



SOLO^{MC}

Assurance proprio

GUIDE DU CONSEILLER



 **Desjardins**
Assurances
Vie • Santé • Retraite

Table des matières

Vue d'ensemble	4
5 raisons pour lesquelles SOLO Assurance proprio est le meilleur choix pour un membre-client	6
SOLO Assurance proprio	7
1.1 Description du produit.....	7
1.2 Admissibilité.....	7
1.3 Structure de primes	7
Changement de structure de primes.....	8
Changement de primes nivelées pendant 10 ans (T10) pour primes nivelées jusqu'à 65 ans (T65)	8
Changement de primes nivelées jusqu'à 65 ans (T65) pour primes nivelées pendant 10 ans (T10)	8
1.4 Montant mensuel	8
1.4.1 Définition	8
1.4.2 Établissement du montant mensuel.....	8
1.5 Prêts et locations admissibles.....	9
1.5.1 Caractéristiques des prêts et locations admissibles.....	9
1.6 Définition d'invalidité totale	11
1.7 Période d'attente	12
1.7.1 Définition et application	12
1.7.2 Choix possibles	12
1.8 Période d'indemnisation.....	12
1.9 Pluralité des causes d'invalidité (invalidités simultanées).....	12
1.10 Droit de prolongation après 65 ans.....	12
1.11 Fin de la protection SOLO Assurance proprio.....	13
1.12 Avantages inclus	13
1.12.1 Admissibilité à recevoir un montant mensuel dès le premier jour en cas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour.....	13
1.12.2 Droit de substitution.....	13
1.12.3 Services d'accompagnement gratuits.....	14
1.12.4 Don d'organe	14
1.12.5 Accumulation des jours d'invalidité	14
1.12.6 Présomption d'invalidité totale	14
1.12.7 Réadaptation	14
1.12.8 Exonération des primes.....	14
1.12.9 Récidive d'une invalidité.....	15
1.13 Règles spécifiques pour les travailleurs à domicile	15
Règle 1 : Protection offerte sans restriction.....	15
Règle 2 : Protection offerte avec restrictions.....	15
1.14 Règles spécifiques pour les femmes enceintes au moment de l'émission du contrat.....	16
1.15 Règles spécifiques pour les assurés en congé parental au moment de l'émission du contrat	16
1.16 Protections complémentaires	16
1.16.1 Option d'assurabilité future	17
1.16.2 Prolongation de la période de profession habituelle	18
1.16.3 Invalidité partielle.....	19
Renseignements généraux	22
2.1 Règles de coordination et d'intégration	22
2.2 Limites et exclusions.....	22
2.2.1 Limites applicables lorsque l'assuré n'est pas activement au travail au moment de l'invalidité	22
2.2.2 Limites relatives à l'admissibilité des prêts et des locations	22
2.2.3 Exclusions	23
2.3 Restrictions s'appliquant à des professions particulières.....	24
2.4 Définitions.....	24
2.4.1 Accident.....	24
2.4.2 Âge.....	24
2.4.3 Âge atteint	25

2.4.4 Classe professionnelle	25
2.4.5 Prêts ou locations admissibles.....	25
2.4.6 Emploi	25
2.4.8 Emploi de remplacement	25
2.4.9 Hospitalisation	26
2.4.10 Institution financière	26
2.4.11 Profession habituelle	26
2.5 Renseignements concernant la prime	26
2.5.1 Coefficient de périodicité des primes.....	26
2.5.2 Frais de contrat.....	26
2.5.3 Surprimes.....	26
2.6 Imposition	27
2.6.1 SOLO Assurance proprio	27
2.7 Proposition.....	27
2.8 Modifications possibles après l'émission du contrat.....	27
2.8.1 Documents à fournir pour une modification avec preuve d'assurabilité.....	29
2.8.2 Documents à fournir pour une modification sans preuve d'assurabilité.....	29
2.9 Sélection des risques	29
2.9.1 Preuves financières.....	29
2.9.2 Taux privilégiés relatifs aux non-fumeurs	30
2.9.3 Résidence.....	30
2.9.4 Alcool et drogue	30
2.9.5 Conduite automobile.....	30
2.9.6 Faillites.....	30
2.9.7 Sports et loisirs	30
2.9.8 Aviation.....	30
2.9.9 Voyages et résidence à l'étranger	30
2.9.10 Exclusions	30
2.9.11 Révision d'exclusions	30
2.10 Demande de prestations en cas d'invalidité	31
Outils et matériel de vente.....	32
3.1 Outils de vente.....	32
3.1.1 Analyse des besoins en assurance invalidité	32
3.1.2 Formulaire d'évaluation préliminaire de la classe professionnelle.....	32
3.2 Matériel de vente	32
3.2.1 Aide-mémoire SOLO Assurance (n° 18052F03).....	32
3.2.2 Fiche client SOLO Assurance proprio (n° 18052F04).....	32
3.2.3 Fiche client Santé financière et mieux-être (n° 18052F02)	32
Annexes.....	34
4.1 Critères de sélection	34
4.2 Relèvement de la classe professionnelle	34

Vue d'ensemble

SOLO Assurance proprio

Marché cible	<p>Membres-clients ayant des engagements financiers et qui souhaitent compléter leur programme de sécurité financière. SOLO Assurance proprio verse un montant mensuel pour les engagements financiers suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• Prêt et marge hypothécaires, y compris pour un multilogement• Marge de crédit• Prêt ou bail à long terme pour une voiture, un motorisé, un bateau ou une moto• Carte de crédit• Prêt personnel, étudiant et à la rénovation• Prêt pour financer un investissement (prêt levier)• Prêt commercial• Tout autre prêt dont la durée est fixe et qui exige des remboursements réguliers (avec ou sans remboursement minimum en capital)• Loyer aussi admissible (résidence principale) <p>La protection SOLO Assurance proprio peut protéger un individu ou une personne morale, mais pas les deux simultanément. Si un membre-client incorporé désire une protection personnelle et d'affaires, il devra souscrire deux contrats SOLO Assurance proprio différents.</p>
<p>Critères d'admissibilité Des preuves de prêts admissibles ne sont pas nécessaires lors de l'émission du contrat, mais elles seront exigées lors d'une demande du montant mensuel.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Occuper un emploi appartenant à une autre classe que « X »• Travailler au moins 30 h par semaine, et ce, pendant au moins 35 semaines par année; ou• Travailler au moins 24 à 29 h par semaine; et ce, pendant au moins 40 semaines par année; ou• Travailler au moins 21 h par semaine de façon régulière et continue. <p>Les femmes enceintes sont admissibles à SOLO Assurance proprio, mais certaines conditions peuvent s'appliquer. Consultez la section Règles spécifiques pour les femmes enceintes pour plus d'information.</p> <p>Les personnes en congé parental sont admissibles à SOLO Assurance proprio sans restriction.</p>
Classes professionnelles	4A, 3A, 2A, A et B
Âge à l'établissement	T65 : 18 à 60 ans T10 : 18 à 50 ans
Période d'attente	<p>30 jours 60 jours 90 jours 120 jours</p> <p>L'assuré est admissible à recevoir un montant mensuel d'assurance, dès le premier jour, en cas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour, pour les périodes d'attente de 90 jours ou moins.</p> <p>Si l'assuré en est en congé parental ou sans emploi au moment de l'invalidité, la période d'attente sera automatiquement de 90 jours.</p>

Période d'indemnisation	<p>2 ans, 5 ans ou jusqu'à 65 ans Prêt commercial : 2 ou 5 ans Loyer : 2 ans Femme enceinte (dernier trimestre) : 2 ans</p> <p>Attention — certains prêts admissibles ont une durée de paiement limitée; consultez la section <i>Prêts et locations admissibles</i> pour en savoir davantage.</p>
Montant mensuel	<p>Minimum par protection : 150 \$ Minimum par contrat : 400 \$ Maximum : 5 000 \$ (3 500 \$ pour la classe professionnelle B)</p> <p>Aucune sélection financière pour les montants de 3 000 \$ ou moins, y compris la totalité des assurances prêt.</p>
Renouvellement	<p>Garanti, renouvelable jusqu'à 65 ans Droit de prolongation après 65 ans</p>
Définition d'invalidité totale	<p>Profession habituelle – 24 mois</p>

Avantages inclus

Admissibilité à recevoir un montant mensuel d'assurance dès le 1 ^{er} jour pour une hospitalisation ou chirurgie d'un jour	<p>Oui, pour toutes les périodes d'attente de 90 jours et moins.</p> <p>L'hospitalisation doit être un minimum de 18 heures.</p>
Droit de substitution	<p>Offert pendant les 7 premières années du contrat.</p> <p>L'assuré peut échanger son contrat SOLO Assurance proprio pour un contrat SOLO Assurance salaire.</p> <p>L'assuré peut substituer la protection selon l'âge à l'émission, sans fournir de preuve d'assurabilité et avant l'âge de 60 ans.</p>
Don d'organe	<p>Oui, après 6 mois</p>
Présomption d'invalidité totale	<p>Oui</p>
Réadaptation	<p>Oui</p>
Exonération des primes	<p>Oui, dès que l'assuré est admissible à recevoir un montant mensuel</p>
Accumulation des jours d'invalidité	<p>Classes professionnelles 2A, A et B - 6 mois Classes professionnelles 4A et 3A - 12 mois</p>
Récidive d'une invalidité	<p>Classes professionnelles 2A, A et B - 6 mois Classes professionnelles 4A et 3A - 12 mois</p>

Services d'accompagnement gratuits	<p>Des services d'accompagnement gratuits, pour l'assuré et ses proches, sont accessibles en tout temps en ligne ou par téléphone, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une plateforme santé et mieux-être offrant de l'information fiable pour prendre des décisions éclairées; • une assistance téléphonique 24 h/24, 7 j/7; • un accès direct à un médecin pour répondre à leurs questions et faire le lien avec des spécialistes réputés mondialement afin de confirmer un diagnostic et de déterminer un plan de traitement optimal (par Advance Medical). <p>Ces services d'accompagnement ne sont pas une obligation contractuelle de Desjardins Assurances.</p>
------------------------------------	--

Protections complémentaires

Invalidité partielle	Oui
Option d'assurabilité future	Oui
Prolongation de la période de profession habituelle	Oui

5 raisons pour lesquelles SOLO Assurance proprio est le meilleur choix pour un membre-client

1. Un seul contrat, soit personnel ou commercial, couvre tous les prêts.
2. L'assuré demeure indépendant de ses créanciers.
 - Comme il est propriétaire de sa protection, celle-ci demeure en vigueur même s'il change d'institution financière.
 - Le montant mensuel lui est versé directement plutôt qu'à ses créanciers.
3. L'assuré choisit le montant mensuel ainsi que les protections complémentaires selon ses besoins.
4. L'assuré bénéficie d'une grande flexibilité, car la protection n'est pas accordée pour un prêt spécifique, mais pour l'ensemble des dettes, c'est-à-dire qu'elle demeure en vigueur même si les dettes changent au fil du temps.
5. L'assuré reçoit la totalité des montants d'assurance puisqu'ils sont ni imposables, ni intégrés ou coordonnés. Ceci signifie qu'ils ne seront pas réduits par d'autres prestations d'invalidité ou par des régimes gouvernementaux (à l'exception des protections couvrant les mêmes prêts).

SOLO Assurance proprio

1.1 Description du produit

SOLO Assurance proprio prévoit le versement d'un montant mensuel si l'assuré n'est pas en mesure de travailler en raison d'un accident ou d'une maladie entraînant une invalidité. Ce montant sera utilisé pour payer la somme des prêts mensuels admissibles de l'assuré.

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

1.2 Admissibilité

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

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

- Être âgée de :
 - 18 à 60 ans : primes nivelées jusqu'à 65 ans (T65)
 - 18 à 50 ans : primes nivelées pendant 10 ans (T10)
- Occuper un emploi et appartenir à une classe professionnelle autre que « X » ;
 - travailler au moins 30 h par semaine; et ce, pendant au moins 35 semaines par année; **ou**
 - travailler au moins 24 h par semaine, et ce, pendant au moins 40 semaines par année; **ou**
 - travailler au moins 21 h par semaine de façon régulière et continue.

Les femmes enceintes sont admissibles à SOLO Assurance proprio, mais certaines conditions peuvent s'appliquer.

Consultez la section [Règles spécifiques pour les femmes enceintes](#) pour connaître ces conditions.

Les personnes qui travaillent à domicile sont admissibles à SOLO Assurance proprio, mais certaines conditions peuvent s'appliquer. Consultez la section [Règles spécifiques pour les travailleurs à domicile](#).

1.3 Structure de primes

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

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

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

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

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

Changement de structure de primes

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

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

Voici les particularités pour effectuer ce changement :

- l'assuré doit être âgé de 50 ans ou moins;
- le changement doit avoir lieu à l'anniversaire du contrat;
- **le changement n'est pas assujéti à une sélection des risques;**
- la nouvelle prime est fondée sur l'âge atteint et sur la classe professionnelle initiale;
- la période d'attente, la période d'indemnisation et le montant mensuel ne sont pas modifiés, à moins que le membre-client en fasse la demande et que leur modification ne réduise le risque de l'assureur.



Il est à noter qu'une telle modification entraîne non seulement le changement des primes relatives au montant mensuel, mais aussi celui des primes relatives aux protections complémentaires, s'il y a lieu.

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

Voici les particularités pour effectuer ce changement (nouvelle vente):

- l'assuré doit être âgé de 50 ans ou moins;
- la nouvelle prime est fondée sur l'âge atteint et la classe professionnelle reliée à l'emploi occupé au moment du changement;
- **le changement est assujéti à une sélection des risques.**

1.4 Montant mensuel

1.4.1 Définition

Le montant mensuel est le montant d'assurance que l'assuré recevra au moment de l'invalidité. Ce montant est choisi par l'assuré et il peut égaler la totalité de ses paiements mensuels liés à des prêts. Par contre, il ne peut excéder un certain montant maximal établi selon le statut de l'assuré, sa classe professionnelle et le type de prêt admissible.

1.4.2 Établissement du montant mensuel

L'assuré se procurera une assurance invalidité pour être en mesure de faire face à ses engagements financiers dans l'éventualité où il ne serait pas en mesure de travailler pour cause d'accident ou de maladie. Afin de déterminer le montant mensuel nécessaire, l'assuré doit penser à toutes les obligations courantes auxquelles il ne sera pas capable de faire face s'il devait cesser de travailler en raison d'une invalidité.

Le montant mensuel minimal est de 150 \$ par protection ou de 400 \$ par contrat.

Montant mensuel par protection ou par contrat

	Classe professionnelle	Montant maximal
Assuré avec emploi	4A	5 000 \$
	3A	5 000 \$
	2A	5 000 \$
	A	5 000 \$
	B	3 500 \$

Si le preneur est un individu, le montant mensuel correspond au moins élevé entre :

- le montant mensuel choisi; ou
- la somme des mensualités admissibles au moment de l'invalidité.

Si cette somme est inférieure au montant mensuel choisi, le montant d'assurance se limitera à la somme des mensualités admissibles et l'excédent des primes payées ne sera pas remboursé. L'assuré se doit donc de réviser périodiquement le montant mensuel souscrit en fonction des prêts et locations à rembourser.

Si le preneur est une entreprise, le montant mensuel correspond au moins élevé entre :

- le montant mensuel choisi; ou
- la somme des mensualités admissibles en date du début de l'invalidité de la personne assurée, multipliée par sa part des actions ordinaires détenues dans l'entreprise à cette même date.

Le montant mensuel est non intégré et non coordonné à d'autres prestations d'invalidité, à l'exception des assurances couvrant les mêmes prêts.

1.5 Prêts et locations admissibles

Les prêts et locations suivants sont admissibles au produit SOLO Assurance proprio :

- Prêt et marge hypothécaires, y compris pour un multilogement
- Marge de crédit
- Prêt ou bail à long terme pour une voiture, un motorisé, un bateau ou une moto
- Carte de crédit
- Prêt personnel, étudiant et à la rénovation
- Prêt pour financer un investissement (prêt levier)
- Prêt commercial
- Tout autre prêt dont la durée est fixe et qui exige des remboursements réguliers (avec ou sans remboursement minimum en capital)
- Loyer aussi admissible (résidence principale)

Tous les types de prêts sont admissibles, du moment qu'ils sont offerts par une institution financière autorisée à faire affaire au Canada. De plus, le solde du prêt doit être d'au moins 1 000 \$.

Pour un travailleur autonome, 100 % du prêt est couvert, même s'il y a plus d'un individu sur le prêt.

La protection SOLO Assurance proprio peut protéger un individu ou une entreprise incorporée, mais pas les deux simultanément. Si un propriétaire d'une entreprise incorporée désire une protection personnelle et d'affaires, il devra souscrire deux contrats SOLO Assurance proprio différents pour ses besoins.

Un prêt entre particuliers (notarié ou non) et une pension alimentaire ne sont pas des prêts admissibles au produit SOLO Assurance proprio.

1.5.1 Caractéristiques des prêts et locations admissibles

Cette section vous explique le montant d'assurance maximal remboursé en plus de la période d'indemnisation maximale spécifique à chacun des prêts admissibles.

Prêt hypothécaire et marge de crédit hypothécaire (avec remboursement de capital)

Si l'emprunt ou la marge de crédit hypothécaire couvre une résidence principale, le montant mensuel admissible correspond à :

- 125 % du versement périodique, en capital et en intérêts.

Si l'emprunt ou la marge de crédit hypothécaire couvre une résidence secondaire, une résidence à logements multiples ou un bâtiment commercial, le montant mensuel admissible correspond à :

- 100 % du versement périodique, en capital et en intérêts.

Le montant mensuel cesse d'être payable à partir de la première date parmi les suivantes :

- date à laquelle la période d'amortissement restante prend fin;
- date à laquelle la période d'indemnisation choisie par l'assuré prend fin;
- date à laquelle l'assuré n'est plus invalide.

Marge de crédit hypothécaire (sans remboursement de capital)

Si la marge de crédit hypothécaire couvre une résidence principale ou secondaire, une résidence à logements multiples ou un bâtiment commercial, le montant mensuel admissible correspond :

- au taux d'intérêt applicable à la marge de crédit hypothécaire **multiplié par** le solde débiteur moyen;
- **plus** 0,5 % de ce solde débiteur moyen.

Le montant mensuel cesse d'être payable à partir de la première date parmi les suivantes :

- date à laquelle des montants d'assurance auront été versés pendant une période fixe de 15 ans;
- date à laquelle la période d'indemnisation choisie par l'assuré prend fin;
- date à laquelle l'assuré n'est plus invalide.

Marge de crédit

Le montant mensuel admissible correspond à :

- 4 % du solde débiteur moyen

Le montant mensuel cesse d'être payable à partir de la première date parmi les suivantes :

- date à laquelle des montants d'assurance auront été versés pendant une période fixe de 30 mois;
- date à laquelle la période d'indemnisation choisie par l'assuré prend fin;
- date à laquelle l'assuré n'est plus invalide.

Carte de crédit

Le montant mensuel admissible correspond à :

- 5 % du solde débiteur moyen

Le montant mensuel cesse d'être payable à partir de la première date parmi les suivantes :

- date à laquelle des montants d'assurance auront été versés pendant une période fixe de 30 mois;
- date à laquelle la période d'indemnisation choisie par l'assuré prend fin;
- date à laquelle l'assuré n'est plus invalide.

Prêt lié à investissement (prêt levier)

Le montant mensuel admissible correspond à :

- l'intérêt mensuel applicable sur le solde débiteur moyen

Le montant mensuel cesse d'être payable à partir de la première date parmi les suivantes :

- date à laquelle des montants d'assurance auront été versés pendant une période fixe de 15 ans;
- date à laquelle la période d'amortissement restante prend fin;
- date à laquelle la période d'indemnisation choisie par l'assuré prend fin;
- date à laquelle l'assuré n'est plus invalide.

Autres prêts

Prêt dont le versement périodique comprend une portion de capital

Le montant mensuel admissible correspond à :

- 100 % du versement périodique, en capital et en intérêts

Le montant mensuel cesse d'être payable à partir de la première date parmi les suivantes :

- date à laquelle la période d'amortissement restante prend fin;
- date à laquelle la période d'indemnisation choisie par l'assuré prend fin;

- date à laquelle l'assuré n'est plus invalide.

Prêt dont le versement périodique ne comprend pas une portion de capital

Le montant mensuel admissible correspond à :

- l'intérêt applicable au solde débiteur moyen

Le montant mensuel cesse d'être payable à partir de la première date parmi les suivantes :

- date à laquelle des montants d'assurance auront été versés pendant une période fixe de 15 ans;
- date à laquelle la période d'indemnisation choisie par l'assuré prend fin;
- date à laquelle l'assuré n'est plus invalide.

Locations

Bail de location d'un logement (résidence principale)

Le montant mensuel admissible correspond au :

- versement périodique prévu dans le contrat de location

Le montant mensuel cesse d'être payable à partir de la première date parmi les suivantes :

- date à laquelle l'assuré n'est plus invalide;
- date à laquelle la période d'indemnisation choisie par l'assuré prend fin;
- date à laquelle Desjardins Assurances aura versé des montants d'assurance pendant une période fixe de 2 ans.

Contrat de location de véhicules motorisés

Le montant mensuel admissible correspond au :

- versement périodique prévu dans le contrat de location

Le montant mensuel cesse d'être payable à partir de la première date parmi les suivantes :

- date à laquelle l'assuré n'est plus invalide;
- date à laquelle la période d'indemnisation choisie par l'assuré prend fin;
- date qui correspond à 30 mois après la date d'échéance de la location.

1.6 Définition d'invalidité totale

A) L'assuré qui occupe un emploi rémunéré au début de l'invalidité

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

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

Après avoir reçu un montant mensuel pendant 24 mois, celui-ci continuera d'être versé à l'assuré si :

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

B) L'assuré sans emploi, en congé de maternité en congé parental ainsi que celui en congé avec ou sans solde à la suite d'une entente avec son employeur avant le début de l'invalidité

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

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

1.7 Période d'attente

1.7.1 Définition et application

La période d'attente désigne le nombre de jours d'invalidité totale qui doit s'écouler entre le début de l'invalidité et le moment auquel le montant mensuel est payable à l'assuré.

1.7.2 Choix possibles

SOLO Assurance proprio offre la possibilité de choisir une période d'attente de : 30, 60, 90 ou 120 jours.

Restrictions

Si l'assurée est une femme enceinte (dernier trimestre) à l'émission, la période d'attente est automatiquement de 90 jours.

Si l'assuré est en congé parental au moment de sa demande pour le versement de montants d'assurance pour une invalidité, la période d'attente est automatiquement de 90 jours.

1.8 Période d'indemnisation

La période d'indemnisation désigne la période maximale pendant laquelle l'assuré est invalide et au cours de laquelle il reçoit un montant mensuel. La période d'indemnisation débute à l'expiration de la période d'attente et se termine à la première des éventualités suivantes :

- à la fin de l'invalidité;
- lorsque les prêts et locations admissibles sont entièrement remboursés;
- à la fin de la période d'indemnisation choisie par l'assuré;
- à l'anniversaire du contrat qui est le plus près du 65^e anniversaire de naissance de l'assuré;
- au décès de l'assuré.

SOLO Assurance proprio offre la possibilité de choisir une période d'indemnisation de 2 ans, 5 ans ou jusqu'à 65 ans.

Pour un prêt commercial, la période d'indemnisation offerte est de 2 ou 5 ans.

Pour un loyer admissible, la seule période d'indemnisation possible est de 2 ans.

De plus, la période d'indemnisation sera toujours d'un minimum de 2 ans, même si le contrat se termine à 65 ans. Par exemple, un assuré âgé de 64 ans qui est déclaré totalement invalide recevra un montant mensuel pendant 2 ans, c'est-à-dire jusqu'à 66 ans, même si le contrat se termine à 65 ans.

La période d'indemnisation pour certains prêts ou locations est limitée. Consultez la section [Prêts ou locations admissibles](#) pour plus d'information.

1.9 Pluralité des causes d'invalidité (invalidités simultanées)

Si une seconde invalidité d'une cause différente et non liée à la précédente survient pendant que l'assuré reçoit des montants mensuels, Desjardins Assurances ne doublera pas le montant mensuel payable.

Si l'invalidité initiale se termine avant que l'assuré ait reçu des montants mensuels pour le nombre de mois prévu dans la période d'indemnisation, il pourra toucher des montants mensuels pour la seconde invalidité après avoir satisfait à nouveau à la période d'attente applicable. Il recevra alors des montants mensuels pour la seconde invalidité jusqu'à concurrence du nombre de mois restant dans la période d'indemnisation applicable à la première invalidité.

La période d'attente à satisfaire pour la seconde invalidité débute au moment où l'assuré devient invalide de la seconde cause.

1.10 Droit de prolongation après 65 ans

Lorsque l'assuré atteint 65 ans, SOLO Assurance proprio offre la possibilité de prolonger la protection en transformant le

contrat en une protection d'assurance invalidité temporaire d'une durée de cinq ans, et ce, sans preuve médicale. Durant ces cinq ans, les primes peuvent augmenter chaque année.

Pour y être admissible, l'assuré doit :

- travailler à temps plein à l'âge de 65 ans;
- ne pas être invalide à l'âge de 65 ans;
- en faire la demande à Desjardins Assurances, par écrit, dans les 60 jours précédant la date d'expiration de la protection;
- fournir des preuves financières.

L'assurance temporaire présente les caractéristiques suivantes :

- un montant mensuel qui correspond au moins élevé des montants suivants : 2 000 \$ ou de 50 % du montant mensuel initial;
- une période d'attente minimale de 30 jours;
- une période d'indemnisation maximale de 2 ans;
- aucune protection complémentaire n'est offerte.

1.11 Fin de la protection SOLO Assurance proprio

La protection SOLO Assurance proprio se termine au premier des événements suivants :

- décès de l'assuré;
- date de faillite de l'assuré, ou celle de l'entreprise (prêt commercial);
- date de l'anniversaire du contrat la plus près du 65e anniversaire de naissance de l'assuré;
- date de déchéance du contrat;
- date de substitution totale de SOLO Assurance proprio à SOLO Assurance salaire.

1.12 Avantages inclus

1.12.1 Admissibilité à recevoir un montant mensuel dès le premier jour en cas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour

L'assuré est admissible à recevoir un montant mensuel dès le premier jour en cas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour. Une hospitalisation est définie comme un séjour d'au moins 18 heures consécutives dans un hôpital à titre de patient alité (salle ou chambre).

1.12.2 Droit de substitution

L'assuré pourrait ne plus avoir besoin d'une assurance prêt en cas d'invalidité si, par exemple, la maison familiale est vendue après une séparation ou si le prêt est remboursé à la suite d'un héritage. L'assuré pourrait ainsi remplacer son contrat SOLO Assurance proprio par SOLO Assurance salaire.

Ce droit de substitution est assujéti aux conditions suivantes :

- l'assuré doit être un individu;
- l'assuré doit exercer ce droit avant l'âge de 60 ans;
- l'assuré ne doit pas être totalement ou partiellement invalide au moment de la substitution;
- il ne peut être exercé qu'une seule fois, et ce, au cours des 7 premières années suivant l'émission du contrat;
- la substitution doit être lors d'une date d'anniversaire du contrat;
- ce droit est offert à l'âge à l'émission, et l'assuré conserve la même classe que dans le contrat SOLO Assurance proprio;
- les surprimes et exclusions sont reportées dans le contrat SOLO Assurance salaire, s'il y a lieu;
- la substitution ne doit pas entraîner une augmentation du risque pour l'assureur (la période d'attente ne peut être réduite et la période d'indemnisation ainsi que le montant mensuel ne peuvent être augmentés);
- ce droit n'est assujéti à aucune preuve d'assurabilité sur le plan médical;

- les critères d'admissibilité en vigueur pour SOLO Assurance salaire doivent tous être respectés (le montant mensuel sera limité selon le revenu, le nombre d'heures travaillées devra être fourni et des limites quant à la période d'attente pourraient s'appliquer); le montant payable au décès du produit SOLO Assurance salaire sera maintenu;
- ce droit permet de substituer les protections complémentaires Option d'assurabilité future, Prolongation de la période de profession habituelle et Invalidité partielle.

1.12.3 Services d'accompagnement gratuits

Des services d'accompagnement gratuits, pour l'assuré et ses proches, sont accessibles en tout temps en ligne ou par téléphone, y compris :

- une plateforme santé et mieux-être offrant de l'information fiable pour prendre des décisions éclairées;
- une assistance téléphonique 24 h/24, 7 j/7;
- un accès direct à un médecin pour répondre à leurs questions et faire le lien avec des spécialistes réputés mondialement afin de confirmer un diagnostic et de déterminer un plan de traitement optimal (par Advance Medical).

Ces services d'accompagnement ne sont pas une obligation contractuelle de Desjardins Assurances.

1.12.4 Don d'organe

L'invalidité attribuable à un don d'organe donne droit au paiement du montant mensuel à l'assuré si le contrat est en vigueur depuis au moins 6 mois. L'assuré serait considéré totalement invalide pour cause de maladie.

1.12.5 Accumulation des jours d'invalidité

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

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

1.12.6 Présomption d'invalidité totale

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

Par *perte*, on entend la perte totale et définitive :

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

1.12.7 Réadaptation

Si l'assuré reçoit un montant mensuel en vertu d'un contrat SOLO Assurance proprio, Desjardins Assurances peut payer les coûts relatifs à un programme de réadaptation si ce dernier vise à accélérer le retour au travail. Ce programme doit être approuvé au préalable par Desjardins Assurances et il ne doit pas être couvert en vertu d'un autre programme ou service.

1.12.8 Exonération des primes

L'assuré cessera de payer les primes de SOLO Assurance proprio une fois qu'il aura satisfait à la période d'attente et tant et aussi longtemps qu'un montant mensuel lui est versé.

Si l'assuré dispose de plus d'un montant mensuel d'assurance, l'exonération des primes débute à l'expiration de la période d'attente la plus courte et se termine à la fin de la période d'indemnisation la plus longue.

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

1.12.9 Récidive d'une invalidité

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

Après une invalidité, si l'assuré redevient admissible à des montants mensuels pour la même cause ou une cause qui y est liée, Desjardins Assurances considère la nouvelle invalidité comme étant une récidive si elle survient :

- dans les 6 mois suivant la fin de la première invalidité, si sa classe professionnelle est A, B ou 2A; ou
- dans les 12 mois suivant la fin de la première invalidité, si sa classe professionnelle est 3A ou 4A.

Dans ce cas, l'assuré n'a pas à satisfaire à nouveau à la période d'attente et il recevra un montant mensuel jusqu'à concurrence du nombre de mois restant dans la période d'indemnisation applicable à la première invalidité.

1.13 Règles spécifiques pour les travailleurs à domicile

Règle 1 : Protection offerte sans restriction

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

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

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

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

Règle 2 : Protection offerte avec restrictions

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

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

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

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

- période d'attente minimale de 60 jours; et
- période d'indemnisation jusqu'à 65 ans pour les meilleurs risques;
- seule la protection complémentaire Option d'assurabilité future est offerte.

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

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

- période d'attente minimale de 90 jours; et

- période d'indemnisation de 2 ans ou 5 ans;
- seule la protection complémentaire Option d'assurabilité future est offerte.



Pour l'assuré en congé parental, reportez-vous à l'occupation habituelle qu'il exerçait avant le début du congé pour déterminer les règles applicables.

1.14 Règles spécifiques pour les femmes enceintes au moment de l'émission du contrat

Grossesse antérieure avec complication

Si une membre-cliente a déjà eu une grossesse avec complication importante, la décision pourrait être différée au niveau de la sélection. Si c'est le cas, elle devra attendre après l'accouchement pour soumettre une proposition.

Premier ou deuxième trimestre de grossesse

Si une membre-cliente en est au premier ou au deuxième trimestre de grossesse, elle sera acceptée si elle n'a aucun problème de santé et s'il n'y a aucun risque supplémentaire relié à la grossesse. Il n'y aura aucune limite quant au montant du montant mensuel, à la période d'attente et à la période d'indemnisation.

Dernier trimestre de grossesse

Si une membre-cliente en est au dernier trimestre de grossesse, elle sera acceptée si elle n'a aucun problème de santé et s'il n'y a aucun risque supplémentaire relié à la grossesse. Par contre, la période d'attente sera limitée à 90 jours, et la période d'indemnisation, à 2 ans. De plus, si elle devenait invalide pendant sa grossesse, son congé de maternité ou son congé parental, le versement du montant mensuel dès le premier jour en cas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour ne s'applique pas.



La femme enceinte ne doit pas être en arrêt de travail lors de l'émission.

1.15 Règles spécifiques pour les assurés en congé parental au moment de l'émission du contrat

Si l'assuré est en congé parental à l'émission, l'occupation habituelle qu'il exerçait avant le début du congé parental, excluant une affectation temporaire, sera utilisée pour déterminer sa classe professionnelle.

Le nombre d'heures travaillées pour l'admissibilité sera basé sur la situation de l'assuré juste avant le début du congé parental.

Exemple

Le membre-client en congé parental pourrait choisir une période d'attente de 30 jours, mais le texte du contrat comporte une limitation implicite à ce sujet; la période d'attente est automatiquement de 90 jours lorsque la personne est en congé parental.

Aucune restriction ne s'applique quant au choix de la protection de base et des protections complémentaires.

1.16 Protections complémentaires

Vous avez la possibilité de personnaliser chaque protection pour qu'elle corresponde aux besoins particuliers du membre-client.

1.16.1 Option d'assurabilité future

Le montant mensuel de l'assuré est déterminé en fonction de sa situation et de ses besoins actuels. Puisque sa carrière pourrait évoluer et que ses revenus risqueraient alors d'augmenter, ce montant pourrait, un jour, ne plus correspondre à ses besoins. De plus, l'état de santé d'un assuré pourrait se détériorer au fil du temps et ainsi l'empêcher de se procurer un montant mensuel plus élevé.

La protection complémentaire **Option d'assurabilité future** permet à l'assuré d'augmenter son montant mensuel lors de chaque anniversaire du contrat sans fournir de nouvelles preuves de bonne santé.

L'assuré peut obtenir cette protection à l'émission du contrat selon les conditions suivantes :

- Être âgé de 18 à 50 ans;
- Une seule protection complémentaire Option d'assurabilité future peut être offerte, et ce, quel que soit le nombre de protections d'assurance SOLO proprio de l'assuré;
- La protection est offerte pour toutes les classes professionnelles;
- **Cette protection complémentaire n'est pas offerte aux contrats surprimés.**

Fonctionnement

Au moment de l'achat de la protection complémentaire Option d'assurabilité future, l'assuré doit choisir le montant mensuel maximal qu'il souhaite disposer pour des augmentations futures. L'assuré peut choisir un montant variant entre 500 \$ et 8 000 \$ (par multiple de 500 \$).

La somme des montants mensuels d'invalidité totale et du montant choisi en vertu de l'Option d'assurabilité future ne peut excéder le montant mensuel maximal prévu selon la classe professionnelle de l'assuré.

L'assuré peut demander jusqu'à 5 augmentations d'un maximum de 20 % du montant choisi (minimum de 100 \$) avec justifications financières à l'appui à n'importe quel anniversaire du contrat avant le 56^e anniversaire de l'assuré, mais sans être assujéti à la présentation de preuves d'assurabilité. Par exemple, un assuré ayant choisi un montant de 1 000 \$ pourra demander 5 augmentations de 200 \$. S'il ne demande pas le plein montant d'augmentation (soit 200 \$), il ne pourra pas le cumuler pour plus tard.

Exercice de la protection complémentaire Option d'assurabilité future

- L'assuré doit demander à Desjardins Assurances, par écrit, d'exercer cette option dans les 60 jours précédant l'anniversaire de son contrat.
- L'assuré ne peut pas exercer cette option s'il est en période d'invalidité.
- Aucune justification financière n'est requise.
- La prime de ces augmentations sera calculée selon l'âge atteint, ainsi que les tarifs en vigueur auprès de la compagnie au moment où la demande est faite.
- Le nouveau montant mensuel entrera en vigueur sur-le-champ si l'invalidité est attribuable à un accident. Par contre, si l'invalidité est attribuable à une maladie, le nouveau montant mensuel n'entrera en vigueur que 6 mois après l'exercice de l'option.

Exemple

L'assuré a un contrat SOLO Assurance proprio prévoyant un montant mensuel de 1 000 \$ et une protection complémentaire Option d'assurabilité future de 500 \$.

À l'anniversaire de son contrat, soit le 1^{er} janvier, l'assuré veut exercer son Option d'assurabilité future. Il a donc le droit d'augmenter son montant mensuel de 100 \$ (20 % x 500 \$).

Par la suite, ce même assuré devient invalide pour cause d'accident le 31 janvier. Comme le montant d'augmentation est en vigueur, il recevra un montant mensuel de 1 100 \$ (1 000 \$ + 100 \$).

S'il était devenu invalide pour cause de maladie, à la même date, le montant mensuel aurait été de 1 000 \$.

Toutefois, s'il était devenu invalide pour cause de maladie le 31 septembre de la même année, un montant mensuel de 1 100 \$ aurait été payable.

- Lorsque l'assuré dispose de plus d'un montant mensuel, la protection complémentaire Option d'assurabilité future s'ajoute au montant mensuel d'invalidité totale comportant la période d'attente la plus longue. Si plus d'un montant

mensuel d'invalidité totale comporte la même période d'attente, cette protection est alors ajoutée au montant mensuel comportant la période d'indemnisation la plus longue.

Exemple

L'assuré choisit deux montants mensuels avec une protection complémentaire Option d'assurabilité future :

	Montant mensuel	Période d'attente	Période d'indemnisation
Choix 1	1 050 \$	30 jours	65 ans
Choix 2	1 300 \$	60 jours	65 ans

Lorsqu'il exercera son Option d'assurabilité future, son nouveau montant mensuel comportera une période d'attente de 60 jours et une période d'indemnisation à 65 ans.

L'assuré choisit deux montants mensuels avec une protection complémentaire Option d'assurabilité future :

	Montant mensuel	Période d'attente	Période d'indemnisation
Choix 1	1 050 \$	30 jours	2 ans
Choix 2	1 300 \$	30 jours	65 ans

Lorsqu'il exercera son Option d'assurabilité future, son nouveau montant mensuel comportera une période d'attente de 30 jours et une période d'indemnisation à 65 ans ou moindre.

- S'il y a des exclusions liées au montant mensuel initial, les mêmes exclusions s'appliqueront au montant mensuel additionnel.
- L'exercice de cette option entraîne aussi l'ajout des mêmes protections complémentaires que celles jointes à la protection initiale. Par exemple, si le montant mensuel de base avait la protection complémentaire Invalidité partielle, ce nouveau montant mensuel aura aussi la protection complémentaire Invalidité partielle.
- L'exercice de cette option ne peut être reporté, même si l'assuré est invalide.

1.16.2 Prolongation de la période de profession habituelle

La définition d'invalidité totale s'applique à l'exercice de la profession habituelle de l'assuré pendant les 24 premiers mois de sa période d'indemnisation, et à l'exercice d'un emploi de remplacement après ces 24 premiers mois.

À la fin de cette période de 24 mois, l'assuré doit non seulement être incapable d'exercer sa profession habituelle, mais aussi être incapable d'exercer tout autre emploi convenant à sa scolarité, sa formation et son expérience pour qu'il puisse continuer à recevoir un montant mensuel.

La protection complémentaire **Prolongation de la période de profession habituelle** permet à l'assuré de prolonger la définition d'invalidité totale basée sur l'exercice de la profession habituelle au-delà de cette période de 24 mois. Ainsi, il continuera à recevoir des montants mensuels pendant 5 ans ou jusqu'à 65 ans selon ce qu'il a choisi.

La protection complémentaire Prolongation de la période de profession habituelle est offerte pour toutes les classes professionnelles. Par contre, l'assuré de la classe professionnelle B ne peut choisir que l'option de prolongation de 5 ans.

Cette protection n'est pas offerte pour un travailleur à domicile dont la protection est offerte avec restrictions.

L'assuré ne peut pas avoir, en vertu du même contrat, deux montants mensuels distincts qui n'auraient pas la même définition d'invalidité au moment du versement de ces montants.

Exemple

	Montant mensuel	Période d'indemnisation	Définition de profession habituelle
Choix 1	1 000 \$	65 ans	2 ans
Choix 2	1 000 \$	65 ans	65 ans

Ce choix n'est pas offert à l'assuré, car il pourrait se retrouver dans une situation où le premier montant mensuel cesse

d'être payable compte tenu de la définition d'invalidité appliquée et où le deuxième montant mensuel continue d'être payable.

	Montant mensuel	Période d'indemnisation	Définition de profession habituelle
Choix 1	1 000 \$	5 ans	5 ans
Choix 2	1 000 \$	65 ans	65 ans

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

1.16.3 Invalidité partielle

Il est possible que l'assuré continue de travailler à temps partiel durant l'invalidité, ou encore, d'avoir la possibilité de reprendre le travail graduellement à la suite d'une invalidité totale, à raison de quelques jours par semaine. Dans de telles situations, une assurance couvrant les prêts qui verse un montant mensuel seulement en cas d'invalidité totale ne serait d'aucun recours.

La protection complémentaire **Invalidité partielle** tient compte du fait que l'assuré pourrait être partiellement invalide. Cette protection lui verse un montant mensuel partiel qui l'aide à assumer en partie ses mensualités.

Admissibilité

La protection complémentaire Invalidité partielle est offerte pour toutes les classes professionnelles. Pour y avoir droit, l'assuré doit, au moment de l'émission, travailler au moins 30 h par semaine, et ce, pendant un minimum de 35 semaines par année.

Définition d'invalidité partielle

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

Assuré qui travaille au moins 28 h par semaine et au moins 35 semaines par année au début de l'invalidité

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

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

Assuré qui ne travaille pas au moins 28 h par semaine et au moins 35 semaines par année au début de l'invalidité

- Aucun montant mensuel n'est versé.

Montant mensuel partiel

Lors d'une période d'invalidité partielle, après avoir satisfait à la période d'attente, l'assuré reçoit une somme correspondant à 50 % du montant mensuel. Aucune preuve de perte de revenu n'est requise pour avoir droit à un montant mensuel partiel.

Période d'attente

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

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

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

- La période d'attente et la période d'indemnisation déjà écoulées peuvent être utilisées pour réduire la période d'attente que l'assuré doit satisfaire avant le paiement d'un montant mensuel partiel pour une invalidité partielle qui est la continuité d'une invalidité totale.

Lorsque l'invalidité partielle précède l'invalidité totale :

- La période d'attente déjà écoulée pour l'invalidité partielle peut être utilisée pour réduire la période d'attente que l'assuré doit satisfaire avant le paiement d'un montant mensuel pour une invalidité totale.

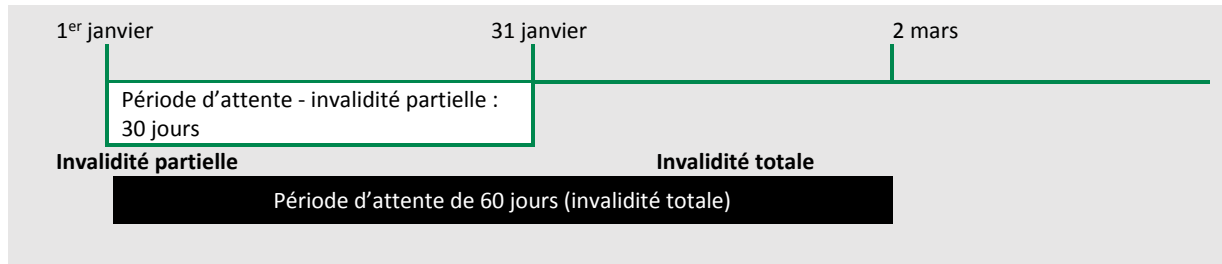
Ainsi, l'assuré qui devient totalement invalide, suite à une invalidité partielle ayant donné droit à un montant mensuel partiel, n'a pas à satisfaire à nouveau à la période d'attente.

Exemple

L'assuré, faisant partie de la catégorie professionnelle 2A, a choisi un montant mensuel comportant une période d'attente de 60 jours. Il devient partiellement invalide le 1^{er} janvier. Le 31 janvier, il n'est plus considéré comme partiellement invalide, mais plutôt comme totalement invalide.

Comme la période d'attente pour le versement d'un montant mensuel pour une invalidité partielle peut être utilisée pour réduire la période d'attente du versement d'un montant mensuel pour une invalidité totale, Desjardins Assurances calculera la période d'attente de 30 jours déjà écoulée dans la période d'attente de 60 jours d'une invalidité totale.

Desjardins Assurances versera un montant mensuel à l'assuré à partir du 2 mars.



Période d'indemnisation

Le montant mensuel partiel est versé pendant la moindre des périodes suivantes :

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

Lorsque, pour une même invalidité, des montants mensuels partiels ou en totalité sont versés, la période d'indemnisation ne peut pas excéder la période d'indemnisation de l'invalidité totale choisie par l'assuré.

Renseignements généraux



Renseignements généraux

2.1 Règles de coordination et d'intégration

Le montant mensuel est non intégré et non coordonné à d'autres montants mensuels d'assurance pour une invalidité, à l'exception des assurances couvrant les mêmes prêts ou locations.

2.2 Limites et exclusions

2.2.1 Limites applicables lorsque l'assuré n'est pas activement au travail au moment de l'invalidité

a. Si, au moment de l'invalidité, l'assuré :

- n'occupe aucun emploi rémunérateur depuis 12 mois ou moins; ou
- est en congé de maternité ou en congé parental depuis 70 semaines ou moins; ou
- est en congé avec ou sans solde à la suite d'une entente avec son employeur depuis 12 mois ou moins.

La période d'attente est automatiquement de 90 jours, peu importe le choix de l'assuré à l'émission, et le montant mensuel n'est pas payable dès le premier jour en cas d'hospitalisation ou de chirurgie d'un jour.

De plus, aucun montant mensuel ne sera versé si l'invalidité résulte de l'un des troubles suivants ou des traitements ou complications qui s'y rattachent :

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

b. Si, au moment de l'invalidité, l'assuré :

- n'occupe aucun emploi ou il bénéficie d'un congé avec ou sans solde à la suite d'une entente avec son employeur, et ce, depuis plus de 12 mois; ou
- est en congé de maternité ou en congé parental depuis plus de 70 semaines.

Dans ce cas, l'assuré ne recevra aucun montant mensuel.

Cependant, l'assuré sera à nouveau admissible à un montant mensuel si :

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

2.2.2 Limites relatives à l'admissibilité des prêts et des locations

- a. Les prêts et locations doivent être présentés à Desjardins Assurances au début de l'invalidité. Cependant, un prêt ou une location sera considéré comme admissible si l'assuré l'a contracté après le début de son invalidité pour respecter une entente de paiement différé conclue avant l'invalidité. Cette dernière doit par contre être fournie à Desjardins Assurances au début de l'invalidité.
- b. Les prêts et locations ne doivent pas être contractés ni modifiés dans les 120 jours qui précèdent la date à laquelle l'assuré devient invalide à la suite d'une **maladie**. Pour les prêts dont le solde varie régulièrement (carte de crédit ou marge de crédit), leurs modifications (que le solde change) au cours de cette période n'a aucune incidence sur le paiement du montant mensuel. L'établissement du montant mensuel est fondé sur la période de 90 jours qui précède ces 120 jours.

Cette restriction de 120 jours ne s'applique pas dans les situations suivantes :

- Si l'assuré devient invalide dans les 120 jours suivant la date d'émission ou de remise en vigueur de SOLO Assurance proprio ou la date de rétablissement du montant mensuel.
- Lorsque le taux d'intérêt d'un emprunt est renouvelé, si le solde et l'échéance de cet emprunt demeurent les mêmes.
- Lorsqu'une location ou un emprunt est contracté en remplacement d'un autre :
 - le montant mensuel admissible est le moins élevé entre :
 - celui qui était payable en fonction de la location ou de l'emprunt initial; ou
 - celui qui est payable en fonction de la nouvelle location ou du nouvel emprunt.
 - la période d'amortissement restante la plus courte entre :
 - celle de la location ou de l'emprunt initial; ou
 - celle de la nouvelle location ou du nouvel emprunt.

2.2.3 Exclusions

SOLO Assurance proprio ne donne droit à aucun versement d'un montant mensuel lors des cas ci-dessous :

- Lorsque l'invalidité résulte directement ou indirectement de blessures que l'assuré s'inflige volontairement ou d'une tentative de suicide. Cette exclusion s'applique que l'assuré soit sain d'esprit ou non.
- Lorsque l'invalidité résulte directement ou indirectement d'une guerre, déclarée ou non, d'une émeute, d'une révolte ou d'une révolution, que l'assuré y ait pris part ou non.
- Au cours de toute période d'emprisonnement de l'assuré ou lorsque l'invalidité résulte directement ou indirectement de la participation de l'assuré à un acte criminel ou à tout acte qui y est lié.
- Lorsque l'invalidité résulte directement ou indirectement de la conduite d'un véhicule motorisé par l'assuré alors qu'il est sous l'effet de la drogue ou que la concentration d'alcool dans son sang est égale ou supérieure à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang.
- Lorsque l'invalidité résulte directement ou indirectement de l'usage illégal ou illicite de toute drogue ou de l'absorption répétée ou abusive d'alcool ou de marijuana.
- Lorsque l'invalidité résulte directement ou indirectement de la participation de l'assuré à une envolée ou tentative d'envolée dans un aéronef quelconque alors qu'il est membre de l'équipage ou exerce une fonction ou prend part à un entraînement, à quelque titre que ce soit, en rapport avec cette envolée ou tentative d'envolée.
- Lorsque l'invalidité résulte directement ou indirectement de la participation de l'assuré à une course, à une épreuve ou à un concours de vitesse à bord d'un véhicule motorisé à titre d'amateur ou de professionnel, sur des circuits autorisés ou ailleurs.
- Lorsque l'invalidité résulte directement ou indirectement de traitements ou de soins reçus pour des raisons esthétiques.
- Lorsque l'invalidité résulte d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une interruption naturelle ou provoquée de la grossesse.

Cependant, la présente garantie couvre toute invalidité qui résulte des complications d'une grossesse, d'un accouchement ou de l'interruption naturelle ou provoquée de la grossesse.

- Lorsque l'invalidité résulte directement ou indirectement de la participation de l'assuré à une activité sportive pour laquelle il reçoit une rémunération.
- Si le preneur de ce contrat est une personne physique et que l'assuré fait faillite après la date de prise d'effet de la présente garantie.

Si la faillite a lieu alors que l'assuré est invalide, la compagnie cesse le versement des montants mensuels à la date à laquelle la faillite est déclarée et met fin à son contrat.

- Si le preneur du présent contrat est une entreprise et que cette entreprise fait faillite après la date de prise d'effet de la présente garantie.

Si la faillite a lieu alors que l'assuré est invalide, la compagnie cesse le versement des montants mensuels à la date à laquelle la faillite est déclarée et met fin à son contrat.

- Si le preneur de ce contrat est une entreprise et que l'assuré se départit de ses parts dans cette dernière alors qu'il est invalide, Desjardins Assurance cessera le versement d'un montant mensuel à partir de la date à laquelle l'assuré s'en est départi.
- Lorsque l'assuré quitte le Canada pour s'établir de façon permanente dans un autre pays.
Dans ce cas, si l'assuré quitte le Canada pendant la période d'indemnisation, la compagnie poursuivra le versement des montants mensuels :
 - tant que l'assuré sera invalide; et
 - selon les dispositions de la présente garantie.
- Lorsque l'invalidité résulte directement ou indirectement d'une maladie qui survient dans les 6 mois suivants la date de prise d'effet de la présente garantie, si cette dernière a été établie à la suite de l'exercice de la protection Option d'assurabilité future.
- Lorsque l'invalidité résulte directement ou indirectement de l'un des troubles suivants ou des traitements ou complications qui y rattachent, alors que l'assuré n'occupe aucun emploi ou qu'il est en congé de maternité ou en congé parental : stress, anxiété, dépression, névrose, psychose, trouble d'adaptation, fibromyalgie ou tout autre syndrome de douleur, syndrome de fatigue chronique, trouble de la personnalité, déficit d'attention ou tout autre trouble émotionnel ou psychiatrique.

2.3 Restrictions s'appliquant à des professions particulières

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

Profession ou métier	Industrie	Classe	Période d'indemnisation maximale
Agent de police (autres tâches)	Sécurité publique	A	2 ans
Barman	Restauration (établissement de 1 ^{re} classe)	B	2 ans
Détective et autre agent	Sécurité publique	B	2 ans
Entraîneur personnel	Conditionnement, gym, salon amaigrissement	B	5 ans
Policier (autres tâches)	Sécurité publique	A	2 ans
Préposé aux chambres (établissement de 1 ^{re} classe)	Hôtellerie, hôtels et motels	B	2 ans
Serveur	Hôtellerie, hôtels et motels	B	2 ans
Serveur (si vente alcool secondaire)	Restauration (restaurant, brasserie)	B	2 ans

2.4 Définitions

2.4.1 Accident

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

2.4.2 Âge

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

2.4.3 Âge atteint

L'âge atteint de l'assuré est l'âge plus le nombre d'années d'assurance complétées pour une protection.

2.4.4 Classe professionnelle

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

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

2.4.5 Prêts ou locations admissibles

	Individu	Entreprise
Admissibilité du prêt ou de la location	1 000 \$ ou plus auprès d'une institution financière reconnue au Canada Tout contrat de prêt ou de location doit contenir : <ul style="list-style-type: none">• Nom de l'assuré ou de l'entreprise, y compris l'emprunteur ou le co-emprunteur, si applicable;• Le versement périodique;• Le taux d'intérêt applicable à l'emprunt ou à la location;• La date de l'emprunt ou de la location; et• La date d'échéance.	
Location admissible	Location d'un logement (résidence principale) L'assuré doit posséder un bail de location conclu et signé entre lui et le propriétaire du logement. Véhicule motorisé L'assuré doit posséder un contrat de location auprès d'une institution financière autorisée.	Véhicule motorisé L'entreprise doit posséder un contrat de location auprès d'une institution financière.

2.4.6 Emploi

Tout travail rémunéré exercé par l'assuré (aussi appelé profession habituelle).

2.4.7 Emploi à temps plein

Exercice régulier d'un emploi rémunéré :

- au moins 30 h par semaine, pendant un minimum de 35 semaines par année; ou
- au moins 24 h par semaine, pendant un minimum de 40 semaines par année;
- au moins 21 heures/semaine de façon régulière et continue.

2.4.8 Emploi de remplacement

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

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

2.4.9 Hospitalisation

Si l'assuré doit être hospitalisé 18 heures ou plus à titre de patient interne alité, à la suite d'une maladie ou d'un accident, ou subir une chirurgie d'un jour, le montant mensuel sera payable dès le 1^{er} jours si la période d'attente est de 90 jours ou moins.

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

2.4.10 Institution financière

Toute entité légalement autorisée à conduire des affaires au Canada, y compris :

- une banque canadienne ou étrangère;
- une personne morale régie par la Loi sur les sociétés de fiducie et de prêt du Canada (ou par une loi provinciale équivalente);
- une société de fiducie, de prêt ou d'assurance constituée en personne morale par une loi fédérale ou provinciale;
- une société coopérative de crédit constituée en personne morale et régie par une loi fédérale ou provinciale;
- une entité constituée en personne morale ou formée sous le régime d'une loi fédérale ou provinciale et dont l'activité est principalement le financement de véhicules automobiles neufs;
- toute autre entité constituée en personne morale qui aura fait l'objet d'une acceptation écrite de la part de la compagnie.

2.4.11 Profession habituelle

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

2.5 Renseignements concernant la prime

Les protections de la gamme SOLO ne requièrent aucune prime minimale.

2.5.1 Coefficient de périodicité des primes

Desjardins Assurances offre différentes périodicités de paiement des primes.

- Mensuelle, par prélèvement bancaire : prime annuelle divisée par 12
- Semestrielle : prime annuelle divisée par 2
- Annuelle

2.5.2 Frais de contrat

Les frais de contrat sont de 25 \$ par année.

2.5.3 Surprises

La surprime s'exprime par une majoration des taux de prime. Elle est utilisée dans un tel cas où l'assuré, qui ne présente aucun symptôme d'invalidité dans l'immédiat, pourrait faire face à un état de santé qui se détériore au point d'entraîner une invalidité future.

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

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

2.6 Imposition

2.6.1 SOLO Assurance proprio

Pour le produit SOLO Assurance proprio, le montant mensuel n'est pas imposable.

2.7 Proposition

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

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

Pour le tarificateur, la proposition représente la première source de renseignements personnels du membre-client. Il est donc important que les informations inscrites au document soient exactes et fiables afin de concevoir un profil qui sera le plus réaliste possible du membre-client. Le tarificateur sera alors en mesure d'évaluer le risque plus rapidement et ceci accélérera le processus de sélection des risques.

La proposition est un document juridique qui fait partie du contrat d'assurance. Il est donc important de la remplir avec soin, d'énoncer toutes les questions et de consigner les réponses en présence du membre-client. Par ailleurs, le membre-client ne doit pas signer la proposition tant qu'elle n'est pas remplie entièrement.

Le conseiller se doit de remplir la proposition. Il est la principale source de relation avec le membre-client et il possède la formation et les connaissances nécessaires pour effectuer cette tâche.

La proposition d'assurance vie, santé et invalidité peut être utilisée relativement aux protections d'assurance invalidité, d'assurance vie et d'assurance maladies graves. Cette proposition s'intitule « Un pas de plus vers la tranquillité d'esprit n° 07002F ». Elle existe également en format électronique afin d'accélérer le traitement de vos dossiers.

2.8 Modifications possibles après l'émission du contrat

Type de modification	En tout temps	À l'anniversaire seulement	Preuves d'assurabilité nécessaires	Documents nécessaires
Montant mensuel				
Augmentation	À l'âge atteint	s.o.	Oui, preuves médicales	Proposition d'assurance vie, santé et invalidité
Diminution	À l'âge à l'émission	s.o.	Non	Formulaire « Demande de modification du contrat n'exigeant pas de preuve d'assurabilité »

Période d'attente				
Réduction	À l'âge atteint	s.o.	Oui, preuves médicales	Proposition d'assurance vie, santé et invalidité
Augmentation	À l'âge à l'émission	s.o.	Non	Formulaire « Demande de modification du contrat n'exigeant pas de preuve d'assurabilité »
Période d'indemnisation				
Réduction	À l'âge à l'émission	s.o.	Non	Formulaire « Demande de modification du contrat n'exigeant pas de preuve d'assurabilité »
Augmentation	À l'âge atteint	s.o.	Oui, preuves médicales	Proposition d'assurance vie, santé et invalidité
Changement de structure de primes				
T10 pour T65	s.o.	À l'âge atteint	Non (s'il n'y a pas d'augmentation du risque pour Desjardins Assurances)	Formulaire « Demande de modification du contrat n'exigeant pas de preuve d'assurabilité »
T65 pour T10	À l'âge atteint	s.o.	Oui, preuves médicales	Proposition d'assurance vie, santé et invalidité
Relèvement de classe professionnelle	À l'âge atteint	s.o.	Oui, preuves médicales	Proposition d'assurance vie, santé et invalidité
Amélioration de la classe professionnelle à la suite d'un changement de profession (voir Note 1)	À l'âge à l'émission	s.o.	Oui, preuves médicales	Proposition d'assurance vie, santé et invalidité
Modification de régulier/fumeur à privilégiés/non-fumeur	À l'âge à l'émission	s.o.	Oui, preuves médicales	Proposition d'assurance vie, santé et invalidité
Droit de substitution (SOLO Assurance proprio à SOLO Assurance salaire)	s.o.	À l'âge à l'émission, pendant les 7 premières années	Non	Formulaire « Demande de modification du contrat n'exigeant pas de preuve d'assurabilité »

Protections complémentaires

Ajout (sauf pour la protection Option d'assurabilité future qui ne peut être ajoutée)	s.o.	Doit être fait à l'anniversaire et à l'âge atteint.	Oui, preuves financières et médicales	Proposition d'assurance vie, santé et invalidité
Retrait	Doit être fait au mensuversaire		Non	Formulaire « Demande de modification du contrat n'exigeant pas de preuve d'assurabilité »
Exercice de la protection Option d'assurabilité future (voir Note 2)	s.o.	Doit être fait 60 jours avant le prochain anniversaire du contrat.	Preuves financières	Formulaire « Demande de modification du contrat n'exigeant pas de preuve d'assurabilité »

Note 1 : La classe professionnelle est garantie, c'est-à-dire que si l'assuré change d'emploi après l'émission du contrat et qu'il y a une augmentation du risque professionnel à son nouvel emploi, la prime sera calculée en fonction de la classe professionnelle déterminée initialement à l'émission.

Note 2 : Le logiciel d'illustration permet d'illustrer une prime pour un montant mensuel minimal de 400 \$. Pour un montant mensuel inférieur à 400 \$, une demande par courriel doit être envoyée à illustrations@dsf.ca en s'assurant d'y inclure les informations suivantes :

- Le numéro de contrat
- Le montant mensuel d'assurance demandé

2.8.1 Documents à fournir pour une modification avec preuve d'assurabilité

Pour faire une demande de modification avec preuve d'assurabilité, le conseiller doit remplir la proposition 07002F « Un pas de plus vers la tranquillité d'esprit » et fournir le tableau de l'illustration au siège social.

2.8.2 Documents à fournir pour une modification sans preuve d'assurabilité

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

2.9 Sélection des risques

2.9.1 Preuves financières

Montant mensuel	Preuves financières
3 000 \$ et moins (y compris les montants d'assurance prêt en vigueur)	<ul style="list-style-type: none"> • Approuvé sans aucune preuve financière • Réduction possible pour certaines situations (emploi dans un nouveau domaine)
3 0001 \$ et plus (y compris les montants d'assurance prêt en vigueur)	Des preuves financières peuvent être exigées : <ul style="list-style-type: none"> • Copie des déclarations de revenus fédérales (2 ans)

Le montant mensuel offert pourrait être diminué, voire inférieur à 3 000 \$, afin de limiter les risques de surassurance et de surendettement. Renseignez-vous auprès du siège social pour plus d'informations.

2.9.2 Taux privilégiés relatifs aux non-fumeurs

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

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

2.9.3 Résidence

Le membre-client doit être un résidant du Canada depuis au moins un an (consultez Webi pour toutes les règles).

2.9.4 Alcool et drogue

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

2.9.5 Conduite automobile

Dans certains cas (*voir le tableau en annexe 4.1*), le dossier de conduite automobile est nécessaire à l'évaluation des risques. Il est important de faire signer l'autorisation et de la joindre à la proposition d'assurance afin de minimiser les délais de traitement.

2.9.6 Faillites

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

2.9.7 Sports et loisirs

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

2.9.8 Aviation

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

2.9.9 Voyages et résidence à l'étranger

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

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

2.9.10 Exclusions

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

2.9.11 Révision d'exclusions

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

2.10 Demande de prestations en cas d'invalidité

Comment fonctionne une demande de prestations?

Desjardins Assurances accompagne le conseiller et l'assuré à chacune des étapes de la demande afin d'assurer un déroulement harmonieux.

En premier lieu, Desjardins Assurances recommande à l'assuré de consulter un médecin le plus rapidement possible afin qu'il puisse valider son état. La date de la première consultation médicale suivant l'arrêt de travail fait foi de la date du début de l'invalidité. Un début rapide des investigations et du traitement permet un rétablissement qui favorise un retour au travail le plus tôt possible.

Par la suite, Desjardins Assurances recommande à l'assuré de communiquer avec son conseiller qui l'accompagnera dans l'ensemble de ses démarches. Les demandes de prestations doivent être transmises par écrit à Desjardins Assurances dans les 30 jours suivant la date de l'événement pouvant entraîner le versement du montant mensuel d'assurance.

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

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

- 1) Réclamation d'assurance invalidité – Déclaration de la personne invalide (formulaire n° 17001F)
L'assuré doit compléter certaines sections, de même que l'employeur, s'il y a lieu (formulaire Réclamation d'assurance invalidité – Déclaration de l'employeur ou de la personne à son compte 17002F). De plus, la section « Autorisation à la collecte et à la communication des renseignements personnels » doit être dûment signée.
- 2) RACQ – Maladies à caractère physique ou psychologique – demande initiale (formulaire n° 020255F)
Il s'agit d'un document à compléter par le médecin traitant. Veuillez noter que plusieurs médecins exigent des frais pour remplir le rapport médical et que ces derniers sont à la charge de l'assuré.
Si la période d'attente est de plus de 30 jours, une copie des notes évolutives du médecin traitant, qui ont trait à l'invalidité en cours devra être jointe au rapport médical.
- 3) S'il s'agit d'une invalidité qui survient au cours des 2 premières années suivant l'émission du contrat ou la remise en vigueur du contrat, l'assuré doit compléter le Formulaire autorisation RAMQ.

Quelles sont les preuves financières à fournir?

Afin de calculer les montants maximaux payables, des preuves de revenus sont nécessaires. L'assuré, salarié ou autre devra fournir :

- Montant mensuel de 1 200 \$ et moins :
 - La déclaration de revenus fédérale de la dernière année ou les 3 déclarations de revenus les plus rentables des 5 dernières années pourraient être requises.
- Montant mensuel de plus de 1 200 \$:
 - La déclaration de revenus fédérale de la dernière année ou les 3 déclarations de revenus les plus rentables des 5 dernières années pourraient être requises.

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

Qu'est-ce que la clause d'incontestabilité?

Si l'invalidité survient au cours des 2 premières années suivant l'émission du contrat ou la remise en vigueur du contrat, Desjardins Assurances doit appliquer la clause d'incontestabilité. C'est-à-dire que le secteur des réclamations doit procéder à une étude approfondie du dossier, ce qui crée un délai supplémentaire puisqu'il faut vérifier la liste de tous les médecins consultés par l'assuré pendant les cinq dernières années puis analyser chacun des dossiers du médecin traitant. À cette fin, le secteur des réclamations doit d'abord obtenir la liste des médecins consultés auprès de l'assuré et ensuite communiquer avec chacun d'entre eux afin de commander les dossiers.

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

Dès que Desjardins Assurances a reçu ces documents, un délai minimum de 7 jours ouvrables est requis pour l'analyse du dossier. Pour être admissible à un montant mensuel d'invalidité totale, l'assuré doit répondre aux critères d'admissibilité et à la définition d'invalidité totale. L'assuré pourrait aussi avoir souscrit une protection complémentaire d'invalidité partielle ou résiduelle, duquel cas il n'aurait pas besoin d'être considéré comme totalement invalide pour avoir droit à un montant mensuel.

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

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

Outils et matériel de vente

Voici la liste des outils et du matériel de vente mis à votre disposition pour vous aider dans vos démarches professionnelles. Ces documents sont disponibles en format numérique sur le site Webi ou dans le logiciel d'illustration.

3.1 Outils de vente

3.1.1 Analyse des besoins en assurance invalidité

Ce formulaire a pour but de déterminer le besoin du membre-client selon sa situation individuelle. Outre l'établissement du montant mensuel, la période d'attente et la période d'indemnisation, ce formulaire permet aussi de se conformer à l'AMF et d'avoir toutes les informations en main pour établir une illustration.

3.1.2 Formulaire d'évaluation préliminaire de la classe professionnelle

Le formulaire d'évaluation préliminaire a pour but de vous permettre d'être plus efficace et de poser des questions pertinentes au membre-client avant de soumettre une proposition d'assurance. Il est utile si vous avez des doutes sur sa classe professionnelle.

3.2 Matériel de vente

3.2.1 Aide-mémoire SOLO Assurance (n° 18052F03)

Résume les caractéristiques de tous les produits d'assurance invalidité de la gamme SOLO pour le conseiller.

3.2.2 Fiche client SOLO Assurance proprio (n° 18052F04)

Explique le fonctionnement et les bénéfices de cette assurance conçue pour protéger le remboursement des dettes en cas d'invalidité.

3.2.3 Fiche client Santé financière et mieux-être (n° 18052F02)

Décrit les services d'accompagnement offerts gratuitement à tous les assurés de Desjardins Assurances à compter du 18 juin 2018, soit la plateforme santé et mieux-être et l'assistance téléphonique.



Annexes

Annexes

4.1 Critères de sélection

Tableau de preuves d'assurabilité – SOLO Assurance proprio			
Montant mensuel	18-45 ans	46-55 ans	56 + ans
0 \$ à 2 000 \$	1	1	1
2 001 \$ à 3 999 \$	1	2	3
4 000 \$ à 5 999 \$	3	3	4
6 000 \$ et plus	3 + ENQ + BVA + AUM	3 + ENQ + BVA + AUM	4 + ENQ + BVA + AUM

1. Déclaration(s) d'assurabilité
 2. Déclaration(s) d'assurabilité, examen paramédical et urine
 3. Déclaration(s) d'assurabilité, examen paramédical, profil sanguin et urine
 4. Déclaration(s) d'assurabilité, examen paramédical, profil sanguin, urine et électrocardiogramme au repos
- ENQ Rapport d'enquête
BVA Bureau des véhicules automobiles
AUM Autorisation d'accès au bureau des véhicules automobiles (Québec seulement)

Note

- Un rapport d'enquête et/ou un rapport médical pourront être demandés en tout temps de façon discrétionnaire.
- Pour les personnes âgées de 65 ans et moins, les exigences sont valides pour une période de 12 mois.

4.2 Relèvement de la classe professionnelle

Le relèvement de la classe professionnelle ne s'applique qu'à SOLO Assurance salaire et SOLO Assurance proprio.

Pour être admissible à un tel relèvement, l'assuré doit :

- Occuper une profession admissible (indiquée par un * dans la liste des professions);
- Avoir obtenu un revenu minimal au cours de chacune des deux dernières années civiles;
- Posséder trois années d'expérience dans son emploi actuel.

La classe professionnelle ne peut être relevée que d'un SEUL niveau, et ce, même si le revenu annuel permet de passer à une catégorie suivante.

Les classes professionnelles admissibles à un tel relèvement sont les suivantes : 3A, 2A, A et B.

Classe professionnelle initiale	Revenu minimum des 2 dernières années civiles	Critère d'expérience	Classe professionnelle relevée
3A	65 000 \$	Minimum de 3 ans d'expérience dans le même emploi	4A
2A	55 000 \$		3A
A	45 000 \$		2A
B	40 000 \$		A