du Québec[41].

La prestation d'invalidité offerte par ces régimes est payable aux participants souffrant d'une invalidité (blessure ou maladie) «grave et prolongée». Une invalidité «grave» est une invalidité qui empêche le participant de travailler à quelque titre que ce soit et non simplement d'exécuter le travail qu'il accomplissait avant l'invalidité. Une invalidité «prolongée» est une invalidité à long terme, en général permanente, ou une invalidité qui, vraisemblablement, entraîne le décès. Un rapport médical doit attester l'invalidité.

EXEMPLE

Âgés de 45 ans, Tim et Tom sont des frères jumeaux qui travaillent dans l'industrie de l'exploitation forestière en Alberta. Jusqu'à l'an dernier, ils ont tous les deux taillé et abattu des arbres. Malheureusement, les deux ont été victimes d'un grave accident d'automobile l'an dernier en se rendant au travail.

Tim a subi des dommages graves et permanents aux nerfs et aux muscles de son bras droit et ne peut plus travailler sur le terrain. Heureusement, il a pu trouver un poste administratif au siège social de la société forestière, bien qu'à un salaire moindre. Étant donné qu'il est encore capable de travailler, Tim n'est pas admissible aux prestations d'invalidité du RPC.

Blessé plus gravement, Tom a subi des dommages permanents et incapacitants à la colonne vertébrale. En raison de sa mobilité réduite et de ses douleurs chroniques, il est incapable de travailler à quelque titre que ce soit et n'a à peu près aucune chance de se rétablir. Tom est admissible à des prestations d'invalidité du RPC.

41. Pour plus d'informations au sujet du RRQ, consultez le manuel *Déontologie et pratique professionnelle (Québec)* ainsi que le site Internet de la Retraite Québec : http://www.retraitequebec.gouv.qc.ca/fr/Pages/accueil.aspx
Pour plus d'informations au sujet du RPC, consultez le site Internet du Gouvernement du Canada : https://www.canada.ca/fr/services/finance/pensions.html

Les cotisations aux régimes sont fondées sur le revenu admissible et sont payées en parts égales par l'employeur et l'employé, ou à la charge complète du travailleur autonome.

Lorsque le versement de prestations d'invalidité est approuvé, les prestations sont payables chaque mois à compter du quatrième mois qui suit le mois où le participant est devenu invalide. Elles sont payables jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes :

- date du rétablissement du participant invalide ;
- date à laquelle le participant invalide atteint ses 65 ans ;
- date du décès du participant.

À 65 ans, la prestation d'invalidité est automatiquement transformée en prestation de retraite. Le RPC et le RRQ déterminent la prestation d'invalidité maximale et la prestation de retraite maximale.

6.5.2.3 Indemnisation des accidentés du travail

L'indemnisation des accidentés du travail relève principalement de programmes provinciaux. Ils offrent des prestations d'invalidité aux employés admissibles dont le revenu d'emploi diminue en raison d'une blessure subie au travail ou d'une maladie professionnelle (comme l'intoxication à l'amiante ou l'empoisonnement par un produit chimique). L'employeur paie 100 % des cotisations au régime. Les prestations varient d'une province à l'autre, mais représentent en moyenne de 80 à 90 % du revenu net gagné avant l'invalidité.

6.5.2.4 Traitement fiscal des cotisations versées et des prestations reçues de la part des régimes gouvernementaux

Le traitement fiscal des cotisations versées et des prestations reçues de la part des trois régimes d'assurance et de retraite publics varie selon le type de régime et la source de paiement des cotisations. Les tableaux 6.1 et 6.2 présentent un résumé des règles fiscales applicables.

TABLEAU 6.1

Traitement fiscal des cotisations versées par les programmes gouvernementaux

RÉGIME	PAYEUR	TRAITEMENT FISCAL
Assurance-emploi	Cotisation versée par l'employeur et par l'employé	Cotisation de l'employeur déductible pour l'employeur
		Cotisation de l'employé admissible à un crédit d'impôt
RPC/RRQ	Cotisation versée par l'employeur et par l'employé	Cotisation de l'employeur déductible pour l'employeur
		Cotisation de l'employé admissible à un crédit d'impôt
	Cotisation versée en entier par le travailleur autonome	Cotisation déductible à 50 % du revenu d'entreprise
Indemnisation des accidentés du travail	Cotisation versée en entier par l'employeur	Cotisation déductible pour l'employeur
		Avantage non imposable pour l'employé

TABLEAU 6.2

Traitement fiscal des prestations reçues des programmes gouvernementaux

RÉGIME	TRAITEMENT FISCAL
Assurance-emploi	Prestations imposées à titre de revenu
RPC/RRQ	Prestations imposées à titre de revenu
Indemnisation des accidents du travail	Prestations versées non imposables pour le bénéficiaire

6.6 Profil du client terminé

Une fois que le représentant a bien cerné les risques auxquels le client peut être exposé, ainsi que les ressources, y compris les assurances, dont il dispose, il peut établir l'ordre de priorité des besoins et formuler des recommandations pour y répondre.

À cette fin, il doit tenir compte de la situation personnelle du client :

- facteurs personnels, comme l'âge et le sexe, la profession, les activités et l'état de santé ;
- situation financière, y compris les ressources disponibles pour les risques associés à la santé, comme l'invalidité, la maladie et le besoin de soins médicaux ;
- couverture existante.

L'ordre de priorité des besoins en matière de couverture est d'abord et avant tout fonction de la situation personnelle du client, à savoir des facteurs comme l'âge, les antécédents médicaux, la profession, les activités et l'état de santé de nature à l'exposer davantage à certains risques.

Le représentant doit étudier toutes ces questions et en tenir compte au moment de concevoir un programme de gestion des risques de maladie ou d'accidents pour le client.

Une fois ces facteurs de risque cernés et évalués, le représentant doit estimer dans quelle mesure le client peut assumer financièrement ce risque.

Il doit vérifier si le client possède les ressources financières nécessaires pour supporter les conséquences du risque sans avoir recours à l'assurance contre la maladie ou les accidents. Si la réponse à cette question est « non » ou « pas tout à fait », il lui faut alors chercher la couverture d'assurance appropriée.

Si le client bénéficie déjà d'une certaine couverture d'assurance, le représentant doit comparer la nature et la portée de la protection existante avec les risques relevés et formuler des recommandations appropriées. Il existe quatre scénarios possibles :

▪ la couverture existante est complète, adéquate et tout à fait appropriée	En pareil cas, aucune couverture additionnelle n'est nécessaire – il est toujours plus prudent de laisser la couverture existante telle quelle si elle répond pleinement aux besoins du client.
▪ la couverture existante dépasse inutilement les besoins	Par définition, un excédent de couverture est une protection inutile et donnant lieu à une dépense improductive. Il convient d'éviter cette situation en modifiant la couverture existante.
▪ la couverture existante est adéquate, mais un chevauchement existe entre les sources	La plupart des contrats d'assurance comportent une clause intitulée « Maximum des prestations de toutes sources » ; elle limite le montant des prestations que l'assuré peut recevoir de toutes les sources. Si la protection existante dépasse ces limites, l'assuré devrait être informé que les prestations pourraient être réduites.
▪ il y a des écarts entre les besoins et la couverture existante (la situation la plus probable)	La couverture peut comporter plusieurs lacunes, par exemple, des risques non assurés, des prestations insuffisantes pour répondre aux besoins, des délais de carence trop longs pour permettre au client de financer lui-même les risques, des périodes de prestations trop courtes, des conditions d'admissibilité trop restrictives, etc. Le représentant doit déterminer ces lacunes et en établir l'ordre de priorité afin d'élaborer un plan pour les combler.

Une fois tous les facteurs de risque et les ressources cernés et classés par ordre de priorité ainsi que les lacunes décelées, le représentant peut enclencher le processus qui mène à des recommandations sur les types et les montants de protection d'assurance convenant au client.

CHAPITRE 7

RECOMMANDATION D'ASSURANCE, CONTRAT ET BESOINS DE SERVICES

Éléments de la compétence

- Analyser les produits offerts répondant aux besoins du client ;
- Mettre en place une recommandation adaptée à la situation et aux besoins du client ;
- Offrir un service à la clientèle pendant la période de validité de la couverture.

Sous-éléments de la compétence

- Analyser les types de contrats répondant aux besoins du client ;
- Analyser les avenants répondant aux besoins du client ;
- Considérer l'impact des critères de souscription pouvant s'appliquer à la situation du client ;
- Proposer une recommandation adaptée à la situation et aux besoins du client ;
- Établir les exigences à respecter pour mettre en place la recommandation ;
- Valider la convenance des demandes de modification, de renouvellement et de résiliation de contrat par rapport à la situation du client ;
- Informer le réclamant au sujet du processus de réclamation.

7
RECOMMANDATION D'ASSURANCE, CONTRAT ET BESOINS DE SERVICES

Dès que l'enquête est terminée et que le profil du client est exact et complet, les prochaines étapes importantes du processus de service à la clientèle sont les suivantes :

- la recommandation d'assurance ;
- la proposition d'assurance ;
- la souscription par l'assureur ;
- le contrat d'assurance ;
- la réclamation selon le contrat ;
- le service à la clientèle.

7.1 Recommandation d'assurance

La première étape consiste à élaborer et à présenter une solution répondant aux besoins du client : c'est « la recommandation d'assurance ». Le représentant en assurance de personnes a une obligation de diligence dans l'élaboration d'une recommandation ou d'une série de recommandations adaptées aux besoins du client. Il est tenu de la ou les présenter de façon à permettre au client de comprendre la nature des problèmes et les solutions offertes, ainsi que de prendre une décision éclairée.

Bon nombre de considérations interviennent dans la préparation d'une recommandation d'assurance contre la maladie ou les accidents :

- fondements de la recommandation ;
- recommandations pour contrôler la prime ;
- modifications imposées par l'assureur pour les risques non standards ;
- présentation d'estimations de coût ;
- documentation de la recommandation ;
- présentation de polices complémentaires ;
- révision de la recommandation.

7.1.1 Fondements de la recommandation

Toute recommandation d'assurance repose sur des éléments fondamentaux, à commencer par le profil du client, sujet traité au chapitre précédent et qui comprend les objectifs, les besoins et les attentes du client, ainsi que les ressources à sa disposition pour remplir ses objectifs. Une fois établis les besoins d'ensemble du client en assurance contre la maladie ou les accidents, le représentant doit ensuite rapprocher ces besoins des ressources actuelles du client (revenus, actifs et assurances existantes) pour noter les possibles écarts et les lacunes éventuelles.

Dans le cas d'écarts et de lacunes, le représentant devrait tout d'abord se demander si des changements dans la couverture ou l'ajout d'avenants pourraient modifier les polices existantes du client afin de créer un portefeuille de polices d'assurance plus complet pour répondre à ses besoins. Puis, il lui faudrait décider de la recommandation à faire pour les acquisitions de nouveaux produits afin de compléter le portefeuille de polices existantes.

7.1.2 Recommandations pour contrôler la prime

Produit complexe dans toutes ses formes ou variantes, l'assurance contre la maladie ou les accidents tend à coûter plus cher en prime que les autres types d'assurance. Cela tient à la plus grande probabilité de survenance des conditions couvertes, comme le montrent les ratios de réclamations des assureurs.

Il en résulte que l'engagement de primes exigé du client peut être plus élevé que prévu ; cela empêche de bien mener le processus de recommandation de façon à couvrir tous les écarts dans la couverture. Si le coût demeure un problème, le représentant devra peut-être envisager de modifier la recommandation de produit afin de contrôler la prime. Bon nombre de produits contre la maladie ou les accidents comportent des variantes pour s'adapter aux besoins et au budget de l'assuré.

7.1.2.1 Délai de carence prolongé, période de prestations réduite, prestations réduites

Les délais de carence, les périodes de prestations et le montant des prestations sont tous modifiables pour s'adapter aux besoins et au budget de l'assuré. Plus le délai de carence est long et la période de prestations, réduite, plus la prime sera faible. Une prime moins élevée sera aussi exigée si l'on diminue le montant des prestations.

Délai de carence

L'un des moyens les plus simples et les plus efficaces pour diminuer les primes consiste à prolonger le délai de carence, c'est-à-dire la période entre le commencement d'une invalidité admissible, maladie grave, etc., et le début du versement des prestations. Si, par exemple, le délai de carence choisi par le client est de 60 jours dans sa police d'invalidité, le faire passer à 90 jours (à supposer que le client ait les ressources pour survivre financièrement pendant cette période sans pouvoir gagner de revenu) pourrait réduire les primes de sa police de façon substantielle.

Période de prestations

De la même manière, en raccourcissant la période de prestations dans le cas d'un régime d'invalidité ou de soins de longue durée, on réduirait le montant de prestations à verser par l'assureur, et la prime par le fait même. Là encore, il faudrait veiller à ce que la période de prestations moins longue soit adaptée aux besoins du client, compte tenu de l'incertitude entourant la durée d'une invalidité ou le besoin de soins.

Prestations

Enfin, le montant effectif des prestations fourni par la police pourrait être réduit, ce qui est, en fait, la solution la plus radicale pour réduire le coût de la police. En effet, si le représentant a fait son travail correctement, la prestation réclamée est le montant nécessaire au client. La réduction des prestations devrait normalement être une solution de « dernier recours ».

Dans toutes les options suggérées ci-dessus pour modifier le coût des primes, le représentant doit toujours veiller à fournir au client le meilleur rapport qualité-prix pour ses primes. Avant d'envisager toute diminution des prestations, ou des périodes de prestations, le représentant devrait s'efforcer de faire comprendre au client la nécessité de la couverture recommandée ; aussi, il devrait réfléchir avec le client pour trouver l'argent des primes indispensable, si cela est possible.

7.1.3 Modifications imposées par l'assureur pour les risques non standards

Les compagnies d'assurance fixent les primes pour couvrir, entre autres, les coûts administratifs, y compris le niveau prévu des réclamations. Afin que les primes demeurent à un niveau abordable pour tous les assurés, les compagnies d'assurance tiennent compte du niveau de risque de réclamation de chaque personne à assurer avant d'accepter le risque. Le processus d'évaluation des risques place la personne à assurer éventuellement dans l'une des trois catégories suivantes :

- risque assurable standard ;
- risque assurable non standard ;
- risque non assurable (un « refus »).

Dans le cas des risques non standards, l'assureur voudra probablement encore accepter le risque, à condition de garder son étendue à des niveaux acceptables. En général, l'assureur modifiera alors la police demandée de l'une ou l'autre des quatre façons suivantes :

- en imposant des exclusions ;
- en imposant des limitations ;
- en imposant une surprime ;
- en imposant une franchise aux réclamations.

Le client ne connaîtra pas les détails des changements apportés à la police demandée, jusqu'au moment où le représentant la lui remettra. Ce dernier aura sans doute une idée des préoccupations de l'assureur et pourra aider le client à prendre ses dispositions, par exemple, s'il doit passer des analyses médicales supplémentaires. Les évaluateurs ou les assureurs avisent la plupart du temps le représentant de toutes modifications, tout en les justifiant. Cela donne en général assez de temps au représentant pour se préparer avant de remettre la police au client.

7.1.3.1 Suggestion d'exclusions, de limitations et de surprimes

Les exclusions (activités ou conditions non couvertes par le contrat) et les limitations (restrictions au montant ou à la durée de prestations, etc.) sont des éléments que la compagnie d'assurance pourrait intégrer dans le contrat offert au client afin de réduire l'exposition au risque excédentaire d'une police d'assurance contre la maladie ou les accidents non standard. La surprime est simplement le résultat de l'imposition d'une prime plus élevée que ce qui serait justifié si le proposant représentait un risque « standard ». Dans ce cas, l'assureur peut se constituer une plus grande réserve pour compenser l'augmentation du risque d'avoir à verser des prestations.

7.1.3.2 Suggestion de franchise

Au lieu de modifier les prestations disponibles selon le régime, ou de les compléter, l'assuré peut être obligé de partager le coût des traitements couverts ou des prestations, par ailleurs payables, en imposant une franchise : c'est le montant de réclamation à payer par l'assuré avant que l'assureur ne paie quoi que ce soit. Les franchises sont plus courantes dans les régimes d'assurance maladie complémentaires : normalement, ces régimes exigeraient que l'assureur paie, ou rembourse à l'assuré, les produits ou services couverts. À la place, l'assuré doit assumer lui-même une partie du coût des frais couverts, une nouvelle franchise étant en général appliquée chaque année de couverture. Ainsi, l'exposition de la compagnie d'assurance au risque de devoir débourser est quelque peu réduite.

EXEMPLE

Le régime collectif d'assurance maladie complémentaire d'Elvire offre une couverture maximum de 2 500 $ par an pour les services dentaires préventifs et de restauration, après application d'une franchise de 200 $ par année civile. La première réclamation d'Elvire était de 300 $ pour des radiographies, un nettoyage et un plombage. Elle a dû payer la première tranche de 200 $, conformément à la franchise, et on lui a remboursé les 100 $ supplémentaires. Pour toute réclamation dentaire subséquente pendant la même année civile, aucune franchise ne s'appliquera.

7.1.4 Présentation des estimations de coût

Il existe deux écoles de pensée concernant la présentation des estimations de coût multiples ou non (recommandations d'autres produits ou polices) au cours de la rencontre avec le client pour lui exposer la recommandation :

▪ présenter une seule solution	Le représentant a déjà fait tout le travail et il explique la « meilleure » solution. Le client a seulement une décision à prendre : accepter ou non la recommandation. Toutefois, le représentant fera une recherche sur le marché et des comparaisons entre les produits avant la rencontre de présentation ; il devrait tenir à jour un dossier de ses recherches et le motif de sa recommandation finale.
▪ présenter deux options acceptables mais différentes	Le client participe au processus décisionnel en s'appuyant sur la recherche préliminaire du représentant.

La décision à prendre constitue un choix personnel, mais le représentant qui propose des choix complémentaires devrait formuler une comparaison claire (peut-être sous forme de tableau) mettant en évidence les principaux points de chaque police, leurs différences et leurs ressemblances. En essayant de comparer un trop grand nombre d'aspects, le risque est grand de créer de la confusion chez le client et de le placer dans une impasse où il aurait trop de choix pour pouvoir prendre une décision.

Dans ses comparaisons, le représentant devrait se concentrer sur la similitude possible des polices (pas nécessairement identiques) et sur ce en quoi elles diffèrent de façon importante. Dans le cas des ressemblances, il serait important de faire ressortir, par exemple, que les deux types de polices d'invalidité recommandés offrent une indexation des prestations basée sur l'indice des prix à la consommation (IPC), à compter du premier jour d'invalidité. Par ailleurs, deux polices d'assurance contre les maladies graves, toutes deux adaptées aux besoins du client, peuvent avoir des définitions très différentes de l'accident vasculaire cérébral admissible. Le niveau de déficit neurologique permanent exigé pour l'acceptation de la réclamation ou encore le nombre de jours devant s'écouler avant de pouvoir faire une réclamation peuvent ne pas être les mêmes.

Une fois que le proposant a une bonne compréhension des éléments de chaque contrat, le représentant peut l'aider à prendre une décision éclairée et à choisir parmi les polices offertes.

7.1.5 Documentation de la recommandation

Dans l'intérêt des deux parties, il est crucial que le représentant consigne dans un dossier les détails de toutes ses recommandations au client à la fois par écrit et verbalement. Tant la justification de la recommandation que les attentes du client devraient être consignées afin de confirmer que l'objectif était avant tout de satisfaire les besoins de ce dernier.

7.1.5.1 Justification de la recommandation

Les détails de la recommandation même sont évidemment importants, mais la communication et la documentation de sa justification peuvent l'être aussi. Bien sûr, il est préférable que cette justification soit fournie par écrit au client, au terme du processus de recommandation. Toutefois, il peut y avoir une grande quantité d'informations sur le contexte qui ne seraient pas en temps normal communiquées au client (des estimations comparatives de produit ou autre recherche, par exemple). Ces informations devraient être conservées dans le dossier du client pour consultation future.

EXEMPLE

Henri, un représentant, doit se défendre contre la plainte d'un client. Selon un autre représentant qui a examiné le produit recommandé par Henri, la plainte laisse entendre que ce dernier n'aurait pas effectué de contrôle préalable dans sa recherche et, du coup, n'aurait pas proposé à son client la « meilleure » recommandation.

En fait, avant de se prononcer, Henri avait comparé cinq produits similaires qui pouvaient répondre aux besoins du client ; il avait fini par en recommander un seul qui, selon lui, était le meilleur. Heureusement, il avait conservé des copies de sa recherche sur le produit et une grille qu'il avait créée pour comparer les produits selon différentes perspectives. Ces documents ont beaucoup servi à Henri pour prouver qu'il avait fait son contrôle préalable et présenté une recommandation valable.

7.1.5.2 Attentes du client

Après avoir fourni la justification de la recommandation, le représentant doit traiter les attentes du client, les gérer et y répondre. Pendant la rencontre d'enquête et le suivi au sujet de ses objectifs et de ses besoins, le client peut exprimer ses attentes sur les points suivants :

- le type et le montant d'assurance dont il estime avoir besoin ;
- le type d'assurance qu'il est, selon lui, en droit d'obtenir (par exemple, tarifs pour les non-fumeurs) ;
- les conséquences de son état de santé (représente-t-il un risque standard ?) ;
- le coût (la prime) du produit, etc.

Dans le processus de recommandation, répondre à ces attentes ou les gérer est tout aussi important que le choix du produit le mieux adapté aux besoins du client. Le représentant devrait examiner les détails de ces attentes pendant tout le processus de recommandation et de service. Le dossier du client devrait contenir les éléments suivants :

- un document sur les attentes communiquées au cours de la rencontre d'enquête ;
- un document affirmant que le représentant a tenu compte de ces attentes dans ses recommandations et que le produit recommandé répond à ces attentes ou non, et pourquoi.

De la même manière, à la rencontre de remise de la police, lorsque le représentant examine le nouveau contrat avec le client, la question de ces attentes devrait de nouveau être traitée. S'il existe des divergences importantes, il serait bon que le représentant prépare un avis de divergence (contre-proposition), montrant les différences entre les attentes et la réalité, et qu'il s'assure de le faire signer par le client.

7.1.6 Présentation de polices complémentaires

Parfois, une police unique ne peut répondre à tous les besoins du client. Il faut alors recommander une combinaison de polices pour offrir une solution complète. À ce stade, le client n'est peut-être pas prêt à souscrire une couverture complémentaire, mais son utilité devrait avoir déjà fait l'objet d'une discussion. En effet, le client doit comprendre la situation et savoir qu'il y aura encore des lacunes à combler dans la couverture, le cas échéant, avant que tous ses besoins soient pleinement couverts.

EXEMPLE

Éric est propriétaire d'un cabinet-conseil d'informatique comprenant trois employés : deux employés à temps partiel et un employé à temps plein, Manuel. Les services de ce dernier sont d'une importance critique pour la réussite de l'entreprise. Si cet employé clé devait décéder, ou être frappé d'invalidité pendant une longue période, les recettes de l'entreprise en souffriraient beaucoup, peut-être même au point de devoir liquider l'entreprise. En même temps, Manuel a une femme et deux enfants qui dépendent de lui financièrement.

Selon Éric, l'entreprise pourrait survivre au moins 6 mois sans la contribution de Manuel, mais sa famille connaîtrait de graves difficultés financières après seulement 60 jours. L'entreprise aurait besoin de liquidités de remplacement de 10 000 $ par mois pendant 2 ans, tandis que la famille de Manuel aurait besoin de 3 000 $ par mois pendant au moins 5 ans, si l'invalidité devait durer tout ce temps-là.

Il semblerait qu'un contrat seul d'invalidité ne répondrait pas aux besoins combinés de l'entreprise et de la famille. Le représentant d'Éric lui a donc recommandé de faire souscrire deux polices par l'entreprise : une police d'invalidité pour employé clé de 10 000 $ par mois avec un délai de carence de 180 jours payable à l'entreprise d'Éric, et une police d'invalidité de 3 000 $ par mois avec un délai de carence de 60 jours payable à Manuel.

7.1.7 Révision de la recommandation

En pratique, la recommandation du représentant n'est pas une proposition «à prendre ou à laisser». Si des aspects de la recommandation ne respectent pas les besoins ou les attentes du client éventuel, le représentant a l'obligation, tant morale que juridique, de servir le client en lui fournissant la meilleure solution possible pour ses besoins dans les circonstances. Si la solution recommandée est inacceptable (parce qu'elle est trop chère, qu'elle n'a pas toutes les caractéristiques souhaitées, etc.), il incombe au représentant de la revoir pour la rendre acceptable pour le client, tout en garantissant qu'elle respecte toujours le mieux possible ses besoins de couverture. Cela peut se faire au cours de la rencontre de présentation de la recommandation ou encore le représentant peut devoir repartir de zéro le processus pour trouver une nouvelle approche à présenter au cours d'une entrevue subséquente.

7.2 Proposition d'assurance

Que ce soit pour une assurance vie ou contre la maladie ou les accidents, dans le cas d'une couverture individuelle (par opposition à la couverture collective), la proposition d'assurance est la pierre angulaire de tout le processus d'émission. Les évaluations et enquêtes subséquentes sur les besoins et la santé de la personne à assurer seront fondées, du moins au début, sur l'information fournie dans la proposition. Cette dernière renseigne sur l'état de santé et la situation financière du proposant ou de la personne à assurer, ainsi que sur le type d'assurance demandé et la raison pour laquelle on aurait besoin du produit de l'assurance.

7.2.1 Souci du détail requis

Parce que l'ensemble de l'évaluation des risques d'assurance et du processus d'émission commence, et parfois se termine, avec la proposition, le représentant qui la remplit doit recueillir l'information de la façon la plus complète et la plus exacte possible.

Il incombe au représentant de poser au proposant, ou à la personne à assurer (si elle n'est pas le proposant), toute question applicable sur le formulaire de proposition et de consigner les réponses de façon complète et exacte. Dans certaines limites, le représentant est censé être l'«expert» quant à l'information exigée par le service d'évaluation des risques. Le proposant et la personne à assurer sont présumés être des «non-initiés», peu informés du monde de l'assurance. D'un point de vue pratique et légal, ces derniers sont, avec raison, autorisés à s'appuyer sur l'expertise du représentant pour interpréter les questions posées dans la proposition et expliquer la nature des réponses attendues. Si les évaluateurs de l'assureur sont censés bien effectuer leur travail, les réponses qui leur sont fournies doivent être également précises et dénuées d'ambiguïté.

L'information inexacte ou incomplète dans la proposition pourrait, au mieux, occasionner un retard dans le processus d'évaluation des risques. Dans le pire des cas, cette situation pourrait entraîner soit un refus de couverture, alors que, dans les circonstances, il était réellement justifié d'émettre une police, soit une offre de couverture, alors qu'il aurait dû y avoir davantage d'enquêtes menées

avant l'émission de la police. Ce deuxième scénario ouvre la voie à des poursuites éventuelles, si une réclamation est rejetée pour présentation erronée des faits.

Une attention particulière doit être apportée aux aspects suivants de la proposition :

- détails sur le type de produit et la couverture — La proposition devrait indiquer le type d'assurance demandé (invalidité ou contre les maladies graves, par exemple) et le nom de l'assureur pour le type de police. La couverture correspond, entre autres, au type et au montant de prestations fournis. Il incombe au représentant et au proposant de se concerter pour trouver le montant de couverture le plus approprié à demander selon la situation du proposant.
- titulaire, personne assurée et bénéficiaire — Il est important de déterminer le titulaire, la personne assurée et le bénéficiaire du contrat. Dans de nombreux cas, le proposant porte les trois chapeaux, mais le titulaire, la personne assurée et le bénéficiaire sont parfois des personnes différentes, par exemple, en assurance pour les entreprises. Dans tous les cas, il faut veiller à la bonne désignation des parties selon la police.
- prime — Le représentant aura en temps normal accès à un logiciel pour calculer la prime pour une personne assurée standard, pour le type de régime demandé et le profil du proposant. La prime effectivement applicable à la police émise peut différer de celle estimée sur la proposition, selon que la personne à assurer est considérée comme étant « standard » ou non, ou que des restrictions ou exclusions sont appliquées au contrat. Cependant, le tarif estimé donnera au proposant une idée raisonnable du coût de la couverture.
- avenants — En plus de la couverture de base et des prestations fournies par un type donné de contrat d'assurance, des prestations facultatives (avenants) peuvent être ajoutées à la police, au gré du proposant, sous réserve de l'évaluation des risques financiers et médicaux. Les avenants sont soumis à leurs propres calculs de primes et exigences d'évaluation des risques.

7.2.1.1 Désignation de bénéficiaire

Comme il a été mentionné précédemment, dans la plupart des polices individuelles d'assurance contre la maladie ou les accidents, le titulaire, la personne assurée et le bénéficiaire du contrat seront en général la même personne. En effet, il est courant de vouloir prendre une assurance pour soi-même contre la perte de revenu en cas d'invalidité, l'incidence d'une maladie grave ou le coût des soins de longue durée.

EXEMPLE

Quand il sera plus âgé, André ne voudrait pas être un fardeau financier pour ses enfants; il fait une demande de police de soins de longue durée sur sa propre tête, pour couvrir les frais de la maison de soins infirmiers et d'autres frais médicaux, en cas de besoin. André sera le titulaire, la personne assurée et le bénéficiaire de la police.

Toutefois, dans le cas des entreprises, il faut vérifier que le bon bénéficiaire est désigné dans la police, à la fois pour des raisons pratiques et fiscales.

EXEMPLE

Hubert a une entreprise privée constituée en société avec trois employés. Il a conclu différents arrangements de rémunération avec chaque employé et souscrit des polices d'assurance invalidité individuelles pour deux d'entre eux, Alfred et Blanche, à des fins différentes.

La police sur la tête d'Alfred est un régime pour employé clé, conçu pour dédommager l'entreprise si elle venait à perdre les services d'Alfred pour cause d'invalidité pendant un certain temps. L'entreprise d'Hubert devrait être à la fois titulaire et bénéficiaire de cette police. Ni le paiement des primes par l'employeur ni le paiement des prestations (le cas échéant) à l'employeur n'auraient d'incidence fiscale sur l'employé qui est la personne assurée dans la police.

Une seconde police est prise sur la tête de Blanche pour remplacer son revenu personnel en cas d'invalidité. Cela déchargerait l'entreprise de toute obligation de continuer à lui verser un salaire pendant la période de non-productivité au cours de laquelle elle ne contribue pas aux recettes de l'entreprise. Cette dernière devrait être la titulaire de la police. Si Blanche est désignée comme bénéficiaire, elle devrait déclarer les primes payées par l'entreprise pour la police comme un avantage imposable en matière d'emploi. Sinon, l'entreprise pourrait être la bénéficiaire désignée et utiliser les prestations de la police pour remplacer le salaire payable à Blanche si elle est invalide. Mais, dans ce dernier cas, toute la prestation versée à Blanche serait imposable, pas seulement la prime versée pour la police. L'une ou l'autre issue est acceptable, mais Hubert et Blanche devraient connaître les incidences fiscales de l'option retenue.

7.2.2 Contribution du représentant à la proposition

Au moment de remplir la proposition, le représentant ne devrait pas se contenter de simplement enregistrer l'information fournie par le proposant. En plus d'aider ce dernier à placer l'information dans les cases du formulaire ou à répondre aux questions particulières qui s'y trouvent, le représentant peut avoir un rôle dynamique et aller chercher les renseignements que les évaluateurs de l'assureur pourraient exiger, même si cela n'est pas indiqué de façon précise dans la proposition. De plus, il peut enregistrer ses impressions au moment de la rencontre avec le client. Le représentant est sans nul doute la première personne, peut-être même la seule, de la compagnie d'assurance à rencontrer le proposant. Donc ses idées, ses impressions et ses inquiétudes peuvent avoir une importance critique dans l'évaluation des risques.

Le représentant intervient dans les aspects suivants de la proposition :

- commentaires du représentant ;
- questions médicales ;
- rapport d'inspection ;
- rapport sur les activités et sports dangereux.

Dans certains cas, des questionnaires et questions d'entrevue supplémentaires pourraient être requis.

7.2.2.1 Commentaires du représentant

À part toutes les questions spécifiques figurant dans la proposition, sur des sujets comme le revenu et les antécédents médicaux, il existe une section « ouverte », celle des *Commentaires du représentant* ou du *Rapport du représentant.* Celui-ci a le choix de déclarer des renseignements ou des impressions qui, selon lui, pourraient être importantes pour les évaluateurs. Ces commentaires supplémentaires pourraient être favorables ou nuisibles au proposant, selon les circonstances. Cependant, en général, la section des commentaires sert à terminer les réponses qui n'entrent pas exactement dans l'espace réservé aux questions précises de la proposition. Par exemple :

- À la case « niveau de revenu du proposant », le représentant pourrait savoir, à la suite de sa rencontre, que le proposant a l'intention de quitter son emploi actuel au cours des prochains mois pour lancer sa propre entreprise et qu'il aura une forte baisse de revenu au cours des deux prochaines années. Le représentant devrait communiquer cette information au service de l'évaluation des risques grâce à la section de la proposition *Commentaires du représentant*.
- À l'inverse, le client pourrait gagner 75 000 $ par an aujourd'hui, mais avoir dans son contrat d'emploi une augmentation garantie à 100 000 $ dans 6 mois. Si le proposant demande une couverture fondée sur 100 000 $, la demande sera sans doute modifiée ou refusée, sauf si le représentant informe le service de l'évaluation des risques de l'augmentation imminente.

- Pendant que le client remplit la proposition, le représentant pourrait relever un indice que la compagnie d'assurance devrait approfondir. Par exemple, si les habits du client sentent la fumée de cigarette, alors qu'il se prétend non-fumeur, le représentant devrait attirer l'attention de l'assureur sur ce point. Une exposition constante à de la fumée secondaire pourrait avoir un effet négatif à long terme sur la santé de la personne à assurer, et ainsi avoir une incidence sur les primes.

La section *Commentaires du représentant* devient alors un fourre-tout commode permettant à la compagnie d'assurance d'avoir tous les renseignements détenus par le représentant – ce qui est une bonne chose, car, en droit, la compagnie d'assurance se doit d'avoir toute cette information, qu'elle soit réelle ou non.

7.2.2.2 Questions médicales

Une partie importante du rôle du représentant dans le processus de proposition consiste à aider le proposant à remplir le formulaire « non médical » ; dans celui-ci, le proposant doit répondre à une série de questions sur ses antécédents de santé et ceux de sa famille, que ce soit pour remplacer un examen médical ou avant de le passer. Il incombe au représentant d'interpréter les réponses du proposant, de l'amener à préciser davantage ses réponses, au besoin, et de les consigner avec soin, dans l'intérêt du service d'évaluation des risques.

EXEMPLE

Le formulaire non médical d'une proposition pose la question suivante : « À quand remonte votre dernière visite chez un médecin et quel était le motif de la visite ? » Ce à quoi le proposant, qui est aussi la personne assurée par la police, a répondu : « En juillet dernier, pour un bilan de santé. » Le représentant a consigné la réponse du proposant et est passé à la question suivante. Toutefois, cela a laissé un certain nombre de questions sans réponse pour l'évaluateur de l'assureur :

- S'agissait-il d'un bilan annuel ou semi-annuel prévu ou un problème particulier a-t-il déclenché la visite chez le médecin ?
- Dans ce dernier cas, quel était le problème particulier ?
- Quels étaient les symptômes, le cas échéant ?
- Qu'a conclu le médecin ?
- Avez-vous dû faire des analyses ? Si oui, lesquelles ? Quelle rétroaction avez-vous eue, vous ou votre médecin ?
- Un acte médical a-t-il été exigé ?
- Y a-t-il eu prescription de médicaments ou de thérapies ?
- Quel a été le résultat du traitement, le cas échéant ?

Toute réponse où l'on se contente d'indiquer la date de la dernière visite chez le médecin du proposant aurait pu suffire concernant la question dans sa forme la plus simple, mais elle n'aurait pas satisfait les évaluateurs.

7.2.2.3 Rapport d'inspection

À l'examen d'une proposition d'assurance, le service d'évaluation des risques de l'assureur peut demander un rapport d'inspection à un tiers. Le représentant n'a aucun rôle à jouer dans la commande de tels rapports, rapports supplémentaires ou analyses médicales. Il s'agit seulement d'un des nombreux outils d'enquête autorisés par le proposant à la signature du formulaire de proposition. Le tiers, enquêteur spécialisé, peut recueillir des renseignements, par exemple, auprès de l'employeur ou des voisins du proposant, quant au style de vie de ce dernier, à ses habitudes de dépenses, ses passe-temps, toute activité de loisir ou sport dangereux qu'il pourrait pratiquer, ses habitudes de consommation d'alcool, etc. – autant de facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur le degré de risque représenté par le proposant, pour les réclamations.

7.2.2.4 Rapport sur les activités et sports dangereux

Si le proposant indique sur la proposition qu'il se livre à des activités de loisirs ou sports dangereux (pilotage de tourisme, parachutisme, etc.) ou que son emploi comporte des dangers inhabituels (pompier), on lui demandera sans doute de remplir un questionnaire spécial, par exemple, sur les médicaments ou sur la consommation d'alcool. Le proposant devra fournir des détails sur l'activité même, en plus des renseignements sur la fréquence à laquelle il se livre à cette activité ou entend s'y livrer, à l'avenir. Si l'activité est assez risquée, un avenant d'exclusion peut être ajouté à la police qui refuserait toute réclamation découlant d'une activité dangereuse.

7.2.3 Documents et procédures nécessaires

Pratiquement tous les types d'assurance exigent du proposant de fournir des documents pour prouver ses besoins en matière de santé, de revenu ou d'assurance et, peut-être, de subir des actes médicaux particuliers.

Le proposant désireux de s'assurer contre l'invalidité, contre les maladies graves ou pour les soins de longue durée doit aussi fournir des renseignements précis sur le revenu et l'assurabilité (santé). Tous les types d'assurance pour les entreprises ont au moins des exigences parallèles à celles de leurs homologues de l'évaluation des risques personnels (par exemple, la couverture individuelle pour l'invalidité et la personne clé exigerait tant de l'information sur la santé de la personne à assurer que de l'information financière pour évaluer l'incidence de l'invalidité). Une assurance maladie complémentaire s'appuie surtout sur un questionnaire médical.

7.2.3.1 Examen médical

Chaque compagnie d'assurance a sa propre série de règles quant à savoir si et quand le proposant d'une assurance est tenu de subir des analyses ou examens médicaux dans le cadre du processus d'évaluation des risques.

La preuve médicale peut être exigée de façon automatique, dans tous les cas, si la personne à assurer a plus d'un certain âge ou si le montant nominal de l'assurance (prestation mensuelle, par exemple) dépasse une certaine limite. Un examen peut aussi être exigé quand les antécédents médicaux du proposant sont tels que les évaluateurs de la compagnie d'assurance auront besoin de plus de renseignements.

EXEMPLE

Dans le questionnaire non médical d'une proposition pour une assurance de soins de longue durée, Georges a déclaré avoir eu une «petite» crise cardiaque, il y a quatre ans. Afin de déterminer l'étendue des dommages causés au muscle cardiaque, la compagnie d'assurance a demandé une déclaration du médecin traitant et un examen médical avec une épreuve d'effort.

7.2.3.2 Confirmation du revenu

Surtout dans le cas d'une proposition pour souscrire une assurance de remplacement du revenu en cas d'invalidité, la preuve du revenu et l'identification des sources de revenus du proposant sont essentielles dans le processus d'évaluation des risques. Le montant de la couverture d'invalidité qu'une compagnie d'assurance offrira est, du moins en partie, fondé sur le montant de revenu avant l'invalidité du proposant. En général, la couverture ne peut pas excéder 60 à 70 % du revenu avant invalidité, mais certaines polices étendent cette fourchette jusqu'à 85 %. Cependant, la compagnie d'assurance ne se contentera pas de ce que dit le proposant sur ses sources de revenu. Une vérification indépendante sera nécessaire.

En plus de répondre aux questions sur le revenu dans la proposition, le proposant peut être tenu de fournir des copies de ses feuillets T-4 et T-5 de la dernière année d'imposition, ou d'au moins sa plus récente déclaration de revenus T1, ainsi que de l'avis de cotisation correspondant envoyé par l'Agence du revenu du Canada (ARC). En fait, les assureurs peuvent exiger plus qu'une année de preuve afin d'établir la constance et les tendances du revenu.

Pour une proposition de couverture dans le cas d'une entreprise, la compagnie d'assurance exigerait normalement les états financiers (état des résultats et bilan) au moins des trois dernières années.

7.2.3.3 Remplacement de la couverture

Si l'assurance contre la maladie ou les accidents fait l'objet d'une proposition et vient remplacer une couverture existante, en tout ou en partie, il faut suivre les procédures prescrites pour bien informer le client afin qu'il comprenne si le changement recommandé est dans son intérêt ou non. Le représentant sera tenu de remplir un formulaire qui compare l'ancienne police et la nouvelle, sur un certain nombre de points :

- primes ;
- conditions couvertes ;
- causes d'invalidité ou maladies graves exclues ;
- avenants et autres prestations ;
- expiration de couverture ;
- délai de carence et périodes de versement de prestation (surtout dans le cas de l'assurance invalidité) ;
- définitions des conditions couvertes.

À défaut d'agir dans l'intérêt du client au moment de recommander une assurance de remplacement, cela pourrait lui faire courir le risque de lacunes dans sa couverture.

7.3 Souscription par l'assureur

Les compagnies d'assurance sélectionnent les risques (évaluent les proposants) de deux manières différentes :

▪ évaluation du risque financier	Vérifier le niveau de revenu du proposant de façon à pouvoir évaluer le niveau maximal de couverture auquel il pourrait avoir droit et déterminer sa capacité de payer la couverture à long terme.
▪ évaluation du risque médical	Déterminer si le proposant représente un risque acceptable de réclamations du point de vue médical.

Toutefois, des facteurs de calcul distincts ont aussi une incidence sur la prime, quelles que soient les conclusions formulées au cours du processus d'évaluation des risques. Ils sont énumérés dans la section suivante.

7.3.1 Facteurs ayant une incidence sur la prime

Pour établir le prix d'une assurance invalidité ou de toute autre assurance contre la maladie ou les accidents, les compagnies d'assurance tiennent compte de divers facteurs qu'elles contrôlent de façon différente.

Les considérations suivantes ont une incidence sur la manière dont les assureurs fixent les primes :

- coûts et frais administratifs — Coûts actuels du personnel, du marketing, de l'émission de contrats et de tenue des dossiers – une augmentation des coûts et des frais signifie des primes plus élevées.
- rendements de placements — Rendements générés par le placement des réserves de capital – une augmentation des rendements signifie des primes moins élevées.
- taux de déchéance — Nombre de polices en vigueur annulées ou résiliées pour défaut de paiement (déchéance) – des taux de déchéance supérieurs signifient, potentiellement, un plus petit nombre de réclamations et des primes moins élevées.
- taux de morbidité — Taux de maladie ou de blessure dans la population – une augmentation du risque de maladie ou de blessure signifie des primes plus élevées.
- tarification et exclusions — Primes plus élevées pour les risques non standards, selon une tarification ; limites ou élimination des prestations pour certaines maladies ou causes particulières, selon des exclusions. Tant les tarifs que les exclusions signifient des primes moins élevées pour les risques standards.

7.3.1.1 Taux de morbidité

La morbidité est l'état d'invalidité – blessure ou maladie – dans la population en général. Les tables de morbidité prédisent, pour une population donnée, combien de personnes à un âge et d'un sexe donnés peuvent devenir invalides (ou subir une grave blessure, ou avoir besoin de maisons de soins infirmiers ou de soins de santé, etc.). Les tables de morbidité sont basées sur des nombres élevés – des millions d'individus –, mais elles sont moins fiables pour prévoir l'invalidité dans une petite population, par exemple les personnes assurées par une compagnie d'assurance donnée. Les compagnies d'assurance fondent en partie leurs primes d'assurance sur le nombre estimatif de réclamations qu'elles sont susceptibles d'avoir dans une période donnée.

Comme il a été expliqué précédemment, les tables de morbidité ne représentent que les meilleures estimations des actuaires. Les véritables nombres de réclamants varient – en plus ou en moins de l'estimation – avec un écart potentiel qui s'accentue si la composition des personnes assurées par la compagnie d'assurance diffère de façon significative de celle des personnes dans la population dans son ensemble.

De plus, les tables de morbidité ne font qu'estimer le nombre de réclamations, leurs causes et leur durée, et non pas le montant chiffré du risque par réclamation. Ce chiffre dépend du niveau d'assurance fourni par chaque police[42].

Dans une compagnie d'assurance donnée, la quantité de réclamations au-delà ou en deçà des hypothèses intégrées dans le calcul de la prime aura une incidence sur les bénéfices et, par conséquent, sur les primes futures.

7.3.1.2 Tarification et exclusions

La compagnie d'assurance peut se servir de la tarification de primes (un barème de primes supérieur à celui des risques « standards ») et des exclusions (refus des réclamations découlant de causes ou de conditions exclues) pour atténuer son exposition au risque (et donc de réclamations excessives). En général, les assureurs évitent le refus complet de couverture pour les proposants non standards. L'utilisation de la tarification et des exclusions leur permettent d'offrir une couverture à leurs proposants qui ne rentrent pas dans la fourchette « standard », tout en limitant tout risque indu pour eux et en réduisant ainsi leurs coûts.

7.3.2 Évaluation des risques financiers

Comme il a été dit plus haut, le montant de l'assurance de remplacement de revenu en cas d'invalidité émise à un proposant donné est calculé en fonction de son revenu. La couverture de l'assureur est limitée à un pourcentage du revenu avant invalidité, provenant de toutes sources, et coordonnée avec les prestations disponibles de toutes les autres sources (régimes collectifs et gouvernementaux, par exemple). Il s'agit ici de s'assurer que le titulaire de police ou le bénéficiaire ne se trouve pas dans une meilleure situation financière en touchant des prestations que quand il était en bonne santé et qu'il travaillait. Une telle surassurance pourrait, dans certains cas, conduire à une antisélection : tendance de l'assuré de produire de fausses réclamations ou de prolonger sans raison une réclamation valide, tout simplement parce que les prestations de la police pourraient être plus rentables pour lui que son travail à plein temps.

De plus, la vérification du revenu et des dépenses du proposant pourrait permettre de contrôler sa capacité à payer les primes de la police à long terme. L'émission d'une police d'assurance est un processus coûteux, et il faut souvent plusieurs années à partir de la date d'émission avant que la compagnie d'assurance ne fasse des bénéfices sur une vente donnée. L'assureur voudra s'assurer de nouveau que le proposant pourra continuer à payer la police au moins jusqu'à cette date de rentabilité.

À part la question de la durée probable d'une police nouvellement émise, le proposant désireux d'acquérir une couverture alors qu'il ne peut de façon évidente pas se permettre de la maintenir

42. Pour un exemple de table de morbidité, consultez le tableau 2.2 *Exemple de table de morbidité d'après l'âge*, au chapitre 2.

devrait constituer un cas douteux pour l'assureur : peut-être le proposant veut-il une couverture dans le but de déposer une réclamation à très court terme.

Cette question de caractère abordable est une inquiétude en assurance contre les maladies graves, soins de longue durée et maladie, ainsi que pour l'assurance invalidité. Pour cette raison, l'évaluation des risques financiers constitue aussi un facteur, bien que le montant de couverture ne soit pas directement lié au revenu du proposant.

7.3.3 Évaluation des risques médicaux

En plus de demander l'évaluation médicale de la personne à assurer par un médecin ou un professionnel paramédical, les compagnies d'assurance s'appuient aussi de façon régulière (mais pas toujours) sur des rapports demandés au médecin traitant du proposant et des renseignements du Bureau de renseignements médicaux (BRM) pour décider d'assurer ou non un proposant donné.

7.3.3.1 Déclaration du médecin traitant (DMT)

L'assureur peut chercher à obtenir des commentaires du médecin personnel du proposant ou de tout autre médecin qui l'aurait traité pour des maladies particulières dans le passé. La DMT peut être donnée de manière automatique, dans le cadre des procédures de l'assureur fondées sur l'âge du proposant et le montant d'assurance visé par la proposition. Ou encore les antécédents médicaux du proposant ou de sa famille indiqués dans le questionnaire non médical de la proposition peuvent déclencher une demande de DMT.

La DMT va directement du service d'évaluation des risques de l'assureur au médecin en cause, et l'assureur assume les frais.

En plus de cette déclaration, l'assureur peut exiger des renseignements ou des analyses supplémentaires, comme un examen médical par un technicien paramédical ou un médecin, des analyses de sang ou d'urine ou un électrocardiogramme[43].

7.3.3.2 Bureau de renseignements médicaux (BRM)

Le Bureau de renseignements médicaux (BRM) est un organisme qui dessert le secteur de l'assurance de personnes (vie et maladie) par la compilation des données historiques sur les gens assurés et les proposants. Quand un individu demande une assurance, l'assureur envoie de l'information codée au BRM et cherche aussi ces renseignements dans les dossiers du BRM. L'information partagée avec le BRM n'est pas assez précise pour servir à la sélection du

43. La déclaration du médecin traitant est un rapport du médecin du proposant qui expose les détails d'une maladie ou d'un traitement qui ont eu lieu dans le passé. L'examen ou le rapport d'un technicien paramédical est fait par un infirmier ou technicien médical qui exécute les analyses supplémentaires exigées par les règles de l'évaluation des risques de l'assureur ou par le service d'évaluation des risques.

proposant, mais elle fournit des repères généraux pour signaler un problème de santé éventuel et, le cas échéant, pousser l'assureur à demander des avis médicaux supplémentaires, par exemple.

En plus des données de santé, le BRM peut aussi recueillir de l'information sur les couvertures existantes, ou les couvertures demandées, et les cas de refus de couverture à un proposant.

En s'échangeant ces renseignements du BRM entre compagnies d'assurance, les assureurs se protègent contre les proposants qui cherchent à se «surassurer» (en achetant des couvertures dans différentes compagnies d'assurance et en omettant de déclarer la couverture existante ou d'autres propositions en cours) ou qui cherchent à obtenir une assurance à laquelle ils n'ont pas droit à cause d'affections non communiquées à l'assureur. Sans l'aide du BRM, ce dernier problème pourrait être particulièrement courant chez les proposants rejetés ou faisant l'objet d'une surprime de la part d'une compagnie d'assurance; ils pourraient alors être tentés de demander une assurance à un autre assureur sans communiquer ni le rejet ou la surprime ni le motif afférent.

Au moment de signer la proposition d'assurance, le proposant doit donner une autorisation spécifique permettant à la compagnie d'assurance de se renseigner sur lui et de communiquer l'information au BRM au sujet de la proposition.

7.4 Contrat d'assurance

La remise de la police d'assurance nouvellement émise est la dernière étape du processus contractuel. Remplir la proposition constitue pour le représentant la première étape de ce processus et forme l'«offre à traiter». Si l'assureur émet le contrat, soit selon la proposition, soit avec des modifications, et qu'il le remet au proposant (en général, par le représentant souscripteur), cela donne lieu à l'offre d'une partie (l'assureur), qui demande à être acceptée par l'autre partie (le proposant), et à un échange de contrepartie (la prime de la police) pour terminer le processus juridique. Une fois la police, y compris la proposition même, légalement en vigueur, elle devient le fondement de toutes les transactions à venir entre la personne assurée et l'assureur – elle établit les droits de l'assuré et les obligations de l'assureur.

7.4.1 Importance de remettre rapidement le contrat au client

Le processus d'évaluation des risques pour l'assurance contre la maladie ou les accidents peut être compliqué et long; il impose l'évaluation de la proposition par le service d'évaluation des risques de l'assureur et, le cas échéant, la demande d'une DMT ou d'un examen physique, ou les deux, et d'autres analyses médicales, ou encore de l'ensemble de ceux-ci. De nombreuses semaines, voire des mois, peuvent s'écouler entre la date de la proposition et la date à laquelle la police (si elle est souscrite) est prête à être remise au proposant. La police nouvellement émise est en général envoyée au représentant qui a rempli la proposition avec le proposant; il est censé remettre en personne le contrat au proposant.

Il est convenu que le nouveau titulaire de police dispose d'un délai de 10 jours pour le «libre examen» du contrat nouvellement émis: 10 jours à compter de la date de la remise du contrat

pour déterminer s'il garde la police ou non. En tout temps pendant cette période, le titulaire a le droit de retourner la police à l'assureur pour annulation et de se faire rembourser toutes les primes versées jusqu'à cette date. Le délai de 10 jours ne commence pas avant que le document même de la police ne soit entre les mains du nouveau titulaire. L'option du client est donc ouverte tant que le contrat n'est pas remis, plus 10 jours après cette date de remise.

Le représentant doit délivrer le contrat le plus vite possible. Comme il est expliqué à la section suivante, selon la loi, le contrat ne peut entrer en vigueur si l'état de santé ou les finances du proposant ont changé entre la date de la proposition et la date de la remise du contrat. Plus le délai de remise du contrat est long, plus il y a de risques que de tels changements se produisent.

En outre, il est assez courant que le proposant se ravise à propos de son achat et décide de ne pas accepter le contrat, même si sa famille et lui ont besoin de cette couverture. Au cours d'une rencontre qui renforce la justification de cette couverture, une remise rapide permet d'assurer que la recommandation sera effectivement mise en œuvre pour répondre aux besoins communiqués.

7.4.2 Importance de connaître les changements survenus depuis la proposition

Les lois provinciales sur les assurances contiennent des dispositions précises à respecter avant qu'un contrat d'assurance vie ou d'assurance contre la maladie ou les accidents ne soit légalement en vigueur. En général, les lois imposent les éléments suivants :

- la remise du contrat émis au titulaire de police ;
- le versement de la prime initiale par le titulaire de police ;
- l'absence de changement dans la situation financière de l'assuré ou dans son état de santé en fonction du contrat, entre la date de la proposition et celle de la remise de la police.

La dernière exigence consiste à s'assurer de la pertinence de la police remise. Dans le cas d'une police d'assurance invalidité, par exemple, si le proposant a subi une diminution de revenu depuis la date de la proposition, la couverture selon le contrat peut maintenant être excessive et d'un montant auquel l'assuré n'aurait pas droit en cas de réclamation. Si la santé de la personne assurée a décliné, les paramètres avec lesquels la compagnie d'assurance doit composer à présent sont différents de ceux qui existaient au moment de la proposition ; la couverture doit donc être réévaluée. Avant de remettre la police au proposant, le représentant doit vérifier auprès de ce dernier s'il y a eu une évolution négative de sa santé ou de son revenu depuis la date de la proposition. Si la réponse est oui, le représentant doit consigner les détails du changement, ne pas remettre le contrat, mais le renvoyer avec ses notes à la compagnie d'assurance pour que la proposition fasse l'objet d'un examen et d'une réévaluation, au besoin.

EXEMPLE

Thierry, un représentant, allait remettre une police d'assurance contre les maladies graves récemment émise à Lucille. En réponse aux questions posées par Thierry au moment de l'entretien de remise, Lucille a reconnu avoir eu des douleurs à la poitrine diagnostiquées comme de l'angine de poitrine, environ deux semaines après la soumission de sa proposition d'assurance. Au lieu de remettre le contrat à Lucille, Thierry a inscrit les détails des changements concernant la santé de Lucille (dates, diagnostic, nom du médecin en cause, etc.) et a envoyé une copie de ses notes avec son rapport et le contrat à la compagnie d'assurance en vue d'une réévaluation.

7.4.2.1 Traitement des cas ayant fait l'objet d'une tarification particulière

La remise d'une police qui a fait l'objet d'une tarification particulière (majoration de primes, exclusions, réduction des prestations, etc.) est parfois un moment délicat, surtout si le proposant n'était pas conscient auparavant de la maladie ayant conduit à cette tarification. Le proposant peut réagir de différentes façons. Il peut, notamment :

- avoir l'impression que la police est à présent trop chère, si la prime requise est supérieure à l'estimation au moment de la proposition ;
- être déçu en constatant que la police n'offre pas la couverture ayant fait l'objet de la proposition dans le cas d'une réduction des bénéfices ou des exclusions ;
- être surpris de voir inscrite dans le contrat une maladie dont il n'était pas informé précédemment.

Toutes ces réactions peuvent amener le proposant à rejeter la police telle que présentée au moment de l'entrevue de remise, donc à refuser la couverture nécessaire pour se protéger ainsi que sa famille. Le représentant peut suivre un certain nombre d'étapes pour encourager le proposant à accepter la police émise, même si elle diffère de la proposition initiale.

- Pendant le processus de proposition, si des problèmes de santé ou autres sont communiqués et que, selon le représentant, cela entraînerait peut-être une tarification particulière, celui-ci pourrait le mentionner au proposant. Ainsi, la remise d'une police assortie d'une surprime ne serait pas une surprise totale.
- Dans des cas où la tarification particulière serait temporaire, ou soumise à une réévaluation ultérieure, cela devrait être expliqué au client pour réduire son incidence émotionnelle.
- Le représentant doit convenir avec le client que sa raison de souscrire la couverture n'a pas changé, mais sous-entendre indirectement que son besoin de couverture est plus grand, maintenant que des facteurs de risque supplémentaires sont connus.

7.4.3 Divulgation de renseignements importants au sujet du contrat

Le représentant devrait toujours garder à l'esprit que le client n'est pas informé, en général, des aspects techniques de l'assurance. C'est son rôle de lui expliquer le contrat au moment de la remise, en insistant surtout sur les clauses contractuelles susceptibles d'avoir une incidence sur les droits de la personne assurée, c'est-à-dire :

- les limites de prestations et de couverture ;
- les avenants ;
- les définitions clés des conditions couvertes, en particulier dans le cas des polices contre les maladies graves ;
- les exclusions.

Le représentant devrait surtout surveiller les deux derniers points : les définitions et les exclusions. À défaut d'une explication claire de la part du représentant, le client pourrait avoir la fausse impression que toutes les manifestations d'une maladie donnée sont couvertes et ne pas connaître les conditions précises du contrat, quant à l'invalidité ou au type et à la gravité d'une maladie donnée, auxquelles il doit répondre pour pouvoir toucher des prestations. Les exclusions sont en général ajoutées au contrat par l'assureur après réception de la proposition. La couverture que le proposant pensait obtenir a été retirée du contrat lui-même. Le proposant (et sa famille, en particulier dans le cas des contrats d'assurance contre les maladies graves ou les soins de longue durée) doit absolument comprendre et savoir ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas, afin de réduire les conflits entre l'assuré et l'assureur au moment d'une réclamation.

7.4.3.1 Facteurs limitant la couverture (dispositions légales)

Le représentant devrait aussi expliquer au client que les couvertures et prestations fournies dans le cadre d'un contrat donné ne seront peut-être pas absolues.

Lorsque les couvertures de différents contrats se chevauchent, l'assuré n'a pas droit à un remboursement plus d'une fois pour le même sinistre. Les prestations d'un contrat peuvent venir compléter une autre police, mais ne peuvent pas faire double emploi avec elle.

EXEMPLE

Georges a une couverture d'assurance invalidité au travail. Le régime collectif lui versera des prestations de 2 500 $ par mois (50 % de son salaire) pendant 2 ans après un délai de carence de 30 jours. S'il veut une couverture plus complète, il pourrait, par exemple, souscrire une police individuelle qui verserait 500 $ de plus par mois (ce qui ferait en tout 60 % de son salaire) pendant 2 ans, puis qui la ferait passer à 3 000 $ par mois pendant 3 années supplémentaires. Grâce aux deux régimes combinés, il aurait ainsi une

couverture de 3 000 $ par mois pendant 5 années complètes. Il ne peut cependant pas toucher plus de 3 000 $ par mois avec les deux polices combinées.

Les polices précisent en temps normal le payeur qui sera prioritaire, si de multiples assureurs fournissent une couverture excédentaire.

Quoi qu'il en soit, des conventions restreignent la couverture d'invalidité à un maximum prescrit de revenu avant l'invalidité provenant de toutes les sources (en général 85 %), là encore, fixant le rang prioritaire des payeurs.

Dans les polices d'assurance contre les maladies graves, le montant de prestations que l'assuré peut toucher n'a pas de limite précise, car les prestations ne sont pas liées à un revenu ou à des dépenses spécifiques.

Dans le cas des polices pour les soins de longue durée, l'assuré ne peut pas recevoir de remboursement supérieur aux dépenses effectivement engagées, quel que soit le possible chevauchement de couverture.

7.4.3.2 Traitement fiscal des primes et des prestations

Au cours de la rencontre de remise du contrat souscrit, les proposants demandent souvent s'ils peuvent déduire les primes de leur revenu imposable ou si les prestations seront imposables. Le représentant devrait répondre à ces questions de façon précise et se concentrer sur les points ayant fait l'objet d'une discussion pendant le processus de recommandation, par exemple, si le proposant avait des exigences fiscales particulières à respecter. Dans la plupart des cas, sauf s'il est aussi comptable ou fiscaliste, le représentant n'est pas un expert en fiscalité, et il n'a pas les compétences nécessaires pour donner des conseils élaborés dans ce domaine. Toutefois, le traitement fiscal éventuel des primes et des prestations devrait être pris en considération et être l'objet d'une discussion avec le client dans la formulation et l'explication des recommandations du produit. Le représentant devrait aussi éviter les déclarations trop tranchées, parce qu'il ne connaît peut-être pas tous les facteurs en jeu dans la situation du client. Dans son cas, le traitement fiscal des primes et des prestations échapperait peut-être à la norme. Le client devrait toujours être orienté vers son comptable ou un avocat fiscaliste pour recevoir des conseils plus précis.

7.4.4 Caractéristiques de la police

Bon nombre de polices d'assurance contre la maladie ou les accidents, en particulier les polices d'invalidité, contiennent des caractéristiques contractuelles prévoyant que la compagnie d'assurance émettant la police, ou le représentant, ou les deux, rencontrent le titulaire de police en personne pour effectuer un changement dans le contrat. Ces changements doivent souvent être apportés avec les conseils et l'aide du représentant. Pour ce dernier, c'est aussi l'occasion de revoir la situation du client et de proposer des modifications ou des ajouts à la couverture actuelle.

Parmi les possibilités les plus fréquentes de révision de la couverture, il y a celles liées aux points suivants :

- avenant de garantie d'assurabilité future ;
- options de transformation ;
- facteurs temporels pour surprimes et exclusions.

Avenant de garantie d'assurabilité future

Comme il a été expliqué dans le chapitre 2, notamment, ce type d'avenant donne au titulaire de police d'assurance invalidité le droit de souscrire une couverture supplémentaire avec la possibilité d'une sélection médicale réduite. Cela ne peut se faire que sous réserve d'une évaluation des risques financiers afin de vérifier la justification d'une telle couverture selon les règles de l'assureur. Des options d'augmentation de couverture se présentent de façon périodique à des dates préétablies, chaque option étant limitée à un montant précis. Toutefois, rien n'empêche d'amorcer une discussion avec le client sur la pertinence d'avoir maintenant une couverture supplémentaire ou abordable avec une évaluation des risques médicaux.

EXEMPLE

Il y a deux ans, Consuela a souscrit une assurance invalidité lui donnant des prestations de 2 500 $ par mois. La garantie était fondée sur son revenu annuel de 90 000 $. À ce moment-là, elle aurait pu être admissible à un maximum de 4 500 $ par mois, mais certaines dépenses personnelles extraordinaires ont limité les fonds disponibles pour l'assurance.

La police est dotée d'une garantie d'assurabilité future pouvant atteindre 500 $ par mois de couverture complémentaire, sans évaluation des risques médicaux, à condition que Consuela soit admissible financièrement au supplément de couverture. La première option d'augmentation vient à échéance à la fin du mois. Consuela rencontre son représentant et lui confirme son désir d'avoir le supplément de protection ; en fait, elle a à présent les moyens de payer pour obtenir 4 000 $ de prestations d'assurance par mois. Elle convient donc de lever l'option de 500 $ et de faire une proposition pour 1 000 $ de couverture complémentaire avec une évaluation complète des risques.

Options de transformation

Bon nombre de régimes d'assurance invalidité collectifs offrent au participant couvert l'option de transformer la couverture collective en une police individuelle au moment où il cesse de participer au régime collectif. L'option de transformation doit être levée dans les 30 jours suivant la

cessation de participation au régime collectif ; l'acquisition d'une nouvelle police peut être faite sans que l'assuré ait à prouver médicalement son assurabilité.

Facteurs temporels pour surprimes et exclusions

Bon nombre de surprimes et d'exclusions ont un caractère permanent pendant toute la durée de la police. D'autres, au contraire, peuvent faire l'objet d'une révision. Cela est surtout vrai si la limite de la police est imputable à un état médical susceptible de disparaître avec le temps ou à une activité dangereuse. Si l'état médical s'est amélioré à la satisfaction de la compagnie d'assurance, ou si l'assuré ne se livre plus à l'activité dangereuse, ce dernier peut faire une proposition afin de modifier ou de retirer la surprime. Le représentant rencontrera l'assuré pour examiner sa situation et l'aider à remplir le formulaire requis, là encore, en lui permettant d'examiner la couverture dans son ensemble. Si la surprime est réduite ou retirée, la prime de l'assuré le sera aussi – ce qui pourrait libérer des fonds pour l'acquisition d'une couverture supplémentaire, le cas échéant.

7.5 Réclamations selon le contrat

Pour le titulaire de police, le processus de réclamation est tout aussi important, sinon plus, que celui de proposition. Le moment et le contenu de la réclamation produite par l'assuré auront une importance critique pour son succès. Tout retard inutile dans le dépôt d'une réclamation pourrait avoir une incidence sur la preuve disponible et la crédibilité de la réclamation. Le client devrait aussi veiller à ce que les renseignements qu'il a consignés sur le formulaire de réclamation soient complets, exacts et tout à fait sincères. Sinon, les déclarations négligentes ou incorrectes pourraient lui causer des ennuis par la suite, au cours du processus de règlement avec l'assureur.

Lorsque le représentant intervient dans le processus de réclamation d'assurance, en aidant le réclamant à remplir le formulaire de réclamation par exemple, il doit prendre bien soin de ne pas se placer en conflit d'intérêts, s'il représente à la fois l'assureur et l'assuré. Pour cette raison, certaines compagnies d'assurance exigent que leurs représentants se bornent à remettre des formulaires de réclamation en blanc au client et à les retourner, une fois remplis, à la compagnie d'assurance. Par ailleurs, le client se tourne souvent vers le représentant pour qu'il l'aide dans sa proposition et sa réclamation. En effet, il est souvent un « non-initié » sans formation quant aux aspects techniques de l'assurance. Quoi qu'il en soit, remplir un formulaire de réclamation est une affaire juridique délicate, et, s'il participe au processus, le représentant devrait prendre soin de respecter les lignes de conduite de l'assureur.

7.5.1 Exigences pour une réclamation

Très souvent, plusieurs étapes sont fondamentales et d'une importance critique dans le processus de réclamation :

- tout d'abord, l'assuré doit aviser la compagnie d'assurance ou son représentant de l'événement (blessure, maladie, diagnostic, etc.) ;
- la compagnie d'assurance remet ensuite des formulaires de réclamation appropriés à l'assuré, que ce soit par courrier ou par l'intermédiaire du représentant ;
- l'assuré doit remplir le formulaire de réclamation, ajouter toute information supplémentaire (reçus, etc.) et envoyer le tout à la compagnie d'assurance ;
- la compagnie d'assurance peut demander d'autres renseignements à l'assuré, en personne ou au moyen de déclarations du médecin, des analyses ou des examens physiques supplémentaires ;
- finalement, la compagnie d'assurance règle et paie la réclamation, soit intégralement, soit en partie, ou elle la rejette dans son ensemble.

Chaque assureur a ses propres exigences quant au délai d'avis de tout événement donnant lieu à une réclamation. La plupart du temps, les compagnies exigent la production d'un formulaire de réclamation dans les 30 jours, mais jamais plus de 6 mois. Pour plus de prudence, si le client communique avec lui (ou quand le représentant discute de la question des réclamations au moment de la remise de la police), ce dernier devrait conseiller au client d'aviser la compagnie d'assurance dès que possible s'il a l'intention de produire une réclamation.

7.5.1.1 Reçus

Si les prestations réclamées incluent le remboursement de services médicaux ou d'autres services déjà rendus (travaux dentaires, soins de chiropractie, médicaments sur ordonnance, etc.), la compagnie d'assurance voudra recevoir les copies originales des reçus pour les dépenses, afin de vérifier le montant et le caractère approprié de la demande. Ces reçus devraient être expédiés par le réclamant à la compagnie d'assurance avec les formulaires appropriés de réclamation.

7.5.1.2 Preuve de diagnostic ou de traitement médical

Tous les types de contrats d'assurance contre la maladie ou les accidents exigent la manifestation d'un événement médical avant de payer des prestations. Par exemple :

- les polices d'invalidité exigent de la part de la personne assurée une incapacité de travailler et de gagner un revenu, à cause d'une lésion ou d'une maladie ;

- les polices d'assurance contre les maladies graves exigent que la personne assurée souffre d'une maladie couverte ou ait subi un événement médical (crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, etc.) ayant déclenché la réclamation ;
- les polices de soins de longue durée prévoient le versement de prestations en fonction des dépenses couvertes pour l'assuré incapable d'exécuter au moins deux des activités de la vie quotidienne ;
- les contrats d'assurance frais généraux commerciaux exigent une incapacité de travailler et de contribuer à la productivité de l'entreprise de la part de la personne assurée, du fait d'une blessure ou d'une maladie ;
- les polices d'assurance maladie complémentaires peuvent exiger une évaluation du traitement médical (comme pour les grandes opérations de chirurgie dentaire restauratrices ou esthétiques) avant d'autoriser le remboursement des dépenses.

L'assureur ne se contentera pas des dires de l'assuré quant à son invalidité ; il lui faudra des preuves médicales à l'appui du diagnostic. Cela exigera au minimum un rapport du médecin traitant, en ce qui concerne la nature, le degré et le pronostic de l'événement déclencheur de la réclamation. Dans certains cas, l'assureur peut aussi demander des analyses supplémentaires ou un examen physique par le médecin de son choix, pour vérifier la condition.

De plus, surtout dans le cas de l'invalidité, la compagnie d'assurance demande aussi une preuve du traitement en cours pour rectifier la situation, et des rapports du médecin ou d'autres praticiens (chiropracticien, physiothérapeute, etc.) qui traitent le réclamant seront encore nécessaires.

7.5.1.3 Examen des facteurs réduisant les prestations

Il se peut qu'au moment de la réclamation, le client reçoive des prestations inférieures au maximum prévu dans le contrat, voire aucune prestation du tout. Il est important que le représentant aide le client à comprendre ces écarts. Les motifs éventuels d'une modification des prestations à payer sont, entre autres, des cas de limitation standard du contrat, comme on l'a vu dans les chapitres précédents (tels le suicide, l'alcoolisme ou la toxicomanie, l'activité criminelle, etc.). De la même manière, tous les contrats prévoient le non-paiement des prestations s'il est établi que le proposant a fait une présentation erronée des faits, au moment de la proposition.

De plus, lorsque l'évaluation des risques financiers est nécessaire pour obtenir les prestations payables, il peut y avoir une réduction des prestations à cause d'un changement dans la situation financière de l'assuré. Par exemple, les prestations d'invalidité pourraient être réduites si le revenu de l'assuré au moment de la réclamation est inférieur à ce qui était déclaré au moment de la proposition.

7.6 Service à la clientèle

Pour une bonne relation à long terme entre le client, le représentant et la compagnie d'assurance, le service à la clientèle doit être excellent. Il est rare qu'une seule compagnie d'assurance ou un seul représentant puisse fournir le produit nécessaire au client ; il existe beaucoup de concurrence sur le marché entre d'excellents produits. La différence réside dans la qualité du service : la rapidité et l'efficacité avec laquelle la compagnie d'assurance répond aux besoins du client à chaque étape de la relation, depuis la proposition jusqu'à la réclamation. Et le représentant est en première ligne dans cette relation de service, à chaque instant.

7.6.1 Rôle du représentant dans le service à la clientèle

Le tout premier rôle du représentant en assurance de personnes consiste à recommander des solutions répondant aux besoins du client. Il joue aussi un rôle dans le service à la clientèle, une fois la police en vigueur.

Pour le représentant, le service après-vente signifie, entre autres :

- fournir les formulaires de réclamation et autres documents pertinents ;
- être rapide et exact ;
- élaborer une stratégie pour rester au courant de la situation et des besoins du client ;
- déterminer le caractère approprié de la recommandation, le besoin de changement, ou les deux ;
- documenter les services fournis ;
- demeurer en contact avec le client sur une base annuelle ou semestrielle.

7.6.1.1 Transmission du formulaire de réclamation et autres documents pertinents

Dans un certain nombre de cas, le client devra interagir avec la compagnie d'assurance pendant la durée d'une police, par exemple, pour :

- choisir une option disponible selon le contrat (comme la garantie d'assurabilité future) ;
- changer ou ajouter un bénéficiaire au contrat ;
- aviser l'assureur d'un changement d'adresse personnelle ;
- déposer une réclamation.

Le représentant peut avoir un rôle à jouer, comme celui de remettre au client le formulaire prescrit par l'assureur pour exécuter toutes ces fonctions et, à l'exception peut-être du formulaire de réclamation, d'aider le client à remplir le formulaire et de l'envoyer, une fois rempli, à l'assureur.

7.6.1.2 Importance de l'exactitude et de la ponctualité

Dans le service fourni à la clientèle, à tout stade de la relation entre le client et le représentant, la diligence et l'exactitude de ce dernier peuvent avoir une importance cruciale en assurant que le client bénéficie pleinement de sa relation avec la compagnie d'assurance.

Si le représentant communique avec un client ou un futur client ayant besoin d'assurance, ou s'il est sollicité par lui, il doit rencontrer la personne, dès que possible, pour amorcer le processus de proposition. Pour le proposant, tout retard pourrait donner lieu à la survenance de ce qui aurait pu être un événement ou une condition couverte, avant d'être assuré, et une occasion serait perdue de le protéger.

Une fois la police émise, elle doit très vite être remise et expliquée au nouveau titulaire, à la fois pour que la couverture émise soit bien celle dont le client a besoin, et qu'il souhaite, et pour limiter la possibilité d'un changement dans la santé de l'assuré entre la date de la proposition et celle de la remise de la police.

Quelque chose d'aussi simple qu'un changement de bénéficiaire devrait aussi être traité avec rapidité pour se protéger contre le risque de production d'une réclamation entre le contact du client avec le représentant et l'exécution des formalités nécessaires.

Bien évidemment, le représentant est chargé de garantir que les formulaires remplis par l'assuré sont complets et exacts et que l'information transmise à l'assureur est aussi exacte. Tout défaut à cet égard pourrait lui faire courir un risque financier, dans le cas où une réclamation n'aboutirait pas pour ne pas avoir remis des renseignements complets, exacts et en temps opportun à la compagnie d'assurance.

7.6.1.3 Stratégie de suivi de la situation et des besoins du client

Le représentant ne peut pas attendre que le client vienne vers lui avec de nouveaux besoins de service. Une partie de la responsabilité du représentant consiste à garantir que la couverture du client correspond à ses besoins actuels et futurs, et à surveiller s'il convient ou non de faire des recommandations pour modifier la couverture. Cela exige du représentant d'être en contact régulier (annuel ou semi-annuel) avec le client (par courriel ou par courrier) et d'organiser des rencontres de suivi, au moins une fois par an. Le représentant devrait aussi insister auprès de son client sur le besoin de communiquer avec lui en cas de changement important dans sa situation.

EXEMPLE

Serge, un représentant, insiste auprès de ses clients d'assurance invalidité afin qu'ils communiquent avec lui immédiatement en cas de changement important dans leur emploi : modification du niveau de revenu (à la hausse ou à la baisse), nouvel employeur, nouvelles tâches ou chômage.

Dans les rencontres de suivi, le représentant étudiera le caractère approprié des recommandations appliquées précédemment – Sont-elles encore valables? Faut-il faire des changements dans la couverture actuelle ou dans les régimes, etc.?

7.6.1.4 Documentation du service fourni

Comme pour le processus de recommandation dont il a été question ci-dessus, le représentant doit consigner chaque étape du processus de service à la clientèle, pour sa propre protection et celle de la compagnie d'assurance.

Si le client a communiqué avec le représentant pour obtenir un certain service (par exemple, un changement de bénéficiaire), le représentant devrait avoir consigné la date et le motif de la discussion avec le client, ses propos et les mesures prises, ainsi que le moment et la manière dont la question a été réglée. Des détails similaires devraient être consignés au dossier si c'est le représentant qui a communiqué avec le client. Il faudrait aussi prendre soin d'inscrire les détails si le client a eu des réserves quant au produit vendu ou au service fourni par le représentant ou la compagnie d'assurance.

Des copies de toutes les communications écrites entre le client, le représentant et la compagnie d'assurance devraient être conservées dans le dossier du représentant, y compris la proposition, les formulaires remplis, les renonciations signées et les lettres ou courriels échangés entre les parties, concernant la situation du client.

Toutes ces notes pourraient avoir une importance vitale pour assurer un bon service au client et pour monter un dossier dans le cas d'une réclamation ou d'une contestation juridique ultérieure.

CHAPITRE 8

CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES DES RÉGIMES COLLECTIFS

Éléments de la compétence

- Évaluer la situation et les besoins du client ;
- Analyser les produits offerts répondant aux besoins du client ;
- Mettre en place une recommandation adaptée à la situation et aux besoins du client ;
- Offrir un service à la clientèle pendant la période de validité de la couverture.

Sous-éléments de la compétence

- Déterminer la situation du client ;
- Évaluer la convenance de la couverture actuelle du client par rapport à sa situation ;
- Analyser les types de contrats répondant aux besoins du client ;
- Considérer l'impact des critères de souscription pouvant s'appliquer à la situation du client ;
- Proposer une recommandation adaptée à la situation et aux besoins du client ;
- Valider la convenance des demandes de modification, de renouvellement et de résiliation de contrat par rapport à la situation du client ;
- Informer le réclamant au sujet du processus de réclamation.

8
CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES DES RÉGIMES COLLECTIFS

D'après une enquête de Statistique Canada de 2005[44], près de 75 % des milieux de travail canadiens offrent à leurs employés une certaine forme d'avantages sociaux autres que le salaire, notamment des régimes d'assurance collective. Bon nombre de ces régimes couvrant aussi les familles des travailleurs, des millions de Canadiens bénéficient d'avantages sociaux collectifs, d'une façon ou d'une autre : l'assurance vie et l'assurance maladie complémentaire sont les principales protections, l'assurance invalidité jouant un rôle tout aussi important. À ce titre, la couverture d'assurance collective fait partie intégrante du programme de protection d'assurance pour une grande partie de la population du Canada.

Les chapitres précédents ont présenté et mis en contexte la façon dont l'assurance collective contre la maladie ou les accidents offre une couverture de santé complémentaire, d'invalidité et d'autres garanties personnelles aux travailleurs et aux participants de groupes associatifs. Toutefois, le représentant en assurance de personnes doit aussi bien comprendre le fonctionnement de l'assurance collective sur le plan opérationnel et administratif. Le présent chapitre expose les rudiments de la tarification de l'assurance collective contre la maladie ou les accidents ainsi que le rôle de la compagnie d'assurance et du représentant dans la mise en place et le fonctionnement d'un régime collectif[45].

8.1 Compréhension du groupe

À la différence de l'assurance individuelle, le participant à un régime collectif est automatiquement couvert dès son adhésion au régime à condition de travailler. Sans données spécifiques sur la santé des participants au régime, les actuaires de la compagnie d'assurance qui fixent les prix doivent s'appuyer sur les statistiques actuarielles générales et les résultats antérieurs du régime collectif, s'il y en a. Il est alors important que la compagnie d'assurance possède les renseignements suivants :

- la composition du groupe ;
- la nature de l'entreprise ;
- les entreprises similaires.

44. Statistique Canada. *Section 4 Pratiques de rémunération* [En ligne]. Document révisé le 21 septembre 2009. [Document consulté le 13 juin 2017]. www.statcan.gc.ca/pub/71-585-x/2008001/sec4-fra.htm
45. L'assurance vie fait partie intégrante des régimes collectifs. Les caractéristiques, la structure et l'administration de l'assurance vie collective sont traitées dans le manuel consacré à l'assurance vie.

Une partie de l'information exigée sur les participants et le groupe lui-même se trouve dans les données sur les employés, aussi traitées dans la présente section.

8.1.1 Composition du groupe

L'évaluation des risques collectifs commence par une compréhension de la nature et de la composition du groupe visé. En général, en raison de l'absence d'évaluation des risques médicaux ou financiers présentés par les participants, comme pour les polices d'assurance individuelles, c'est l'identité composite du groupe de participants qui sert à établir la couverture et à fixer les primes. En plus de traiter de facteurs comme le nombre de participants, leur âge moyen et leur sexe, cette identité composite tient aussi compte de la stabilité du groupe (taux de roulement).

8.1.1.1 Nombre de participants

Le nombre de participants à un groupe donné d'assurés a une incidence sur la capacité de la compagnie d'assurance d'estimer les futures réclamations et, par conséquent, de fixer les primes de façon efficace. Dans le cas d'un groupe relativement restreint, 25 personnes ou moins par exemple, la « loi des grands nombres » ne s'applique pas : on ne peut pas se fier aux résultats en matière de réclamations de ce groupe comme s'il s'agissait de normes actuarielles et, à ce titre, l'expérience passée ne sert pas beaucoup. À cet égard, il n'est pas rare que les petits groupes paient des primes plus élevées. Souvent, l'expérience des petits groupes est « mise en commun » avec celle de petits groupes similaires pour fixer les prix. Pour les grands groupes, comptant peut-être des milliers de participants, le risque est réparti sur une bien plus vaste échelle ; dans des domaines comme l'invalidité, la probabilité de voir les résultats antérieurs se reproduire est beaucoup plus élevée, tant du point de vue des réclamations que des hypothèses actuarielles. Et une meilleure certitude peut conduire à des taux de prime plus précis.

8.1.1.2 Âge et sexe

Tel que mentionné à plusieurs reprises dans ce manuel, l'âge et le sexe peuvent constituer des facteurs de risque pour différents types de réclamations, surtout en matière d'invalidité et de soins de longue durée. Un groupe majoritairement constitué de femmes a une probabilité plus grande de présenter des réclamations pour la maladie ou l'invalidité que s'il était composé d'hommes. Les groupes en grande partie formés de participants âgés ont des probabilités plus grandes de présenter des réclamations pour des médicaments et des soins de longue durée que les groupes de participants plus jeunes. À ce titre, la composition en âge et en sexe d'un groupe peut influer sur les types et la flexibilité des prestations offertes, ainsi que sur leur tarification.

8.1.1.3 Taux de roulement du personnel

Il est important pour l'assureur de pouvoir connaître non seulement la composition du groupe actuel, mais aussi ce qui arrivera dans un avenir prévisible : un mois, six mois, un an, etc. L'évaluation des risques, les résultats en matière de réclamations et les projections des primes ne seront pas exacts à moins de pouvoir présumer que le groupe sera plus tard essentiellement constitué des mêmes participants qu'à l'heure actuelle. L'un des moyens les plus efficaces pour estimer la composition future est le « taux de roulement » : il s'agit du pourcentage des participants susceptibles de quitter le groupe et d'être remplacés par d'autres chaque année. Le taux de roulement historique, tout comme les résultats antérieurs en matière de réclamations, permettent souvent de prévoir avec exactitude les taux de roulement à venir.

Les groupes avec un faible taux de roulement, de 5 à 10 % par an, présentent un élément de cohérence qui les rend beaucoup plus intéressants pour les compagnies d'assurance. De faibles taux de roulement signifient des résultats antérieurs plus crédibles en matière de réclamations (voir la section *Taux de primes,* ci-après), ce sur quoi l'assureur établit en grand partie ses primes.

Des taux de roulement élevés, pour leur part, diminuent la valeur de ces résultats (les réclamations antérieures ne veulent pas dire grand-chose si, plus tard, bon nombre des participants n'appartiennent plus au groupe).

Pour cette raison, des taux de roulement élevés entraînent des augmentations de primes pour le groupe et des délais de carence plus longs pour des prestations d'invalidité ou de soins de longue durée, par exemple.

8.1.2 Nature de l'entreprise

Dans le cas précis des groupes de type « employeur-employés », le genre d'entreprise sera un facteur important pour fixer le niveau des prestations offertes aux participants et la tarification du régime collectif. En général, dans une entreprise de construction, les employés ont une activité manuelle plus grande et sont exposés évidemment à des risques physiques plus grands que les employés d'un bureau d'études qui ne sont pas vraiment appelés à travailler sur le terrain. Parfois, des emplois de « cols blancs », plus que d'autres, imposent des horaires chargés et de plus grandes tensions, avec un risque concomitant d'une augmentation de réclamations. Traditionnellement, certaines catégories d'emplois, comme les architectes, ont des taux de réclamations d'invalidité peu élevés par rapport à d'autres métiers, surtout en raison du faible risque physique.

8.1.3 Entreprises similaires

Lorsque les statistiques des résultats antérieurs en matière de réclamations, pour un groupe donné, sont non fiables, voire inexistantes, les compagnies d'assurance s'appuieront sur leur expérience, ou celle du secteur. Elles examineront des groupes exerçant le même type d'activité, ou une activité comparable (travailleurs forestiers, par exemple), afin d'estimer les réclamations à venir et ainsi de fixer les types de prestations, les niveaux offerts et les taux de primes, surtout dans le cas des petits groupes ou d'une première demande d'assurance collective.

8.1.4 Données concernant les employés

Quand un futur participant au régime collectif remplit son formulaire d'adhésion et que l'employeur remplit le rapport de recensement des employés, ces informations sont fournies à l'assureur. Il a ainsi en main une quantité importante de renseignements sur tous les participants éventuels au régime ; cela lui sert à faire des projections sur les réclamations et à calculer le coût du régime. Parmi les renseignements importants fournis par le rapport de recensement des employés, on trouve :

▪ la date de naissance	Elle sert à déterminer l'admissibilité à certaines prestations. Par exemple, les prestations d'invalidité de longue durée prennent fin, en général, à 65 ans. Cette date est aussi utile pour déterminer la composition de l'âge global des participants au groupe en vue de la tarification par manuel[46] de prestations comme l'invalidité et les soins de longue durée, lorsque l'incidence des réclamations dépend, en partie, de l'âge.
▪ le sexe	Tout comme l'âge, le sexe des individus composant le groupe peut être un facteur important pour la tarification de prestations comme le remplacement de revenu en cas d'invalidité.
▪ la classification par profession	Le régime peut offrir différents ensembles d'avantages sociaux pour des catégories distinctes d'employés : par exemple, les cadres par opposition aux travailleurs d'usine. Dans ces cas-là, il est important de connaître la classification par profession du participant pour établir les prestations auxquelles il peut avoir droit.
▪ la liste des personnes à charge	Elle est exigée si le régime collectif offre soit une couverture standard, soit une couverture facultative incluant le conjoint et les enfants du participant.
▪ le numéro d'assurance sociale	Il est exigé pour les déclarations si les primes ou les prestations sont imposables pour le participant.
▪ le salaire ou le revenu	Il sert à établir les prestations pour la couverture de remplacement de revenu en cas d'invalidité. Les groupes plus importants (plus de 25 participants), comprennent parfois plusieurs catégories d'employés, chacune ayant droit à un niveau de prestations différent. Les fonctions occupées ou le niveau de salaire peuvent servir à établir la catégorie de l'employé.

46. La tarification par manuel est abordée plus loin dans ce chapitre.

8.2 Produits et services

Les produits collectifs ayant été traités de façon assez détaillée dans les chapitres précédents, voici une récapitulation des principales garanties offertes :

- assurance de remplacement de revenu en cas d'invalidité :
  - invalidité de courte durée ;
  - invalidité de longue durée ;
- assurance maladie complémentaire :
  - régimes d'assurance médicaments ;
  - soins de la vue ;
  - soins dentaires ;
  - décès et mutilation accidentels ;
- assurance contre les maladies graves (certains régimes collectifs seulement) ;
- assurance de soins de longue durée (moins courante que d'autres couvertures).

En plus de ce qui précède, aussi offert par des polices individuelles (tout comme bien des garanties d'assurance d'entreprise contre la maladie ou les accidents, par exemple, pour couvrir les frais généraux commerciaux en cas d'invalidité), les régimes collectifs comportent parfois aussi des programmes d'aide aux employés (PAE), un avantage inexistant dans les contrats individuels.

8.2.1 Composantes d'un programme d'aide aux employés (PAE)

Dans le cadre global des avantages sociaux, bon nombre de régimes collectifs « employeur-employés » offrent un PAE. Les employés peuvent bénéficier de services de consultations, en plus des prestations de santé plus traditionnelles comme les soins dentaires, les soins de la vue, les médicaments sur ordonnance et d'autres services d'assurance maladie complémentaire.

Comme pour les autres avantages sociaux, l'ajout d'un PAE vise en partie à attirer et à garder les bons employés grâce à un régime de rémunération complet. L'ajout d'un PAE est aussi une reconnaissance pour les employés qui vivent des tensions personnelles ou professionnelles susceptibles de nuire à leur capacité de travailler de façon efficace et assidue.

Les services du PAE sont conçus pour aider les employés à surmonter, ou du moins à affronter, ces défis personnels. De plus, ces prestations peuvent servir à remplacer de façon positive des formes de sanction traditionnelles pour les employés ayant, par exemple, des problèmes de consommation de drogue, d'alcool ou autres.

Certains employeurs offrent des services de consultation sur place, dispensés par du personnel de l'entreprise. Toutefois, la plupart offrent du soutien externe, par des tierces parties, afin de réduire les coûts et d'assurer aux employés un recours au programme strictement confidentiel.

Les prestations fournies prennent la plupart du temps la forme d'une consultation, par téléphone ou en personne, avec un conseiller professionnel. L'utilisation de ces services se fait à la seule discrétion du participant au régime collectif. Les services fournis sont souvent soumis à une franchise annuelle, à une clause de coassurance, à un plafond annuel d'heures de services et à un taux horaire maximum autorisé.

EXEMPLE

Sandra travaille dans une grande entreprise de fournitures médicales soumise à la forte concurrence d'un autre grand fournisseur. Les forces du marché créent une grande pression financière sur l'entreprise que la haute direction répercute, à son tour, sur les employés. En raison de ce stress, Sandra souffre de maux d'estomac, de migraines et d'une légère dépression. Heureusement, son entreprise a un excellent régime d'avantages sociaux avec un PAE. Grâce à ce programme, Sandra a droit à un maximum de 10 heures de consultation avec un psychologue. Il va l'aider à trouver des stratégies d'adaptation et à affronter ainsi la pression tout en évitant de présenter une réclamation d'invalidité liée au stress.

Voici un résumé du type de services de consultation ou autres offerts en général aux employés et, souvent, aux membres de leur famille immédiate dans le cadre d'un PAE :

- **accompagnement psychologique** — Il peut être fourni dans le cadre d'une gestion de crise (une ligne ouverte 24 heures sur 24, en cas d'urgence) ou de rencontres individuelles avec un psychologue qualifié. Les services sont conçus pour aider l'employé à réagir à une vaste gamme de facteurs, du stress professionnel aux troubles psychologiques.
- **consultation en toxicomanie** — Elle offre des services limités de consultation professionnelle dans un centre agréé de réadaptation pour la toxicomanie ou l'alcoolisme.
- **consultation matrimoniale** — Elle aide l'employé à s'adapter au stress dans son couple, causé par des problèmes comme l'infidélité, l'incompatibilité ou les difficultés financières ; elle permet aussi au couple de régler ses difficultés matrimoniales.
- **consultation juridique** — Dans bon nombre de PAE, elle donne à l'employé un accès à des services juridiques prépayés dans des domaines comme les divorces, les testaments et les procurations, l'adoption, les problèmes de dette et les actes criminels.

Les statistiques concernant les avantages d'un PAE ne sont pas concluantes, mais on estime que, pour l'employeur, en matière de réduction de l'absentéisme pour des congés de maladie et d'augmentation de la productivité des employés, les avantages compensent largement les coûts du programme.

Les primes d'un PAE sont tarifées selon les résultats du groupe (voir ci-après).

Les primes versées par l'employeur pour les prestations du PAE sont déductibles de ses impôts. Les prestations ne sont pas imposables pour l'employé bénéficiaire dans le cas des services de conseils suivants :

- conseils concernant la santé physique ou mentale de l'employé, ou d'un particulier ayant un lien avec lui ;
- conseils de retraite ou autres services financiers concernant la retraite de l'employé ;
- conseils de placement sur le marché du travail pour l'employé licencié.

Les prestations pour des conseils juridiques ou financiers sont en général imposables[47].

8.2.2 Services offerts par le fournisseur d'assurance collective

À part, bien sûr, la garantie d'assurance sous forme d'avantages sociaux offerts par le régime collectif, l'assureur fournit la plupart du temps un certain nombre de services administratifs connexes à ces employés, notamment :

- adhésion des participants au régime ;
- facturation des cotisations salariales et patronales ;
- règlement des réclamations.

8.2.2.1 Adhésion des participants au régime

L'employeur, qui est le promoteur d'un régime collectif pour ses employés, est chargé de l'adhésion individuelle des employés à ce régime. Dans les grandes organisations, cette tâche est en temps normal confiée au service des ressources humaines. Le processus est, toutefois, un peu plus complexe que de faire simplement signer un formulaire d'adhésion à l'employé.

En général, l'adhésion d'un participant au régime collectif est soumise à un délai d'admissibilité entre le moment où il entre dans l'entreprise et celui où il a le droit d'adhérer au régime collectif.

47. Gouvernement du Canada. *Folio de l'impôt sur le revenu S2-F3-C2, Avantages et allocations provenant d'un emploi* [En ligne]. Document révisé le 12 octobre 2016. [Document consulté le 26 septembre 2017]. https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/impot/renseignements-techniques/impot-revenu/folios-impot-revenu/serie-2-employeurs-employes/serie-2-employeurs-employes-folio-3-avantages-lies-a-emploi/folio-impot-revenu-s2-f3-c2-avantages-allocations-provenant-emploi.html

Cette période dure en général trois mois afin de coïncider avec la période de stage du nouvel employé chez l'employeur.

Dans le cas d'un régime entièrement non contributif avec des prestations fixes et préétablies, tout le processus peut se résumer à remplir les formulaires d'adhésion fournis par l'assureur. Du fait que la couverture serait gratuite pour les employés, l'adhésion serait obligatoire, et toutes les prestations et tous les coûts seraient identiques.

Toutefois, beaucoup de régimes collectifs sont contributifs. Dans le cas de groupes avec de nombreux participants potentiels, une participation de 100 % n'est pas exigée. Toutefois, un pourcentage prédéterminé d'employés adhérents est nécessaire pour établir le régime. Les employés n'étant pas tenus d'adhérer au régime collectif et les prestations choisies pouvant varier d'un employé à l'autre, surtout dans le cas des régimes à prestations flexibles (« à la carte »), il est impératif de solliciter activement la participation individuelle au régime.

Peu importe le moment où le nouvel employé est admissible au régime collectif doté d'une participation facultative, que ce soit à sa date d'entrée en fonction ou après l'expiration d'un délai d'admissibilité, il n'est pas inhabituel de lui offrir un délai limité (peut-être de 30 ou 60 jours) pour prendre sa décision d'adhérer ou pas. L'employé dispose ainsi d'un temps raisonnable, mais cette option ne dure pas indéfiniment.

En outre, si l'employé ou le participant a le choix d'ajouter une garantie supplémentaire, en plus de la couverture de base, pour lui et les membres de sa famille, il peut être tenu de fournir une preuve d'assurabilité pour l'évaluation des risques médicaux ou autres.

Dans ces cas-là, l'expertise du représentant ou d'un chargé de compte de l'assureur, ou des deux, est nécessaire pour expliquer les options et les prestations au futur participant au régime, et pour l'aider dans le processus d'adhésion.

8.2.2.2 Facturation des cotisations salariales et patronales

L'assureur offrant des régimes collectifs fixe les primes pour chaque groupe et conseille le promoteur du régime en conséquence. Dans le cas du régime « employeur-employés » non contributif, dans lequel l'employeur paie l'ensemble des primes, le processus est simple : l'assureur facture à l'employeur un montant mensuel que celui-ci doit alors lui payer.

Dans le cas d'un régime contributif, dans lequel les participants au groupe sont tenus de payer au moins une partie des primes, la facturation des primes est un processus en deux étapes. Comme pour les régimes non contributifs, l'assureur facture à l'employeur un montant mensuel représentant la partie patronale de la prime, que l'employeur remet ensuite à l'assureur. Celui-ci avise aussi l'employeur de la partie contributive de la prime attribuée à chaque participant. L'employeur est alors tenu de retenir sur la paie de chaque participant la prime exigée et de remettre le montant des cotisations salariales en un seul paiement à l'assureur.

8.2.2.3 Règlement des réclamations

La première fonction administrative de la compagnie d'assurance, que ce soit pour un régime assuré ou pour un régime dit de « services administratifs seulement », concerne le règlement des réclamations du groupe. Il implique une série d'étapes, allant de l'examen du formulaire de réclamation au rejet ou au paiement de la réclamation.

- La première étape consiste à comparer le formulaire de réclamation avec les conditions du contrat afin de vérifier si ce dernier couvre l'événement à l'origine de la réclamation ; sinon, celle-ci est rejetée sommairement.
- Dans l'affirmative, la prochaine étape consiste à vérifier si une prestation est payable ou non, et dans l'affirmative, à déterminer son montant et son bénéficiaire. Des preuves supplémentaires sont parfois exigées de la part du réclamant, ou d'autres parties, concernant la nature et la gravité de l'événement à l'origine de la réclamation.
- Si la réclamation est approuvée, il incombe à l'assureur d'effectuer le paiement approprié, sous forme forfaitaire ou périodique.
- En cas de paiements périodiques, comme pour la plupart des réclamations d'invalidité ou de soins de longue durée, l'assureur doit aussi veiller à ce que la somme versée n'excède pas le maximum autorisé selon le contrat. Il doit aussi surveiller la réclamation en cours afin de s'assurer que le réclamant demeure admissible aux prestations (par exemple, qu'il continue à répondre à la définition d'« invalidité » du contrat).

8.2.3 Services de courtage pour l'assurance collective

Le rôle du courtier d'assurance collective, qui travaille le plus souvent dans une agence générale, consiste surtout à demander des soumissions pour des groupes de clients. Le courtier rassemble les données nécessaires sur la composition du groupe et les résultats antérieurs en matière de réclamations. Il obtient ces informations auprès de l'administrateur du régime collectif existant, grâce à un mandat exclusif du promoteur du régime collectif. Le courtier s'entretient ensuite avec le promoteur afin de déterminer les prestations et les caractéristiques du régime collectif actuel qui sont négociables et celles qui ne le sont pas. Avec ces renseignements, le courtier peut alors approcher plusieurs fournisseurs de régimes collectifs en leur demandant une soumission.

Une partie de la valeur ajoutée par le courtier tient à sa connaissance du marché et au fait qu'il connaît les fournisseurs ciblant tel ou tel type de groupe. En particulier si ceux-ci veulent avoir un certain nombre de groupes dans un secteur commercial ou professionnel précis, afin de totaliser leurs résultats en matière de réclamations et fixer de façon plus exacte les taux de primes. Une fois les soumissions transmises au courtier, il lui incombe de les examiner pour trouver celles se rapprochant le plus des exigences du client, tant du point de vue du prix que de la conception du régime. Le courtier rencontre alors le client pour lui présenter les soumissions et lui faire sa recommandation.

Si une des soumissions est retenue, le courtier du régime collectif doit alors agir comme intermédiaire entre le client et le chargé de compte de la compagnie d'assurance concernée.

8.3 Couverture

Un promoteur de régime collectif existant a de nombreuses raisons d'explorer le marché afin de vérifier ses options, au moment du renouvellement, notamment concernant :

- le prix ;
- d'éventuelles prestations supplémentaires ou des prestations plus souples ;
- une insatisfaction par rapport au service, y compris sur les délais de traitement des réclamations et le pourcentage de réclamations rejetées.

Lorsque le représentant du groupe ou le courtier est invité à explorer le marché avec des soumissions, il examine les aspects suivants :

- la couverture actuelle ;
- la nouvelle couverture proposée ;
- les mécanismes de financement appropriés ;
- le montage de paiement de prime approprié.

8.3.1 Couverture actuelle

La première chose à faire par le représentant est de comprendre la couverture du régime existant et ses possibles lacunes, de l'avis du promoteur du régime ou de ses participants. L'évaluation de la couverture collective actuelle porte sur trois éléments distincts :

- l'analyse approfondie des prestations offertes (structure du régime) ;
- l'évaluation de l'expérience du groupe en matière de réclamations ;
- le niveau global de satisfaction envers le fournisseur actuel d'assurance collective.

8.3.1.1 Structure du régime actuel

Si le promoteur du régime entend étudier d'autres offres d'assurances, le point de départ de tout examen est la couverture du régime existant et l'analyse des besoins. Doivent être examinés non seulement le type de couverture, mais aussi sa nature et sa portée (les maladies couvertes, les produits et services, les limites de prestations, les définitions, les franchises et les facteurs de coassurance, etc.), ainsi que le type de financement du régime actuel. Un résumé des points de comparaison potentiels est fourni dans la section *Nouvelle couverture proposée,* ci-après.

8.3.1.2 Expérience en matière de réclamations

L'expérience en matière de réclamations antérieures d'un groupe ou ses résultats donnent souvent un très bon indice des futures réclamations. Cela peut jouer un rôle crucial, tant pour fixer le taux des primes que pour concevoir le régime. Le groupe ayant en proportion un taux élevé de réclamations peut s'attendre aux mêmes primes au moment du renouvellement du régime ou de la recherche d'un nouvel assureur. Toutefois, il faut tout autant tenir compte de la raison d'un tel taux de réclamations. Ce n'est peut-être pas simplement parce que les participants au régime ont plus de cas d'invalidité ou de frais médicaux que d'autres groupes similaires. En partie, la conception du régime pourrait permettre, voire encourager, un niveau élevé de réclamations. Il faut considérer d'autres facteurs et se poser les questions suivantes :

- La couverture est-elle très étendue ?
- Les définitions des événements, produits ou services visés sont-elles très étendues ?
- Les prestations maximums sont-elles très élevées ?
- Y a-t-il des franchises, des facteurs de coassurance ou des délais de carence conçus pour réduire les réclamations ?

Des résultats anormalement élevés en matière de réclamations antérieures pourraient être attribués aussi bien à la conception du régime qu'aux participants, surtout s'il n'y a pas de programmes proactifs instaurés, tel un PAE.

8.3.1.3 Satisfaction envers le fournisseur actuel

Avant de déterminer les critères de rajustement du régime actuel ou pour instaurer un nouveau régime, le représentant doit vérifier si les services fournis par l'assureur du régime actuel ont été satisfaisants jusqu'à présent. Parmi les considérations importantes, il faut citer le niveau de soutien offert par le fournisseur dans l'administration du régime et le délai de traitement des réclamations. Toute préoccupation formulée par le promoteur du régime ou l'administrateur doit être prise en considération lorsque vient le temps de déterminer s'il convient ou non de chercher un nouvel assureur.

8.3.2 Nouvelle couverture proposée

On ne décide pas de passer à un nouvel assureur en se basant uniquement sur le prix. Un prix moindre peut indiquer que le nouveau régime est conçu et géré de façon plus efficace, ou alors qu'il comporte certaines lacunes par rapport au régime existant. Un examen approfondi de la structure du régime serait justifié pour déterminer si la valeur ou le prix constitue l'élément clé du régime proposé.

8.3.2.1 Structure du nouveau régime

En apparence, un nouveau régime collectif peut offrir les mêmes prestations que celui que le groupe cherche à remplacer : prestations invalidité, assurance complémentaire, etc. Mais sont-elles exactement les « mêmes » ou seulement « similaires » ? Un examen plus approfondi permet de le découvrir.

Pour déterminer la valeur exacte du nouveau régime par rapport au régime actuel, il faut tenir compte de différents aspects :

- prestations d'invalidité :
  - définition d'invalidité ;
  - délai de carence ;
  - périodes de prestations pour l'invalidité de courte durée et l'invalidité de longue durée ;
  - pourcentage de revenu couvert avec l'invalidité de courte durée et l'invalidité de longue durée ;
  - services de réadaptation et de rééducation offerts ;
- assurance maladie complémentaire :
  - services couverts ;
  - prestations maximums ;
- prestations de médicaments :
  - franchises ;
  - facteurs de coassurance ;
  - médicaments couverts ;
  - médicaments de marque ou générique seulement ;
  - prestations offertes sur une base de paiement direct ou de remboursement ;
- soins de la vue :
  - prestations maximums ;
  - fréquence autorisée de réclamation ;
  - produits et services couverts ;

- prestations dentaires :
  - franchises ;
  - facteurs de coassurance ;
  - actes couverts ;
  - prestations maximums annuelles ou à vie ;
- soins de longue durée :
  - délais de carence ;
  - prestations maximums ;
  - services couverts ;
- assurance contre les maladies graves :
  - montant de couverture ;
  - maladies couvertes ;
  - définitions des maladies couvertes ;
- programme d'aide aux employés (PAE) :
  - inclusion d'un PAE dans le régime d'assurance ;
  - prestations offertes ;
  - prestations maximums.

Il est important de considérer tous ces éléments pour déterminer si le nouveau régime proposé procure un avantage (et non pas seulement un prix inférieur) par rapport au régime qu'il est censé remplacer.

8.3.3 Financement

Le financement d'un régime d'assurance collective contre la maladie ou les accidents peut être structuré essentiellement de l'une des trois façons suivantes, en fonction des services fournis par la compagnie d'assurance et selon que le promoteur du régime souhaite des primes garanties ou susceptibles de varier avec les réclamations et les coûts :

- régime assuré ;
- régime à rétention ;
- services administratifs seulement.

8.3.3.1 Régime assuré

La forme la plus traditionnelle de financement d'un régime d'assurance collective consiste à recourir à un régime entièrement assuré (mis en commun) sans remboursement de primes. Comme dans le cas de la plupart des contrats d'assurance individuels, la compagnie d'assurance supporte la pleine responsabilité financière du paiement de l'ensemble des réclamations. Elle fixe des primes fondées sur le coût prévu des réclamations pour la période, selon les résultats ou l'expérience en matière de réclamations. Si le coût réel des réclamations excède le coût prévu, le promoteur du régime (en général l'employeur) n'a pas à couvrir les coûts excédentaires. Dans le cas contraire, si le coût est inférieur à celui prévu au moment de la fixation des primes, la compagnie d'assurance profite d'un avantage inattendu parce qu'il n'est pas stipulé de rembourser les primes au promoteur du régime.

Toutefois, au moment du renouvellement du contrat, on tiendra compte des réclamations excédentaires par rapport aux prévisions pour fixer les taux de primes futurs (à la hausse).

8.3.3.2 Régime à rétention

Le régime à rétention pour l'assurance collective correspond, en fait, à une forme d'assurance avec « participation » dans la perspective du promoteur du régime (le plus souvent l'employeur des participants au régime). Les primes sont fixées de manière prospective, en fonction de l'expérience ou des résultats en matière de réclamations du groupe. Si les résultats du groupe sont meilleurs que ceux ayant servi à fixer les primes, l'employeur bénéficie d'un remboursement partiel des primes versées. Si les résultats sont pires que les prévisions, la compagnie d'assurance peut alors récupérer ses pertes au moment du renouvellement du contrat. C'est un régime avec remboursement.

8.3.3.3 Services administratifs seulement

Dans un régime collectif de « services administratifs seulement », la compagnie d'assurance a seulement un rôle administratif ; elle ne s'occupe pas du financement des prestations versées aux réclamants. Il n'existe aucun élément « assurance » dans ce régime – le promoteur prend tout le risque concernant le paiement des réclamations. Il se charge sans difficulté du coût de financement du régime et ne voit pas la nécessité de rémunérer un tiers pour assumer le risque.

Toutefois, le promoteur du régime (l'employeur) a rarement le personnel qualifié, le temps ou la volonté d'assurer les multiples fonctions administratives de gestion du régime collectif. Donc, il sous-traite l'administration – tenue de dossiers, tarification, règlement et paiement des réclamations, etc. – à la compagnie d'assurance.

Les régimes de services administratifs seulement sont plus appropriés pour les grandes entreprises, comptant des milliers d'employés ainsi que d'importants actifs et liquidités pour absorber le coût des réclamations.

8.3.4 Responsabilité du versement des primes

Les régimes « employeur-employés » peuvent être structurés comme des régimes contributifs avec un partage des primes entre l'employeur et l'employé, ou comme des régimes non contributifs dans lesquels tout est à la charge de l'employeur. Les régimes collectifs d'associations sont en général entièrement contributifs : le participant assume entièrement la prime, puisque le promoteur du régime (par exemple, l'Association médicale canadienne) n'est pas incité à payer une partie des primes au participant. Ce régime est offert strictement à titre de service.

8.3.4.1 Régime non contributif

Dans le régime collectif non contributif, ou non financé par des cotisations des participants, le promoteur du régime, en général l'employeur, paie toutes les primes. Dans ce type de régime, on exige la plupart du temps que 100 % des employés admissibles y adhèrent. En outre, il y a peu de possibilités, voire aucune, pour les participants de voir leurs prestations différer par rapport à un tableau de prestations établies.

8.3.4.2 Régime contributif

En revanche, le régime collectif contributif, ou financé par des cotisations des participants, prévoit que ceux-ci paient une partie, voire l'ensemble, des primes. La participation à un régime contributif est, en général, facultative. Toutefois, on exige pratiquement toujours l'adhésion d'un pourcentage minimum d'employés admissibles afin de constituer une large représentation pour le risque. Les régimes contributifs offrent souvent plus de liberté à leurs participants dans le choix des prestations, bien que certaines couvertures puissent être obligatoires.

8.4 Coûts

Le coût global des régimes collectifs est fixé par l'ensemble des facteurs suivants :

- taux de primes ;
- imposition et enregistrement du régime collectif ;
- expérience ou résultats en matière de réclamations et autres facteurs de tarification.

Ces éléments sont brièvement expliqués dans les sections suivantes.

8.4.1 Taux de primes

Les taux de primes de l'assurance collective sont établis en fonction de différents facteurs, dont certains ont déjà été traités dans le présent chapitre :

- composition du groupe — Le nombre de participants au groupe a une incidence sur la capacité de l'assureur d'estimer de façon exacte les futures réclamations. Dans le cas de petits groupes (25 personnes ou moins), les résultats ou l'expérience en matière de réclamations ne constituent pas des normes actuarielles. Les petits groupes peuvent devoir payer des primes plus élevées. L'âge moyen et le sexe des participants ainsi que le taux de roulement sont aussi des facteurs qui pèsent lourd dans la fixation des primes.
- nature de l'entreprise — Le niveau des prestations offertes et la fixation des primes du régime collectif dépendent de la nature de l'entreprise, surtout du type et du niveau de risque auquel sont soumis les employés. Pour divers motifs, des professions différentes peuvent aussi avoir des taux de réclamations généralement inférieurs (voire supérieurs) par rapport aux autres, malgré leurs similitudes potentielles.
- prestations collectives offertes — La fixation des primes est directement fonction de la nature et du niveau de prestations offertes, une augmentation de la couverture impliquant en général des primes plus élevées. Toutefois, l'augmentation du taux des primes n'est pas toujours proportionnelle à l'augmentation de la couverture.
- expérience ou résultats en matière de réclamations — Même si l'expérience en matière de réclamations du groupe n'est pas toujours un indice fiable (dans le cas des nouveaux ou des petits groupes, par exemple), l'assureur voudra prédire les taux de réclamations afin de calculer une prime appropriée.

Ce dernier facteur est traité différemment, selon la nature du groupe. Les taux de la première année, ou ceux de renouvellement, peuvent être fonction, en tout ou en partie, de l'expérience ou des résultats en matière de réclamations (tarification selon l'expérience), de l'expérience ou des résultats en matière de réclamations d'un groupe de participants au régime dans des situations similaires (tarification mise en commun ou selon le manuel), ou, souvent, d'une combinaison de ces deux méthodes (tarification pondérée).

8.4.1.1 Tarification par manuel

Si un groupe potentiel demande une couverture sans avoir été couvert auparavant, il est impossible d'évaluer ses résultats en se basant sur son expérience de réclamations. Les primes seront alors fondées exclusivement sur un tarif théorique calculé à l'aide d'un manuel de tarification. La tarification par manuel fixe les normes de primes pour les groupes de taille et de composition similaires du même secteur d'activité, en fonction surtout de leur expérience en matière de réclamations. Cette méthode s'appelle parfois la tarification « mise en commun » de la prime.

8.4.1.2 Tarification selon l'expérience

Dans le cas d'un groupe qui cherche à renouveler sa couverture, avec le même assureur ou un autre, les primes seront largement calculées sur une estimation des réclamations futures, cela étant aussi largement basé sur l'expérience ou les résultats du groupe en matière de réclamations. On présume que si le groupe est assez grand pour que les statistiques en matière de réclamations antérieures aient un sens, et si la composition du groupe n'a pas changé de façon marquée, les réclamations antérieures fournissent un indice raisonnable pour prédire les réclamations et peuvent servir à fixer les montants des primes.

8.4.1.3 Tarification pondérée

À moins qu'un nouveau groupe n'ait jamais été couvert, les taux de primes sont peu souvent fondés sur la seule tarification par manuel ou selon l'expérience; ils sont basés sur une combinaison des taux obtenus selon les deux méthodes de tarification. Le poids accordé à l'expérience en matière de réclamations dans la fixation du prix dépend de la crédibilité accordée aux résultats antérieurs.

8.4.1.4 Crédibilité

La crédibilité n'est pas une méthode de tarification en soi. C'est plutôt une façon de déterminer la fiabilité accordée à la tarification selon l'expérience dans un cas donné. Cela permet de combiner la tarification selon l'expérience et celle par manuel pour obtenir une tarification pondérée.

Dans le cas d'un grand groupe très stable (c'est-à-dire avec un très faible taux de roulement des employés) et ayant eu une couverture collective pendant un certain nombre d'années, l'expérience en matière de réclamations du groupe pourrait être considérée comme tout à fait crédible: autrement dit, on pourrait s'y fier pour prédire les taux de réclamations futures. Par ailleurs, les petits groupes, avec des taux de roulement des employés plus élevés et un bref historique de couverture collective, auraient une cote de crédibilité bien inférieure concernant leurs résultats ou leur expérience en matière de réclamations. Les groupes actuellement couverts auront sans doute une cote de crédibilité pour leur expérience qui se situera entre «élevée» et «faible». Les groupes sans aucune couverture collective antérieure auront une cote «nulle» de crédibilité pour leur expérience, et les taux de primes seront calculés exclusivement selon une tarification par manuel.

EXEMPLE

La société Maître Mobile compte 37 employés et un taux de roulement annuel de 18 %. Il y a quatre ans, elle s'est dotée d'un régime d'assurance collective. La crédibilité de son expérience en matière de réclamations a été cotée à 40 %. Cela signifie que 40 % des primes d'assurance seront calculées sur ses résultats en matière de réclamations et 60 % sur le taux du manuel de tarification standard pour un groupe de cette taille dans un secteur d'activité comparable.

8.4.2 Imposition et enregistrement du régime collectif

Comme pour le régime individuel, les régimes collectifs d'assurance contre la maladie ou les accidents ont des incidences fiscales. Il est important d'en tenir compte au moment du calcul du coût global de la couverture pour le promoteur du régime et pour ses participants. Il faut signaler surtout l'incidence des éléments suivants :

- le paiement de la prime d'invalidité de longue durée ;
- l'enregistrement du régime d'invalidité de courte durée auprès d'Emploi et Développement social Canada (EDSC) ;
- la taxe sur la prime d'assurance collective.

8.4.2.1 Paiement de la prime d'invalidité de longue durée

Parmi les différents facteurs à considérer dans la conception d'un régime d'invalidité collectif de longue durée, il faut citer les incidences fiscales des primes et des prestations.

Dans tous les cas, les primes des régimes collectifs payées par l'employeur pour l'invalidité, l'assurance maladie complémentaire et d'autres formes d'assurance collective contre la maladie ou les accidents sont des dépenses déductibles d'impôt pour l'employeur, que la prestation soit imposable ou non pour les employés couverts.

Il faut signaler l'intérêt particulier du traitement fiscal des prestations d'invalidité, selon l'identité du payeur et la proportion payée de la prime d'assurance collective.

Si l'employeur paie 100 % de la prime, toutes les prestations d'invalidité versées seront traitées comme un revenu imposable du participant au groupe qui en bénéficie, et ce, pour l'année de leur perception.

Si l'employé ou le participant paie 100 % des primes du régime collectif, les prestations versées seront libres d'impôt, mais l'employé n'a pas droit à une déduction fiscale pour les primes versées.

Si l'employeur et l'employé se partagent le coût des primes du régime d'invalidité collectif, en cas de réclamation, le participant reçoit une partie des prestations égale au total des primes qu'il a payées, en franchise d'impôt, et le solde des prestations est traité comme un revenu imposable.

EXEMPLE

À son travail, Shawna participe à un régime d'assurance collectif qui lui offre des prestations d'invalidité de 1 200 $ par mois. Shawna et son employeur partagent le coût des primes d'invalidité, en parts égales. Depuis le début du régime, chaque partie a versé 3 600 $ en primes d'invalidité collective et, jusqu'à l'année dernière, Shawna n'avait jamais fait de réclamations. Étant tombée malade en janvier dernier, elle a dû quitter son emploi pendant

10 mois ; elle a perçu 9 600 $ en prestations d'invalidité. La première tranche de 3 600 $ de prestations (montant correspondant aux primes qu'elle avait versées dans le régime) était libre d'impôt, tandis que les 6 000 $ de prestations restants constituaient une prestation imposable pour Shawna.

Pour cette raison, la plupart des régimes collectifs contributifs sont structurés de façon que la part salariale des primes du régime collectif payées soit réservée, avant tout, au paiement de 100 % des primes d'assurance invalidité.

8.4.2.2 Enregistrement du régime d'invalidité de courte durée auprès d'Emploi et Développement social Canada (EDSC)

EDSC est chargé, entre autres, d'administrer le programme fédéral d'assurance-emploi (AE). Parmi les prestations versées aux participants à l'AE, il y a une prestation d'invalidité de 15 semaines après un délai de carence d'une semaine. Si l'employeur a une couverture d'invalidité collective de courte durée, égale ou supérieure à la couverture fournie par l'AE, il peut demander une réduction partielle des cotisations d'assurance-emploi qu'il doit autrement payer. Cela parce que l'AE est un deuxième payeur pour la couverture d'assurance collective : en effet, les prestations collectives d'assurance invalidité de courte durée éviteraient à l'AE d'avoir à verser des prestations d'invalidité à cet assuré. Afin d'avoir droit à la réduction, l'employeur doit enregistrer le régime collectif auprès d'EDSC, en fonction de son barème particulier.

8.4.2.3 Taxe sur la prime d'assurance collective

Les primes versées pour tous les types de couverture collective contre la maladie ou les accidents et l'assurance maladie complémentaire, à la fois personnelle et d'entreprise, sont assujetties à une taxe provinciale, oscillant en général entre 2 et 3 % de la prime nette payable. La taxe est applicable, que les primes soient payées par le participant assuré ou par l'employeur. La taxe sur la prime est intégrée à la prime globale estimée, au lieu d'être ventilée comme frais distincts.

EXEMPLE

Georges verse 150,81 $ par mois pour sa couverture d'invalidité de longue durée collective. Les frais mensuels de 150,81 $ correspondent à la prime de base pour la couverture de 147,06 $, plus une taxe sur la prime de 2,55 %, soit 3,75 $ (147,06 $ × 2,55 %).

8.4.3 Expérience en matière de réclamations et autres facteurs de tarification

Le principal facteur de tarification des primes pour un régime collectif est, bien sûr, le nombre et le montant des réclamations prévues. Mais dans un régime, certains éléments particuliers peuvent influer sur la fréquence et le montant de ces réclamations :

- la fréquence des réclamations peut être modifiée par l'application de franchises et de facteurs de coassurance, ce qui permet de calculer les montants payables par le participant sur la dépense faisant l'objet de la réclamation. Si les prestations ne coûtent rien au participant (c'est-à-dire en l'absence de franchise ou de facteur de coassurance), le risque de réclamation est plus grand, car l'utilisateur ne subit aucune perte. Si le participant assume la charge d'au moins une partie du coût d'une réclamation, il se demandera peut-être si le produit ou le service demandé est vraiment nécessaire. C'est le même principe que celui du ticket modérateur dans un régime d'assurance maladie ;
- pour la couverture d'invalidité, la prolongation du délai de carence peut éliminer toutes les réclamations véritablement de courte durée. Cela réduit, à la fois, les prestations versées et les dépenses administratives liées à la couverture ;
- pour les prestations concernant des médicaments, l'élimination de la couverture pour les médicaments de marque, les médicaments particulièrement chers et les médicaments en vente libre peut réduire de façon marquée le risque de l'assureur en matière de réclamations ;
- un régime contributif, en particulier pour les prestations d'invalidité de courte durée, peut connaître un taux de réclamations plus élevé. Les participants ne sont peut-être pas dans un état très grave au point de demander des prestations d'invalidité (ou de la maintenir), mais ayant payé pour la couverture, ils se disent qu'ils y ont droit.

Lorsqu'il conçoit et établit le coût d'un régime collectif, l'assureur doit tenir compte de tous ces éléments et des éléments similaires.

8.5 Gestion des réclamations

Il incombe à l'assureur du régime collectif d'administrer les réclamations à compter du premier avis jusqu'au paiement final, le cas échéant. Ce processus comporte plusieurs étapes :

- tout d'abord, l'assureur doit recevoir l'avis de la réclamation, le plus souvent sur un formulaire de réclamation qu'il fournit, et la preuve de réclamation afférente (par exemple, une déclaration du médecin) ;
- ensuite, l'assureur doit vérifier que le régime collectif en cause est toujours en vigueur et que le réclamant participe à ce régime ;

- il doit aussi déterminer si le régime couvre les produits ou services faisant l'objet de la réclamation. Par exemple, pour une réclamation visant des médicaments, il doit vérifier si le médicament est un article admissible et si le médicament de marque est couvert ou bien seulement sa version générique ;
- le règlement de la réclamation (voir la section *Règlement des réclamations,* ci-dessus) est la prochaine étape très importante ;
- si la réclamation est approuvée, il incombe à l'assureur d'effectuer le paiement approprié, sous une forme forfaitaire ou sur une base périodique, selon le cas.

Avec les grands groupes, la communication avec le promoteur du régime et les participants relève de la responsabilité du représentant de l'assureur ou bien, des deux, les représentants de l'assureur et le promoteur du régime. Toutefois, dans le cas de petits groupes (25 participants ou moins, par exemple), le représentant peut être appelé à communiquer les exigences et les processus de l'assureur directement aux participants.

8.6 Coordination des prestations

Pratiquement tous les régimes collectifs d'assurance, en particulier ceux qui offrent l'assurance contre la maladie ou les accidents, ou l'assurance maladie complémentaire, comportent dans leur contrat-cadre une clause de « coordination des prestations ». Quand le réclamant est couvert par deux régimes collectifs (par exemple, par le sien et par la couverture familiale du régime de son conjoint ou de sa conjointe), quel régime paie en premier et, en réalité, quelle proportion de la dépense chaque régime est-il engagé à payer ? Ce sont là autant de questions que tranchent les règles sur la coordination des prestations.

Les règles élémentaires sont assez simples :

- le régime collectif qui couvre le réclamant comme premier assuré est le premier payeur ;
- à supposer que le premier payeur ne couvre pas la totalité de la dépense, le régime du conjoint (en vertu duquel le réclamant est aussi assuré par la couverture familiale) devient le second payeur ;
- toute la dépense (et pas seulement la partie payée ou remboursée par le premier payeur) fait l'objet d'une réclamation auprès du second payeur, qui doit alors payer la moindre des deux sommes suivantes :
  - ce qui aurait été payé s'il avait été le premier payeur ;
  - la différence entre la dépense totale et ce que le premier payeur a payé ou remboursé.

Dans le cas d'une réclamation pour des dépenses engagées par les enfants des assurés, la compagnie d'assurance qui couvre le parent dont la date anniversaire est la première dans l'année civile, quel que soit l'âge, devient le premier payeur.

Un exemple peut aider à clarifier ces règles sur la coordination des prestations.

EXEMPLE

Mariés, Jasmine et Abdul travaillent tous les deux dans le secteur de l'informatique, mais dans une entreprise différente. Ils participent chacun à un régime collectif qui offre des prestations aux employés et à leurs conjoints. Les régimes sont assurés auprès de deux différentes compagnies d'assurance. Les deux régimes proposent des prestations de soins dentaires, y compris des services de réparation, comme les couronnes et les prothèses partielles fixes.

Le régime de Jasmine comporte une franchise annuelle de 100 $ pour les réclamations dentaires et un maximum annuel de 1 500 $ pour les services de réparation.

Le régime d'Abdul comporte une franchise annuelle de 50 $ pour les réclamations dentaires et un maximum annuel de 2 000 $ pour les services de réparation.

L'année dernière, Jasmine est tombée au cours d'une excursion et a abîmé ses dents de devant. La facture du dentiste pour le travail de réparation a été de 2 500 $, et c'était la première réclamation dentaire faite à l'un ou à l'autre régime pour l'année en cause.

Étant la patiente concernée, Jasmine a fait une réclamation, tout d'abord, auprès de son assureur pour le régime collectif de l'entreprise. Elle devait payer la première tranche de 100 $ de la dépense comme franchise. Quant au reste, soit les 2 400 $ versés, son régime lui en a remboursé 1 500 $ – le maximum autorisé pour une année pour les services de réparation dentaire. Il restait donc 1 000 $ de frais dentaires non couverts par le régime de son entreprise.

Le couple a alors aussi soumis toute la facture de 2 500 $ au régime d'Abdul. S'il avait été le premier assureur, il aurait couvert 2 000 $ de la réclamation, après déduction de la franchise de 50 $. Comme second payeur, le régime d'Abdul doit couvrir (selon les règles de la coordination des prestations) le moindre de ce qui aurait été payé s'il avait été le premier assureur (2 000 $) ou du montant de la réclamation non couvert par le régime de Jasmine (1 000 $), le régime a couvert 1 000 $ de dépenses.

En combinant les deux régimes, Jasmine a eu droit à un plein remboursement de ses dépenses dentaires.

8.7 Rôle du représentant dans le service à la clientèle

Si le représentant associé à un régime collectif n'est pas vraiment spécialisé dans l'assurance collective, son rôle en marketing et en administration se limite peut-être à trouver un client pour un régime collectif et à le présenter au représentant d'assurance collective ou au chargé de compte collectif de la compagnie d'assurance. Si le régime collectif est mis en place avec succès, le représentant perçoit une commission.

Par ailleurs, si le représentant ou le courtier participe de façon active et personnelle à la fois à la vente et au service à la clientèle, il a une double responsabilité :

- faire un suivi des besoins et de la situation du client ;
- documenter les services fournis.

Dans le cas de l'implantation d'un nouveau régime ou d'un régime de remplacement, le représentant peut participer directement à un programme d'éducation et de promotion (réunions, présentations, communications écrites, etc.) avec les employés pour encourager la participation au régime.

8.7.1 Suivi des besoins et de la situation du client

Bon nombre de facteurs influent sur la décision d'offrir des protections collectives aux participants, y compris la croissance et la décroissance des affaires, ainsi que l'évolution des besoins des participants. Le représentant ne doit pas seulement se tenir au courant des nouveaux produits des compagnies d'assurance, mais il doit aussi s'informer de tout changement dans la situation de ses clients.

La préparation d'un plan de contacts périodiques avec le client aidera le représentant à bien renforcer leur relation et à encourager les recommandations. Ce plan permettra au représentant :

- d'être un intermédiaire entre le client et la compagnie d'assurance, afin de prévoir et d'aider à régler toutes les causes d'insatisfaction ;
- de communiquer avec le client 90 jours avant la date annuelle de renouvellement du régime afin d'étudier la nécessité de faire des modifications au régime ou si le client désire voir ce qui existe sur le marché pour renouveler le régime actuel ou chercher un autre fournisseur de régime ;
- de demander des soumissions à d'autres fournisseurs et faire des recommandations au fournisseur du régime, si le client veut « explorer le marché » pour son régime.

8.7.2 Documentation des services fournis

Il est d'une grande importance que le représentant documente chaque étape du processus de service à la clientèle, pour sa propre protection, celle du client et celle de la compagnie d'assurance.

Si le client a cherché à obtenir un certain niveau de service de la part du représentant, ce dernier devrait consigner la date du contact et le contenu de la discussion, indiquer la date de la rencontre éventuelle avec le client, et ce qui s'y est dit, indiquer la mesure prise ainsi que la date et la façon de régler la question. Des détails similaires devraient être consignés si le représentant ou la compagnie d'assurance a pris l'initiative du contact. Il faut faire particulièrement attention à bien consigner les détails de chaque cas, lorsque le client a exprimé des préoccupations au sujet du produit ou du service fourni, que ce soit par le représentant ou par la compagnie d'assurance.

Des copies de toutes les communications écrites entre le client, le représentant et la compagnie d'assurance devraient être conservées dans le dossier du représentant, notamment les estimations obtenues et les lettres ou les courriels échangés entre toutes les parties, au sujet de la situation du client. Les détails des conversations téléphoniques devraient aussi être consignés par écrit.

Tous ces documents pourraient être d'une importance cruciale pour garantir un service convenable au client et pour monter un dossier en cas de réclamation future ou de litige juridique entre le représentant ou la compagnie d'assurance.

CONCLUSION

L'assurance contre la maladie ou les accidents est un sujet complexe et très varié. Elle rassemble une vaste gamme de produits aux caractéristiques diverses et conçus pour répondre à des besoins encore plus diversifiés. L'élaboration d'un programme complet d'assurance contre la maladie ou les accidents se fait en plusieurs étapes, avec de très nombreux choix de produits destinés à protéger le revenu et les avoirs, tant personnels que commerciaux.

Cela dit, pour bon nombre de Canadiens, le régime d'assurance collective constitue la base, voir la totalité, de leur protection financière. Toutefois, sauf si les prestations du régime collectif ne sont pas transformables en contrat individuel (et, dans bon nombre de cas, les prestations de l'assurance contre la maladie ou les accidents ne le sont pas), la couverture du groupe « appartient » au promoteur du régime, et non pas à son participant. Si ce dernier quitte le groupe (en cessant de travailler chez l'employeur, par exemple), la couverture collective prend fin. Il incombe au représentant en assurance de personnes de veiller que, dans les limites de la situation financière du client, ce dernier ait une bonne assurance individuelle contre la maladie ou les accidents.

L'élaboration d'un programme d'assurance de qualité contre la maladie ou les accidents, à titre individuel ou collectif, s'articule en cinq étapes distinctes :

- évaluation des besoins du client :
  - assurance offrant une protection du revenu ;
  - assurance offrant une protection des actifs ;
  - assurance offrant une protection de l'épargne ;
- comparaison des besoins avec les ressources actuelles du client :
  - autres sources de revenus ;
  - immobilisations ;
  - couverture d'assurance existante, collective et individuelle ;
  - ressources communautaires ;
- recherche des produits adaptés (avec des caractéristiques ou avenants appropriés) :
  - régime individuel ou collectif ;
  - couverture de remplacement du revenu en cas d'invalidité ;

assurance contre les maladies graves ;
- soins de longue durée ;
- assurance maladie complémentaire (couverture individuelle et familiale : médicaments sur ordonnance, soins dentaires, soins de la vue, hospitalisation, etc.) ;
- couverture des frais généraux commerciaux en cas d'invalidité ;
- assurance de l'employé clé de l'entreprise ;
- couverture d'invalidité par convention de rachat d'actions ;

- élaboration de recommandations :
  - recherche des meilleurs produits et comparaison des caractéristiques et prestations ;
  - choix d'une ou de deux options les plus appropriées à présenter au client ;
  - explication des options au client et recommandation finale ;
  - remplissage des formulaires de proposition appropriés et présentation aux fournisseurs d'assurance ;
- rencontres avec le client :
  - examen des caractéristiques de la police avec le client, au moment de sa remise, en se concentrant sur les prestations et les limitations (par exemple, les exclusions) ;
  - entrevue avec le client pour s'assurer de l'absence de changement dans sa situation médicale ou financière ;
  - coordination avec le client pour remplir toute documentation alors exigée (par exemple, l'acceptation d'un contrat avec surprime).

Les responsabilités du représentant ne prennent pas fin au moment où il a fourni des produits, que ce soient des solutions individuelles ou collectives. Le représentant doit inscrire dans le dossier tous les contacts avec le client et toutes les recommandations. Il doit maintenir des relations régulières avec le client, au moins une fois par an. Il est important de bien connaître les nouveaux produits mis en marché, susceptibles de s'ajouter au régime du client, et d'être à l'affût de tout changement dans l'état de santé, la situation personnelle et les circonstances financières ou commerciales de ce dernier, de nature à justifier une révision du régime.

Les relations avec le client peuvent être un engagement à vie, tant pour le représentant que pour le client.

ANNEXE A

ADULTES AYANT UNE INCAPACITÉ QUI ONT BESOIN D'AIDE POUR LA RÉALISATION D'ACTIVITÉS QUOTIDIENNES, SELON LE SEXE ET LE GROUPE D'ÂGE, CANADA, 2001 ET 2006[48]

	2001			2006		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
Total – 15 ans et plus	**2 397 960**	**904 050**	**1 493 910**	**2 652 890**	**980 850**	**1 672 050**
Reçoivent de l'aide mais en ont besoin davantage	652 660	231 810	420 860	971 190	342 380	628 810
Ne reçoivent pas d'aide mais en ont besoin	130 590	50 970	79 620	212 630	83 760	128 870
Reçoivent toute l'aide nécessaire	1 614 710	621 270	993 430	1 469 080	554 710	914 370
Total – 15 à 64 ans	**1 303 100**	**513 390**	**789 710**	**1 464 490**	**569 400**	**895 090**
Reçoivent de l'aide mais en ont besoin davantage	360 610	131 950	228 670	546 080	200 670	345 400
Ne reçoivent pas d'aide mais en ont besoin	95 700	36 620	59 080	141 360	54 060	87 290
Reçoivent toute l'aide nécessaire	846 790	344 820	501 970	777 060	314 660	462 400
Total – 65 ans et plus	**1 094 860**	**390 660**	**704 200**	**1 188 400**	**411 450**	**776 960**
Reçoivent de l'aide mais en ont besoin davantage	292 050	99 860	192 190	425 110	141 700	283 400
Ne reçoivent pas d'aide mais en ont besoin	34 890	14 350	20 540	71 280	29 700	41 580
Reçoivent toute l'aide nécessaire	767 920	276 450	491 470	692 020	240 040	451 970

48. Statistique Canada. *Tableau 1 - Adultes ayant une incapacité qui ont besoin d'aide pour la réalisation d'activités quotidiennes, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 2001 et 2006*. [En ligne]. Document révisé le 30 novembre 2015. [Document cité le 3 août 2017]. http://www.statcan.gc.ca/pub/89-628-x/2010015/tbl/tbl1-fra.htm

BIBLIOGRAPHIE[49]

OUVRAGES GÉNÉRAUX

AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS. *Assurance invalidité*, 1re édition, 2007, 396 p.

AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS. *Déontologie et pratique professionnelle (Québec)*, 1re édition, 2015, 307 p.

FIGAS, Jacqueline. *Disability Insurance and Other Living Benefits*, 3rd Edition, CCH Canadian Limited, 2012, 360 p.

SITES WEB ET DOCUMENTS EN LIGNE

ABOUT.COM

www.about.com

Financial planning.
http://financialplan.about.com/cs/budgeting/l/blbudget.htm

AMERICAN CANCER SOCIETY

www.cancer.org

What are the risk factors for breast cancer?
http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-risk-factors

ASSOCIATION CANADIENNE DES COMPAGNIES D'ASSURANCE DE PERSONNES (ACCAP)

www.clhia.ca

Guide sur l'assurance soins de longue durée.
https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/resources/Consumer+Brochures/$file/Brochure_Guide_Long_Term_Care_FR.pdf

49. Pour certaines références, il n'existe pas de version française. Elles sont donc présentées en anglais.

BANQUE DU CANADA

www.banqueducanada.ca

Feuille de calcul de l'inflation.
http://www.banqueducanada.ca/taux/renseignements-complementaires/feuille-de-calcul-de-linflation/

Le monde changeant du paiement de détail au Canada et ses répercussions sur la demande numéraire.
http://www.banqueducanada.ca/wp-content/uploads/2012/11/revue-bdc-automne12-arango.pdf

BC MEDICAL JOURNAL

www.bcmj.org

Statistics Canada: Almost 5% of seniors in long-term care.
http://www.bcmj.org/pulsimeter/statistics-canada-almost-5-seniors-long-term-care

BUSINESS DEVELOPMENT CENTRE

www.bdc-canada.com

GST/HST Number registration.
http://www.bdc-canada.com/BDC/services/gst_registration.htm?gclid=COKD2Prh-b8CFa5AMgod7REAvg

CANADIAN DIABETES ASSOCIATION

www.diabetes.ca

Risk factors.
http://www.diabetes.ca/about-diabetes/risk-factors

CBC NEWS

www.cbc.ca/news

Retirement savings in Canada – by the numbers.
http://www.cbc.ca/news/business/taxes/retirement-savings-in-canada-by-the-numbers-1.1303371

ELDERWEB

www.elderweb.com

History of long term care.
http://www.elderweb.com/book/history-long-term-care

EMPLOI ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA

www.esdc.gc.ca/fra

Pensions et retraite.
http://www.esdc.gc.ca/fra/retraite/index.shtml

FINANCIÈRE SUN LIFE

www.sunlife.ca

Guide des définitions des maladies graves.
https://www.sunnet.sunlife.com/files/advisor/french/PDF/820-3310.pdf

Les soins de longue durée Colombie Britannique 2016.
https://www.sunnet.sunlife.com/files/advisor/french/PDF/Completereport-LTC-Costs-BC.pdf

GOUVERNEMENT DU CANADA (AGENCE DU REVENU DU CANADA)

www.canada.ca

Folio de l'impôt sur le revenu S2-F3-C2, Avantages et allocations provenant d'un emploi.
https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/impot/renseignements-techniques/impot-revenu/folios-impot-revenu/serie-2-employeurs-employes/serie-2-employeurs-employes-folio-3-avantages-lies-a-emploi/folio-impot-revenu-s2-f3-c2-avantages-allocations-provenant-emploi.html

Folio de l'impôt sur le revenu S2-F3-C2, Fiducie de santé et de bien-être.
https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/impot/renseignements-techniques/impot-revenu/folios-impot-revenu/serie-2-employeurs-employes/serie-2-employeurs-employes-folio-1-regimes-particuliers-offerts-employeurs-employes/folio-impot-revenu-s2-f1-c1-fiducie-sante-bien-etre.html

Signification de « Régime privé d'assurance-maladie ».
https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/formulaires-publications/publications/it339r2-archivee-signification-regime-prive-assurance-maladie-1988-annees-imposition-suivantes/archivee-signification-regime-prive-assurance-maladie.html

TPS/TVH.
https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/impot/entreprises/sujets/tps-tvh-entreprises.html

HUFFINGTON POST

www.huffingtonpost.ca

Canadians' household debt reaches new high: $1.63 for every dollar earned.
http://www.huffingtonpost.ca/2013/09/13/household-mortgage-debt-canada_n_3920887.html

INDUSTRIE CANADA

www.ic.gc.ca

Principales statistiques relatives aux petites entreprises – Juillet 2012.
http://www.ic.gc.ca/eic/site/061.nsf/fra/h_02689.html

L'INTERNAUTE

www.linternaute.com

Revenu.
http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/revenu

MANUVIE

www.manuvie.ca

Imposition des contrats d'assurance invalidité.
https://repsourcepublic.manulife.com/wps/wcm/connect/373f8000433c37fbb715f7319e0f5575/ins_tepg_taxtopictxdisinsf.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=373f8000433c37fbb715f7319e0f5575

L'assurance individuelle dans les régimes d'assurance collective.
https://repsourcepublic.manulife.com/wps/wcm/connect/09f0fb00433c4ea9b9c0ff319e0f5575/ins_tepg_taxtopicindinsf.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=09f0fb00433c4ea9b9c0ff319e0f5575

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS LONGUE DURÉE (ONTARIO)

www.health.gov.on.ca/fr

Services et soins à domicile, dans la collectivité et en établissement.
http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ltc/21_other.aspx

MONEYINSTRUCTOR.COM

http://content.moneyinstructor.com

Sample monthly household budget.
http://content.moneyinstructor.com/437/sample-budget.html

NATIONAL EYE INSTITUTE

www.nei.nih.gov

Facts about age-related macular degeneration.
http://www.nei.nih.gov/health/maculardegen/armd_facts.asp#2

RBC ASSURANCES

www.rbcassurances.com

Soumission d'assurance voyage et demande en ligne.
https://www.worldprotect.com/cgi-bin/weblinkca/fr/travel-insurance.cgi?agency_code=

RETRAITE QUEBEC

www.retraitequebec.gouv.qc.ca

SERVICE CANADA

www.servicecanada.gc.ca

Paiements du Régime de pensions du Canada.
http://www.servicecanada.gc.ca/fra/services/pensions/rpc/paiements/index.shtml

SERVICE CORPS OF RETIRED EXECUTIVES (SCORE©)

https://www.score.org

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER

www.cancer.ca/fr-ca/

Statistiques sur le cancer du sein.
http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/statistics/?region=pe

SOCIETY OF ACTUARIES

www.soa.org

STATISTIQUE CANADA

www.statcan.gc.ca

Tableau 1 - Adultes ayant une incapacité qui ont besoin d'aide pour la réalisation d'activités quotidiennes, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 2001 et 2006.
http://www.statcan.gc.ca/pub/89-628-x/2010015/tbl/tbl1-fra.htm

Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012.
http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/131203/dq131203a-fra.htm

Espérance de vie, à la naissance et à 65 ans, selon le sexe et par province et territoire.
http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health72a-fra.htm

Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, par province.
http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health26-fra.htm

Évolution de la structure par âge et sexe de la population du Canada, 1956, 2006 et 2056.
http://www.statcan.gc.ca/pub/91-003-x/2007001/figures/4129870-fra.htm

Section 4 Pratiques de rémunération.
www.statcan.gc.ca/pub/71-585-x/2008001/sec4-fra.htm

TRADING ECONOMICS

www.tradingeconomics.com

Canada inflation rate.
http://www.tradingeconomics.com/canada/inflation-cpi

UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA

www.ubc.ca

Evidence and perspectives on funding healthcare in Canada.
http://healthcarefunding.ca/home-care/

Autres publications

BLOMQVIST, Åke and Colin BUSBY. *Long-term care for the elderly: Challenges and policy options*, Commentary No. 367, C.D. Howe Institute, November 2012.
http://www.cdhowe.org/pdf/Commentary_367.pdf

BOUNDY, Kris. *Misconceptions demystified – Life and critical illness insurance*, Munich RE, 2014.

https://investissement.ssq.ca/astranet/en/accueil/general/docElectronique/SSQ_Roadshow_-_Kris_Boundy_2014_-_Published-1.pdf

TRANSACTIONS OF SOCIETY OF ACTUARIES. *Group long-term disability (GLTD) valuation tables*, Vol. 39, 1987, 66 p.