

Conseillers – Guide d'aide à la sélection des risques

À propos du guide

Le présent *Guide d'aide à la sélection des risques* vise à donner un aperçu de ce que pourrait être les informations requises et la décision du tarificateur pour différentes conditions médicales et non médicales. C'est donc un outil qui vous aidera à mieux préparer vos clients notamment lors de surprimes qui pourraient s'appliquer.

Bien entendu, les « *décisions probables* » apparaissant dans ce guide ne sont que **des estimations préliminaires et n'engagent en rien Beneva inc.** En effet, toute décision finale repose sur une analyse complète du dossier (en fonction des normes de sélection en vigueur). Or, l'analyse complète du dossier débute obligatoirement par la soumission d'une proposition d'assurance dûment complétée et transmise chez Beneva inc.

Table des matières

Demande préliminaire chez Beneva 1

Conditions médicales 2

Anxiété / Trouble de panique 2

Apnée du sommeil 2

Arthrite 3

Juvenile 3

Psoriasique 3

Rhumatoïde 3

Spondylarthrite ankylosante 3

Asthme 3

Autisme 4

Cancer colorectal 4

Cancer de la peau 4

Carcinome basocellulaire ou squameux 4

Tumeur maligne incluant mélanome 4

Cancer de la prostate 5

Cancer de la thyroïde 5

Cancer des poumons 6

Cancer du sang (leucémie) 6

Cancer du sein 6

Chirurgie bariatrique 6

Dépression majeure 7

Diabète 7

Intolérance au glucose 7

Pré Diabétique 7

Type 1 7

Type 2 7

Diabète de grossesse 7

Embolie pulmonaire 7

Entorse cervicale/whiplash, entorse lombaire/lumbago
et Hernie discale 8

Épilepsie 8

Fibrillation auriculaire 9

Hépatite A, B ou C 9

Hypercholestérolémie 9

Hypertension artérielle 9

Maladie bipolaire 10

Maladies cérébrovasculaires 11

Accident ischémique transitoire (AIT) 11

Accident vasculaire cérébral (AVC) 11

Anévrisme cérébral 11

Hémorragie sous-arachnoidienne (HSA) 11

Maladies coronariennes 12

Angine 12

Angioplastie 12

Crise cardiaque / Infarctus du myocarde 12

Pontage 12

Table des matières

Maladies intestinales inflammatoires	14
Colite ulcéreuse	14
Côlon irritable	14
Maladie de Crohn	14
Proctite	14
Maladie pulmonaire Obstructive Chronique (MPOC)	14
Bronchite chronique	14
Emphysème	14
Oesophage de Barrett	14
Paralysie	15
Hémiplégie	15
Paraplégie	15
Quadriplégie	15
Parkinson	15
Polypes au colon excisés	15
Schizophrénie	15
Sclérose en plaques	15
Thrombophlébite	15
Trouble du déficit de l'attention (adulte/enfant)	16
Tuberculose	16

Conditions non médicales	17
Activités criminelles	17
Aviation privée, récréative	17
Aviation commerciale	17
Conduite	17
Course automobile	17
Dépendance à l'alcool / Alcoolisme	18
Escalade, alpinisme et randonnée de montagne	18
Parachutisme	18
Plongée sous-marine	18
Usage de drogue	18
Voyages à l'étranger	19

Demande préliminaire chez Beneva

1. Qu'est-ce qu'une demande préliminaire

C'est une proposition soumise sur une base préliminaire afin de déterminer l'admissibilité d'un assuré avant de commander les exigences selon l'âge et le montant.

2. Quand une demande préliminaire devrait-elle être soumise chez Beneva

En raison de l'âge : 76 ans et plus

Pour une raison médicale particulière ou quand il est très incertain que le client soit assurable, veuillez vous référer aux conditions médicales décrites dans les pages suivantes en premier lieu.

3. Comment remplir une demande préliminaire

La demande doit être remplie comme une proposition régulière. Les sections médicales et non médicales devront être complétées incluant les coordonnées du médecin qui détient le dossier complet.

*La sélection des risques commandera le rapport du médecin.

4. Communication des décisions

La sélection va soit accepter et faire une offre provisoire (standard ou surprimée, sujet aux exigences selon âge et montant), soit refuser ou différer la demande.

Un message clair sera envoyé à l'agence par Underwriting Pro/Lifesuite et une lettre sera envoyée au client si la décision est refusée ou différée.

5. Quand commander les exigences selon âge et montant

Seulement après avoir reçu une offre **provisoire** de la sélection des risques. Les exigences selon l'âge et le montant doivent être commandées par l'agence afin de finaliser l'analyse.

6. Recherche et codage de MIB

La sélection fera une recherche MIB (comme dans une demande régulière) et codera au MIB ce qui influence le risque tant médical que non médical, et ce, indépendamment de la décision finale.

Il est à noter que ce sont les conditions médicales et non médicales qui sont codées au MIB et non la décision de la tarification.

			Décision probable du tarificateur		
Conditions médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
Anxiété / Trouble de panique	Date du diagnostic Médicaments Symptômes Récurrence Arrêt de travail Limitation dans les activités	Questionnaire troubles de santé mentale	Dysfonctionnement social nul ou limité, emploi stable, arrêt de travail limité au cours des 12 derniers mois : standard	<p>Selon la sévérité : Si les symptômes sont toujours présents : exclusion à refus</p> <p>Si les symptômes sont complètement résolus avec ou sans traitement: standard à l'exclusion</p>	Dysfonctionnement social nul ou limité, emploi stable, arrêt de travail limité au cours des 12 derniers mois : standard
Apnée du sommeil	Coordonnés du médecin ayant le dossier complet Type d'apnée du sommeil obstructive et/ou centrale Fournir la date du diagnostic, la sévérité, le traitement prescrit ainsi que le degré de contrôle et de conformité avec le traitement (si CPAP nombre d'heures utilisé par nuit) Préciser la présence de symptômes tel que : Ronflements Somnolence diurne Difficulté de concentration Maux de tête au réveil Irritabilité	Rapport du médecin traitant (RMT) selon le type ou diagnostic récent.	<p>Si traité : usage régulier du traitement depuis au moins 6 mois et résolution complète des symptômes : standard</p> <p>Si non traité : selon la sévérité : entre standard et +150</p> <p>Possibilité que le dossier soit différé si l'apnée est sévère et non traitée</p>	<p>Si traité : usage régulier du traitement depuis au moins 6 mois et résolution complète des symptômes : standard</p> <p>Si non traité : entre +50 et +100 pour les cas légers à modérés.</p> <p>Différé pour les cas sévères</p> <p>*Possibilité de limiter la durée de l'invalidité à 2 ans</p> <p>Apnée centrale ou complexe : refus</p>	<p>Si traité : usage régulier du traitement depuis au moins 6 mois et résolution complète des symptômes : standard pour cas légers à modérés</p> <p>Si non traité :</p> <ul style="list-style-type: none"> < 50 ans, - Apnée modérée : +75. - Apnée sévère : refus > 50 ans - Apnée modérée : standard - Apnée sévère : +50 <p>Apnée centrale/ mixte : refus</p>

			Décision probable du tarificateur		
Conditions médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
Arthrite Juvenile Psoriasique Rhumatoïde Spondylarthrite ankylosante	Coordonnés du médecin ayant le dossier complet Limitation dans les activités Arrêt de travail Traitements et médicaments prescrits Date du diagnostic Fréquence des crises	Rapport du médecin traitant (RMT)	Juvenile : symptomatique : différer Autrement : dépend des informations reçues au RMT Psoriasique : légère et modérée : standard sévère : +50 Rhumatoïde : Active/ symptomatique : de +50 à +150 selon la sévérité Inactive/rémission : selon le temps écoulé depuis la rémission. de standard à +50 Spondylarthrite ankylosante : active/symptomatique de standard à +150 selon la sévérité. Inactive/rémission : selon le temps écoulé depuis la rémission : Si légère / modérée : de standard à +75 Si sévère : de +75 à +150	Juvenile : symptomatique : refus Autrement : dépend des informations reçues au RMT Psoriasique : légère/modérée : exclusion avec surprime entre +25 et +50 possible selon types de tâches professionnelles Sévère : refus Possibilité de limiter la durée de l'invalidité à 2 ou 5 ans Rhumatoïde : Active/symptomatique : exclusion avec surprime de +50 à refus selon la sévérité et types de tâches professionnelles. Inactive/rémission : selon le temps écoulé depuis la rémission. Exclusion avec surprime de +25 à +75 Sévère : refus Spondylarthrite ankylosante : Si légère /modérée : exclusion avec surprime de +25 à +50 . Possibilité de limiter la durée de l'invalidité à 2 ou 5 ans selon les types de tâches professionnelles. Si sévère : refus	Juvenile, psoriasique et rhumatoïde : Légère/modérée : entre standard et +50 Sévère : surprime minimum de +100 avec exclusion Spondylarthrite ankylosante : selon la sévérité : surprime minimum de +50 et possibilité d'exclusion
Asthme	Coordonnés du médecin ayant le dossier complet Fournir la date du diagnostic, de la dernière crise en plus de la fréquence des crises Hospitalisation Limitation dans les activités Médicaments prescrits et fréquence d'utilisation Arrêt de travail Consommation de produit du tabac Présence de symptômes tel que respiration sifflante, toux ou essoufflement	Questionnaire troubles respiratoires et d'apnée du sommeil ou Rapport de médecin traitant (RMT) possible.	Intermittent, léger ou modéré : standard Sévère : de +75 à refus.	Intermittent, léger ou modéré : entre standard à +50 Sévère : de +100 à refus.	Juvenile : moins de 3 ans : différer 3 ans et plus : léger : entre standard et différer. Modéré ou sévère : refus. Adulte : Léger/modéré : standard à +50 Sévère : refus

			Décision probable du tarificateur		
Conditions médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
Autisme (troubles du spectre autistique)	Coordonnées du médecin qui a le rapport complet Médicaments prescrits	Rapport du médecin traitant (RMT)	< 8 ans : refus > 8 ans : diagnostic moins de 1 an : différer Ensuite possibilité d'offre selon le degré d'autonomie Forme sévère : refus	< 18 ans : différer > 18 ans : Entre 1 et 3 ans depuis le diagnostic : différer selon le degré de sévérité Par la suite : exclusion avec possibilité de surprime à +50 Forme sévère : refus	< 18 ans : refus > 18 ans : offre possible standard si autonome, bien ajusté, contrôle satisfaisant et observance du traitement.
Cancer colorectal	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet incluant rapport de pathologie Date du diagnostic Type de traitement Date de la fin des traitements Date et résultat de la dernière colonoscopie Date de la prochaine colonoscopie	Rapport du médecin traitant (RMT)	<u>Stade 0</u> Différer 1 an après le dernier traitement. Ensuite entre standard et +50 <u>Stade I</u> Différer 1 an après le dernier traitement. Ensuite : surprime temporaire entre 2 et 4\$ du mille pour 4 ans <u>Stade II</u> Différer entre 3 et 5 ans après le dernier traitement. Ensuite : surprime temporaire entre 5 et 10 \$ du mille pour 5 ans <u>Stade III</u> Différer 5 ans après le dernier traitement. Ensuite : surprime temporaire de 10 \$ du mille à refus <u>Stade IIII</u> : refus	<u>Stade 0</u> Différer 1 an après le dernier traitement. Ensuite : exclusion <u>Stade I</u> Différer 3 ans après le dernier traitement. Ensuite : exclusion et surprime de +50 à +75 <u>Stade II</u> Différer 5 ans après le dernier traitement. Ensuite : exclusion et surprime de +75 à +100 <u>Autres stades</u> : refus	<u>Tous les stades</u> Refus
Cancer de la peau Carcinome basocellulaire ou squameux Tumeur maligne incluant mélanome	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet incluant le rapport de pathologie Date du diagnostic Type de traitement Date de la fin des traitements Fournir des précisions sur la régularité des suivis en dermatologie Date du dernier suivi (mois/année) Récidives	Rapport du médecin traitant (RMT)	Carcinome basocellulaire ou squameux (complètement excisé) possibilité de standard Tumeur maligne incluant mélanome <u>Stade 0 (in situ)</u> standard 3 mois après le dernier traitement <u>Stade 1 :</u> Différer entre 6 mois et 2 ans après le dernier traitement. Ensuite : surprime temporaire entre 3 et 5 \$ du mille <u>Stade 2 :</u> Différer entre 4 et 6 ans après le dernier traitement. Ensuite : surprime temporaire entre 5 et 8 \$ du mille <u>Stades 3 et 4</u> : refus	Carcinome basocellulaire ou squameux (complètement excisé) possibilité de standard Tumeur maligne incluant mélanome <u>Stade 0 (in situ)</u> standard 6 mois après le dernier traitement <u>Stade 1</u> Différer entre 1 et 4 ans après le dernier traitement Ensuite : standard . <u>Stade 2</u> Différer entre 4 et 10 ans après le dernier traitement. Ensuite : exclusion et +50 <u>Stade 3 et 4</u> : refus	Carcinome basocellulaire (complètement excisé) 1 occurrence : standard > 1 occurrence : exclusion Carcinome squameux in situ traité : standard Autres : entre exclusion, surprime ou refus/différer <u>Stage 0 ou 1A</u> > 2 ans après le dernier traitement : exclusion Autres stades ou > 1 occurrence : refus

			Décision probable du tarificateur		
Conditions médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
Cancer de la prostate	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet incluant le rapport de pathologie Date du diagnostic Type de traitement Date de la fin des traitements Mesure le plus récent de l'antigène prostatique spécifique (APS) Récidives	Rapport du médecin traitant (RMT)	Adénocarcinome (complètement excisé sans récurrence) <u>Stade I</u> 6 mois après le dernier traitement : standard <u>Stade 2 :</u> Différer 1 an après le dernier traitement. Ensuite entre standard et +75 <u>Stade 3A :</u> Différer 5 ans après le dernier traitement. Ensuite entre +50 et +200 selon le temps écoulé. Autres stades : refus	Adénocarcinome (complètement excisé sans récurrence) <u>Stade I</u> 1 an après le dernier traitement : exclusion <u>Stade 2</u> entre 2 et 3 ans après le dernier traitement : exclusion et +50 à +100 selon le temps écoulé Autres stades : refus	<u>Stade T1a, T1b</u> Assuré > 40 ans au diagnostic et traité avec une prostatectomie totale > 10 ans après le dernier traitement : exclusion Assuré < 40 ans au diagnostic ou non traité par prostatectomie totale : refus <u>Stade > T1b</u> Refus
Cancer de la thyroïde Carcinome papillaire, folliculaire ou mixte.	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet incluant le rapport de pathologie Date du diagnostic Type de traitement Date de la fin des traitements Récidives Date du dernier suivi (mois/année)	Rapport du médecin traitant (RMT)	Carcinome papillaire, folliculaire ou mixte. traité par thyroïdectomie complète ou partielle. <i>Assuré < 55 ans au diagnostic</i> <u>Stade I</u> 6 mois après le dernier traitement : standard <u>Stade II</u> Différer 5 ans après le dernier traitement. Ensuite : +50 et surprime temporaire de 7 \$/mille pour 5 ans. <i>Assuré ≥ 55 ans au diagnostic</i> <u>Stade I :</u> 6 mois après le traitement : standard <u>Stade II :</u> Différer 2 ans après le dernier traitement. Ensuite : surprime temporaire de 2\$/ mille pour 3 ans <u>Stade III</u> Différer 3 ans après le dernier traitement. Ensuite : surprime temporaire de 7\$/mille pour 5 ans <u>Stade IVA</u> 10 ans après le dernier traitement : minimum de +50 Autres stades : refus	Carcinome papillaire, folliculaire ou mixte. traité par thyroïdectomie complète ou partielle. <i>Assuré < 55 ans au diagnostic</i> <u>Stade I</u> 1 an après le dernier traitement : Entre +50 et/ou exclusion jusqu'à refus. Autres stades : refus <i>Assuré ≥ 55 ans au diagnostic</i> <u>Stade I :</u> 2 ans après le traitement : Exclusion <u>Stade II :</u> T1 et T2 3 ans après le dernier traitement : exclusion T3 : refus Autres stades : refus	<u>Stade T1, sans métastase</u> Différer 6 mois après le dernier traitement entre 6 mois à 10 ans : +25 avec exclusion > 10 ans : +25 <u>Stade > T1 ou métastase</u> Refus

			Décision probable du tarificateur		
Conditions médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
Cancer des poumons	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet incluant le rapport de pathologie Date du diagnostic Type de traitement Date de la fin des traitements Récidives Usage de produit du tabac	Rapport du médecin traitant (RMT)	<u>Stade 1</u> Différer entre 5 et 8 ans après le dernier traitement. Ensuite : surprime temporaire de 10 à 15\$/mille pour 5 ans. Autres stades : refus	<u>Stade 1A</u> Différer entre 10 et 13 ans après le dernier traitement. Ensuite : possibilité d'exclusion si fonctions respiratoires normales. Autrement : refus Autres stades : refus	<u>Tous les stades</u> Refus
Cancer du sang (leucémie)	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet incluant le rapport de pathologie Date du diagnostic Type de traitement Date de la fin des traitements Récidives	Rapport du médecin traitant (RMT)	Leucémie lymphoïde chronique 3 ans après le dernier traitement : <u>Stade 0</u> Selon l'âge au diagnostic : entre +150 et +200 <u>Stade 1</u> Selon l'âge au diagnostic : entre +200 et +300 <u>Stade 2 à 4</u> Refus Autres types de leucémie : refus probable	<u>Tous les stades</u> Refus	<u>Tous les stades</u> Refus
Cancer du sein	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet incluant le rapport de pathologie Date du diagnostic Type de traitement Date de la fin des traitements Récidives Fournir des précisions sur la régularité des suivis incluant la date du derniers suivi (mammographie)	Rapport du médecin traitant (RMT)	Traité par chirurgie et ou radiothérapie, chimiothérapie et ou hormonothérapie : <u>Stade 0 (in situ)</u> De standard à +50 selon l'âge au diagnostic. <u>Stade I</u> Différer 6 mois après le dernier traitement. Ensuite : de +50 et +100 et surprime temporaire de 4 \$/mille x 5 ans. <u>Stade II</u> Différer entre 2 et 3 ans après le dernier traitement. Ensuite : +75 et +100 et surprime temporaire de 7\$ à 13\$/mille pour 5 ans <u>Stade III A et B</u> Différer 10 ans après le dernier traitement. Ensuite : +75 à +100 <u>Autres stades</u> : refus Si récidive : refus	<u>Stade 0 (in situ)</u> Traité par mastectomie bilatérale : standard Traité par chirurgie et ou radiothérapie et ou hormonothérapie : exclusion autres : refus <u>Stade I</u> Différer 1 an après le dernier traitement. Ensuite : +100 <u>Stade II :</u> Différer entre 6 et 8 ans après le dernier traitement : Ensuite : +100 <u>Stade IIIA et IIIB :</u> Différer 10 ans après le dernier traitement. Ensuite : +100 <u>Autres stades</u> : refus Si récidive : refus	<u>Tous les stades</u> Refus
Chirurgie bariatrique	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet Date de l'intervention Complications Poids avant et après la chirurgie		> 6 mois après la chirurgie : surprime selon la taille et le poids	> 12 mois après la chirurgie : surprime selon la taille et le poids	> 6 mois après la chirurgie : surprime selon la taille et le poids

			Décision probable du tarificateur		
Conditions médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
Dépression majeure	Date du diagnostic Médicaments Symptômes Récurrence Arrêt de travail Limitation dans les activités	Questionnaire troubles de santé mentale Rapport de médecin traitant (RMT) possible	Si en arrêt de travail actuellement: différer Épisode unique sans symptôme ni traitement ou médicament actuellement : standard Toujours sous traitement : voir épisodes multiples <u>Épisodes multiples :</u> Retour au travail à temps plein depuis au moins 6 mois : Bien contrôlé et symptômes résolus avec ou sans traitement : entre standard et +100 Autrement : de +100 à refus .	Retour au travail depuis au moins 6 mois Exclusion et surprime de +50 avec réduction de la durée de prestation entre 2 et 5 ans selon la sévérité	Si en arrêt de travail actuellement: différer Épisode unique sans symptôme ni traitement ou médicament actuellement : standard Autrement : voir épisodes multiples. <u>Épisodes multiples :</u> 1 an depuis les derniers symptômes : standard
Diabète Intolérance au glucose Pré Diabétique Type 1 Type 2	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet Type de diabète Date du diagnostic Médicaments Complications (rétinopathie, néphropathie, etc.) Date et résultat de la dernière analyse sanguine	Rapport du médecin traitant (RMT) possible	Avec suivis réguliers ainsi que l'observance du traitement avec bon contrôle sans complications : Type 1 Âge de l'assuré : 6 à 30 ans : entre +150 et +350 31 à 50 ans : entre +100 et +250 51 ans et plus : entre : +75 et +150 Type 2 Âge de l'assuré : 6 à 30 ans : entre +100 et +300 31 à 50 ans : entre standard et +200 51 ans et plus : entre : standard et +100 Intolérance au glucose et pré diabète ≤ 30 ans : +75 > 30 ans : de standard à +50	Type 1 Refus Type 2 < 40 ans : refus 6 mois après le diagnostic : selon l'âge et durée : surprime entre +50 et +75 avec limitation de la durée des prestations entre 2 et 5 ans ou refus . Intolérance au glucose et pré diabète < 40 ans : refus 6 mois après le diagnostic : 41 à 64 ans : entre +25 et +75	Type 1 Refus Type 2 < 40 ans : refus Entre 40 et 50 ans : < 5 ans depuis le diagnostic : entre +100 et +150 > 5 ans depuis le diagnostic : refus > de 50 ans : < 15 ans depuis le diagnostic : +50 à +100 > 15 ans depuis le diagnostic : refus Intolérance au glucose et pré diabète < 30 ans : refus 30-50 ans : +75 à +100 > 50 ans : +25 à +50
Diabète de grossesse	Date du diagnostic Médicament Complications Date et résultat de la dernière analyse sanguine		N'est pas enceinte présentement : standard Enceinte présentement : Stable, bien contrôlé et sans complication : standard Autrement : différer	N'est pas enceinte présentement, diabète résolu : Accouchement > 6 mois : ≤ 45 ans : exclusion > 45 ans : standard Enceinte présentement : différer	N'est pas enceinte présentement, diabète résolu : Accouchement < 3 mois : différer Accouchement > 3 mois : standard Enceinte présentement : différer
Embolie pulmonaire	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet Médicaments Date du diagnostic Récurrence Tests faits et résultats Cause, circonstances de l'événement	Rapport du médecin traitant (RMT)	<u>1 épisode, aucun symptôme</u> > 6 mois depuis l'épisode : standard <u>2 épisodes, investigation complète</u> > 1 an depuis le dernier épisode : entre +50 et +100 <u>3 épisodes et plus</u> Refus	<u>1 épisode complètement rétabli</u> > 6 mois depuis l'épisode : entre standard et +50 <u>Épisodes multiples</u> Refus	<u>1 épisode complètement rétabli</u> > 3 mois depuis l'épisode : standard <u>Épisodes multiples</u> > 1 an depuis le dernier épisode : entre standard et +75

			Décision probable du tarificateur		
Conditions médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
Entorse cervicale/ Whiplash Entorse lombaire/ Lumbago Hernie discale	Date du diagnostic Fréquence des épisodes Traitements Arrêt de travail Limitation dans les activités Durée des symptômes	Questionnaire troubles du dos et du cou	Pas de limitations : standard Cas sévère avec maux chroniques et limitations : entre standard et +50	<u>Symptomatique</u> : Cas léger et modéré : exclusion Cas sévère : refus <u>Asymptomatique</u> : Selon le temps écoulé depuis les derniers symptômes et le type de tâches professionnelles : Cas légers et modérés : possibilité de standard ou exclusion Cas sévères : exclusion à refus En attente d'une intervention : différer	Tous les cas : standard
Épilepsie	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet Médicaments Fréquence des crises Date de la dernière crise Genre de crise (crise partielle ou généralisée) Tests faits et résultats	Rapport du médecin traitant (RMT)	6 mois après le diagnostic initial : sous traitement antiépileptique : <u>Forme légère</u> : standard à +50 <u>Forme modérée</u> : +50 à +100 <u>Forme sévère</u> : considération selon le dossier médical. <u>Status épilepticus</u> : (depuis dernier épisode) Moins de 2 ans : différer Après : selon dossier médical. entre standard et +200	<u>Crise unique</u> 12 mois depuis la crise : de standard à +50. Actuellement sous traitement antiépileptique. <u>Forme légère</u> : Différer 6 mois après le diagnostic. Ensuite : +25 à +75 <u>Forme modérée</u> : Différer 2 ans après le diagnostic. Ensuite : +50 à +100 <u>Forme sévère</u> : refus <u>Status épilepticus</u> : (depuis le dernier épisode) Moins de 5 ans : différer Après : selon dossier médical.	<u>Crises généralisées</u> Aucune crise dans les 2 dernières années : +25 6 crises ou moins par an : +50 à +75 Plus de 6 crises par an : différer <u>Status épilepticus</u> 1 événement < 1 an : différer > 1 an : entre +25 et +75 > 1 événement : refus

			Décision probable du tarificateur		
Conditions médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
Fibrillation auriculaire	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet Médicaments Fréquence des épisodes	Rapport du médecin traitant (RMT)	<p><u>Antécédents</u> Épisode unique > 1 an Investigation cardiaque complète et aucune cause trouvée : standard</p> <p><u>Actuellement</u> Intermittent : moins de 3 épisodes/an 6 mois après le diagnostic initial : entre +50 et +75 selon âge. Constant, plus de 3 épisodes par an : 6 mois après le diagnostic initial : entre +50 et +125 selon l'âge.</p>	<p><u>Antécédents</u> Épisode unique > 1 an Investigation cardiaque complète et aucune cause trouvée : standard</p> <p><u>Actuellement</u> intermittent/moins de 3 épisodes par an : 6 mois après le diagnostic initial : entre +50 et +75 selon âge. Constant, plus de 3 épisodes par an : refus</p>	<p><u>Épisode unique ou moins de 3 épisodes dans la dernière année avec investigation cardiaque complète et aucune cause trouvée :</u> 0 à 1 an : +100 sans anticoagulant ou +50 avec traitement Après : +75 sans anticoagulant ou +50 avec traitement. <u>Constant, plus de 3 épisodes par an, avec investigation cardiaque complète et aucune cause trouvée :</u> Sans traitement anticoagulant : refus Avec traitement anticoagulant : +50 Avec maladie sous-jacente ou troubles cardiovasculaires : refus</p>
Hépatite A, B ou C	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet Type d'hépatite Date du diagnostic Traitements	Rapport du médecin traitant (RMT) Dépistage récent ou à jour	<p>Hépatite A > 3 mois après l'infection, complètement rétabli : standard</p> <p>Hépatite B et C Symptomatique : refus Asymptomatique : dépend du niveau des enzymes hépatiques, de la présence de fibrose au foie et de la durée de la maladie : de standard à refus</p>	<p>Hépatite A > 3 mois après l'infection, complètement rétabli : standard</p> <p>Hépatite B et C Symptomatique : refus Asymptomatique : dépend du niveau des enzymes hépatiques, de la présence de fibrose au foie : de standard à refus incluant une exclusion et limitation de la durée à 2 ou 5 ans</p>	<p>Hépatite A Complètement rétabli : standard</p> <p>Hépatite B (chronique) Actuellement sous traitement : différer Après : selon résultats des tests de laboratoire : +50 ou refus</p> <p>Hépatite C (chronique) Actuellement sous traitement ou terminé depuis moins que 3 mois : Différer Ensuite : selon résultats des tests de laboratoire et de la biopsie du foie : Exclusion ou refus</p>
Hypercholestérolémie	Date du diagnostic Médicaments prescrits et fréquence d'utilisation Date du dernier suivi et résultat du test de sang		<p>Si conforme au traitement et taux de cholestérol dans limite de la normale selon l'âge : standard</p> <p>Si non : entre +50 et refus</p>	<p>Si conforme au traitement et taux de cholestérol dans limite de la normale selon l'âge : standard</p> <p>Si non : entre +25 et refus</p>	<p>Si conforme au traitement et taux de cholestérol dans limite de la normale selon l'âge : standard</p> <p>Si non : entre +25 et refus</p>
Hypertension artérielle	Date du diagnostic Médicaments prescrits et fréquence d'utilisation Degré de contrôle		<p>Selon le degré de contrôle : entre standard et refus</p>	<p>Selon le degré de contrôle : entre standard et refus</p>	<p>Selon le degré de contrôle : entre standard et refus</p>

			Décision probable du tarificateur		
Conditions médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
Maladie bipolaire	Date du diagnostic Médicaments Symptômes Fréquence des épisodes Date du dernier épisode Récurrence Arrêt de travail Limitation dans les activités	Questionnaire troubles de santé mentale Rapport de médecin traitant (RMT) possible	<u>État stable, suivi régulièrement et aucun changement de médicaments dans les 12 derniers mois :</u> < 25 ans : différer ≥ 25 ans : Selon le degré de sévérité entre 3 ans et 5 ans depuis dernier épisode : +50 à +75 ou différer Ensuite : entre standard et +100	<u>État stable, suivi régulièrement et aucun changement de médicaments dans les 12 derniers mois :</u> < 25 ans : différer ≥ 25 ans : Selon le degré de sévérité entre 3 ans et 10 ans depuis dernier épisode : différer Ensuite : exclusion	<u>Épisode unique sans symptôme ni traitement ou médicament actuellement : standard</u> Autrement : voir épisodes multiples <u>Épisodes multiples : traitement en continu, asymptomatique : minimum de +25</u>

			Décision probable du tarificateur		
Conditions médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
Maladies Cérébrovasculaires Accident ischémique transitoire (AIT) Accident vasculaire cérébral (AVC) Anévrisme cérébral Hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA)	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet Capacité fonctionnelle actuellement Séquelles Précisions sur les tests et suivis Médicaments prescrits Âge au diagnostique Consommation de produit du tabac Nombre d'épisodes Date du dernier épisode (mois/année)	Rapport du médecin traitant (RMT)	AVC/AIT Entre 6 mois et 3 ans depuis le dernier épisode : Aucun symptôme résiduel ou minime : +50 à +200 selon l'âge. Léger : +100 à +300 selon l'âge Modéré : +125 à différer selon l'âge Sévère : refus Ensuite : Aucun symptôme résiduel ou minime : standard à +175 selon l'âge. Léger : +50 à +300 selon l'âge Modéré : +75 à différer selon l'âge Sévère : refus Plus l'assuré est jeune plus la surprime est importante Plus de 1 AVC : différer un an Après : voir ci haut. Hémorragie sous-arachnoïdienne <u>Sans chirurgie :</u> Médicament seulement pour lésion telle que anévrisme, angiome ou mal formation artérioveineuse : Refus <u>Avec chirurgie :</u> Anévrisme 6 mois après la chirurgie : Anévrisme unique : 1\$/mille Anévrismes multiples : 3\$/mille Si tous les anévrismes n'ont pas été traités ou si incomplets : Refus Anévrisme intracrânien non rompu asymptotique/découverte fortuite : selon taille de l'anévrisme : entre 1\$/mille et 15\$/mille ou différer Anévrismes multiples : refus Autres lésions : Possibilité d'offre 6 mois après la chirurgie.	AVC/AIT Offre possible 2 ans après un épisode seulement si causé par la prise de contraceptifs oraux ou migraine avec un rétablissement complet: +100 ----- Hémorragie sous-arachnoïdienne (Guérison complète sans symptôme résiduel) <u>Sans chirurgie :</u> Médicament seulement pour anévrisme, angiome et malformation artérioveineuse : Refus <u>Avec chirurgie :</u> Anévrisme 6 mois après la chirurgie : de +50 à +100 selon l'âge. Si tous les anévrismes n'ont pas été traités ou si incomplets : refus Anévrisme intracrânien non rompu asymptotique/découverte fortuite : selon taille de l'anévrisme : entre +25 et +100 ou refus Anévrismes multiples : refus Autres lésions : Possibilité d'offre 6 mois après la chirurgie. Un refus n'est pas exclu selon le type de lésions.	Tous les cas : refus

			Décision probable du tarificateur		
Conditions médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Angine Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
Maladies coronariennes Angine Angioplastie Crise cardiaque/ infarctus du myocarde Pontage	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet Liste des médicaments Traitement Symptômes actuels Sévérité de la maladie (Nombre d'artères atteintes) Fréquence des suivis	Rapport du médecin traitant (RMT)	Angine Assuré < 35 ans au diagnostic : refus < 6 mois post diagnostic Différer > 6 mois post diagnostic 35-40 ans : Léger : entre +100 et +200 Modéré à sévère : refus 41-59 ans : Léger : entre +75 et +150 Modéré : entre +150 et +250 Sévère : refus 60-69 ans : Léger : entre +50 et +100 Modéré : entre +100 et +200 Sévère : de +150 à refus ≥ 70 ans : refus Angioplastie/ crise cardiaque/ pontage : Assuré < 30 ans au diagnostic : refus Maladie coronarienne sans angiographie : Léger : Différer entre 6 et 12 mois post-diagnostic. Ensuite : 35-39 ans : entre +100 et +150 40-49 ans : entre +75 et +125 50-59 ans : entre +50 et +100 60-69 ans : entre +50 et +75 70 ans + : minimum +50 Modéré: Différer au moins 1 an post-diagnostic Ensuite : 35-39 ans : minimum +200 40-49 ans : minimum +175 50-59 ans : minimum +150 60-69 ans : minimum +125 70 ans + : minimum +100	Tous les cas : refus	Tous les cas : refus

			Décision probable du tarificateur		
Conditions médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
			Sévère : Différer au moins 2 ans post-diagnostic. Ensuite : 35-39 ans : refus 40-49 ans : de +250 à refus 50-59 ans : de +200 à refus 60-69 ans : de +175 à refus 70 ans+ : de +150 à refus Maladie coronarienne avec angiographie : Différer au moins 3 mois post-hospitalisation. Léger : 30-34 ans : entre +125 et +150 35-39 ans : entre +100 et +125 40-49 ans : entre +75 et +100 50-59 ans : entre +50 et +75 60-69 ans : entre +25 à +50 70 ans+ : de standard à +50 Modéré : 30-34 ans : refus 35-39 ans : minimum +150 40-49 ans : minimum +125 50-59 ans : minimum +100 60-69 ans : minimum +75 70 ans+ : minimum+50 Sévère : 30-34 ans : refus 35-39 ans : entre +225 à +275 40-49 ans : entre +200 à +250 50-59 ans : entre +150 à +200 60-69 ans : entre +125 à +175 70 ans+ : entre +100 à +150		

			Décision probable du tarificateur		
Conditions médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
Maladies intestinales inflammatoires Colite ulcéreuse Côlon irritable Maladie de Crohn Proctite	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet Fréquence des poussées Gravité (léger, modéré ou sévère) Médicaments prescrits et fréquence d'utilisation Fréquence des suivis (colonoscopie) Hospitalisation Arrêt de travail	Rapport du médecin traitant (RMT)	Côlon irritable Standard Colite ulcéreuse/Proctite : Sans chirurgie (état stable sans hospitalisation dans les deniers 6 mois) Léger : standard Modéré : entre standard et +100 selon le recul depuis les derniers symptômes. Sévère : entre +50 et +200 selon le recul depuis les derniers symptômes. <u>Avec chirurgie sans complication</u> > 6 mois après la chirurgie : +50 Crohn <u>Traitement médical seulement</u> Léger : Selon le temps écoulé depuis dernière poussée : standard à +75 Modéré : Selon le temps écoulé depuis dernière poussée : standard à +100 Sévère : Selon le temps écoulé depuis dernière poussée : +100 à +200 <u>Avec chirurgie sans complications</u> Entre 6 mois et 2 ans après la chirurgie : voir modéré ci haut Après : selon la sévérité voir ci-haut	Côlon irritable Léger : standard Modéré : exclusion Sévère : +50 et exclusion Crohn/Colite ulcéreuse/Proctite Si age au diagnostic était de moins de 16 ans : refus <u>Traitement médical seulement</u> Léger/ modéré : < 2 ans depuis dernière poussée : différer Après : exclusion avec possibilité de surprime de +50 et réduction de la durée des prestations à 5 ans Sévère : < 5 ans depuis dernière poussée : différer Après : +50 et exclusion durée max de la prestation 2 ans. <u>Avec chirurgie sans complication</u> > 1 an après la chirurgie : voir ci haut selon sévérité	Côlon irritable Standard Colite ulcéreuse/Proctite : <u>traitement médical seulement</u> Léger : standard Modéré/sévère : +25 à +75 et exclusion <u>Avec chirurgie sans complication</u> >1 an après la chirurgie : +25 et exclusion. Crohn : > 6 mois après le diagnostic Léger : standard Modéré/sévère : de +25 à +75 et exclusion
Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique (MPOC) Bronchite chronique Emphysème	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet Date du diagnostic Médicaments Date et résultat du dernier test de la fonction respiratoire	Rapport du médecin traitant (RMT)	Non-fumeur Léger : standard Modéré/sévère : minimum +100 Fumeur Léger/modéré : minimum +50 Sévère : refus	Non-fumeur/Fumeur Léger : exclusion et possibilité de surprime minimale de +75 Modéré/sévère : refus	Non-fumeur Léger/modéré : +25 à +100 Sévère : refus Fumeur : Léger/modéré : +50 à +125 Sévère : refus
Oesophage de Barrett	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet Traitements Changements dans le style de vie	Rapport du médecin traitant (RMT)	<u>Dysplasie de bas grade :</u> sous surveillance avec endoscopie fait dans les 12 derniers mois, stable et asymptomatique : +50 Autrement : différer Traité avec chirurgie il y a moins de 12 mois : +50. Autrement : entre standard et +50 <u>Dysplasie de haut grade :</u> Entre 5 et 8 ans après le traitement : 7\$/mille Entre 8 et 10 ans : 5\$/mille Après : standard	<u>Dysplasie de bas grade :</u> Sous surveillance avec endoscopie fait dans les 12 derniers mois, stable et asymptomatique : exclusion Autrement : différer Traité avec chirurgie il y a moins de 12 mois : exclusion Autrement : entre standard et exclusion <u>Dysplasie de haut grade :</u> refus	Habituellement refus. Possibilité d'exclusion sur les cas les plus favorables.(dysplasie de bas grade)

			Décision probable du tarificateur		
Conditions médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
Paralysie Hémiplégie Paraplégie Quadriplégie	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet Complications	Rapport du médecin traitant (RMT)	> 1 an depuis le diagnostic : Léger : entre standard et +50 Modéré : entre +150 et +200 Sévère : refus	Tous les cas : refus	Tous les cas : refus
Parkinson	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet	Rapport du médecin traitant (RMT)	Selon la sévérité Âge au diagnostic < 36 : refus Stade 1 et 2 : entre +50 et +100 Stade 3 : entre +75 et +125 Stade 4 : entre +150 et +200 Stade 5 ou pas contrôlé : refus	Tous les cas : refus	Tous les cas : refus
Polypes au colon excisés	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet incluant le rapport de pathologie Date et résultat de la dernière colonoscopie Date de la prochaine colonoscopie Nombre de polype enlevés		Selon le type de polypes, leur nombre, leur taille ainsi que les antécédents familiaux de cancer du côlon : Possibilité de standard	Selon le type de polype, leur nombre et leur taille et les antécédents familiaux de cancer du côlon : Possibilité de standard, d'exclusion ou d'exclusion avec surprime de +50	Selon le type de polype, leur nombre, leur taille et les antécédents familiaux de cancer du côlon: Possibilité de standard ou exclusion
Schizophrénie	Date du diagnostic Médicaments Symptômes Fréquence des épisodes Date du dernier épisode Récurrence Arrêt de travail Limitation dans les activités	Rapport de médecin traitant (RMT)	État stable, suivi régulièrement et aucun changement de médicaments dans les 12 derniers mois. ≤ 30 ans : refus > 30 ans Forme légère ou modérée entre 1 et 3 ans depuis dernier épisode : différer Après : entre +50 et +200 Forme sévère : refus	État stable, suivi régulièrement et aucun changement de médicaments dans les 12 derniers mois. ≤ 30 ans : refus > 30 ans Forme légère et 5 ans depuis dernier épisode : différer Après : exclusion Forme modérée et sévère : refus	Épisode unique : > 1 an après l'épisode : standard à +100 Épisodes multiples : refus
Sclérose en plaques	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet Date du diagnostic Limitation dans les activités Aide pour marcher	Rapport du médecin traitant (RMT)	<u>Diagnostic possible</u> 1 poussée, pas d'anormalité neurologique, pas de lésion à la résonnance magnétique et pas d'histoire familiale de sclérose en plaques : entre standard et +75 <u>Diagnostic final</u> Léger : moins de 5 ans depuis de diagnostic : +100 Après : +50 Modéré : moins de 5 ans depuis le diagnostic : +150 Après : +100 Sévère : plus de 10 ans depuis le diagnostic : +250 Très sévère : refus	<u>Diagnostic possible</u> 1 poussée, pas d'anormalité neurologique, pas de lésion à la résonnance magnétique et pas d'histoire familiale de sclérose en plaques > 3 ans depuis la poussée : exclusion <u>Diagnostic final</u> Tous les cas : refus	Tous les cas : refus
Thrombophlébite	Date du diagnostic Médication Nombre d'épisodes		<u>1 épisode</u> Aucune complication : standard Avec complications : +50 <u>Épisodes multiples</u> Minimum de +100	<u>1 épisode, complètement rétabli sans complication</u> Entre 6 mois et 1 an depuis l'épisode : surprime minimum de +50 Après : standard Avec complications : refus <u>Épisodes multiples</u> Refus	<u>1 épisode</u> > 3 mois depuis l'épisode : standard <u>Épisodes multiples</u> > 3 mois depuis le dernier épisode : entre standard et +50

			Décision probable du tarificateur		
Conditions médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
Trouble du déficit de l'attention (adulte/enfant)	Date du diagnostic Avec ou sans hyperactivité Présence de complications : Trouble nerveux : anxiété, dépression, trouble de personnalité Médicaments Histoire d'abus de substance	Questionnaire Troubles de santé mentale, du comportement et ou du développement Rapport du médecin traitant (RMT) possible	Âge ≤ 4 ans : différer > 4 ans : Stabilité à l'école ou au travail, comportement contenu et respect du traitement si requis : standard Autrement : habituellement refus	≥ 18 ans et un emploi stable: ≤ 3 ans depuis le diagnostic ou les derniers symptômes : exclusion Après : standard TDA mal contrôlé et emploi instable: refus	<u>Chez l'adulte :</u> standard <u>Chez l'enfant :</u> Sans complication, avec développement normal : standard Autrement : différer jusqu'à 18 ans
Tuberculose	Coordonnées du médecin qui a le dossier complet Traitements	Rapport du médecin traitant (RMT)	Actif, non-traité ou sous traitement : différer Pulmonaire seulement : Actif, non traité ou traité depuis < 3 mois : différer Actif, sous traitement depuis > 3 mois : +50 Traitement complété avec stabilité depuis > 3 mois : standard Mauvaise réponse au traitement, radiographies anormales : refus Autres : Traitement complété : < 1 an : +75 à différer > 1 an : standard à +75	Actif, non-traité ou sous traitement : différer Inactive ou latente incluant tous les tests normaux depuis la guérison complète : Standard ou exclusion	Actif, non-traité ou sous traitement : différer Traité, sans séquelle : standard

			Décision probable du tarificateur		
Conditions non médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
Activités criminelles	Date de l'acte criminel Date et durée de la sentence/probation/emprisonnement Circonstances relatives à l'acte criminel	Une recherche de dossier criminel peut être demandée	Procès en attente, sentence ou probation non complétée : différer Crime grave ou violent : refus <u>Crime moins grave (1 offense)</u> < 5 ans : refus Par la suite : considération individuelle > 1 offense : refus	Procès en attente, sentence ou probation non complétée : différer Crime grave ou violent : refus <u>Crime moins grave (1 offense)</u> < 5 ans : refus Par la suite : considération individuelle > 1 offense : refus	Procès en attente, sentence ou probation non complétée : différer <u>1 seule offense</u> < 2 ans : refus > 2 ans : considération individuelle > 1 offense : refus
Aviation privée, récréative		Questionnaire aviation	Hélicoptère et appareil à voilure fixe : selon le nombre d'heures par années versus le nombre d'heures d'expériences : entre standard et 4 \$/mille. <u>Élève-Pilote :</u> 2 ou 3\$/mille selon l'âge de l'assuré	Hélicoptère et appareil à voilure fixe : standard <u>Élève-Pilote : standard</u>	Hélicoptère et appareil à voilure fixe : standard à +50 ou exclusion possible
Aviation commerciale		Questionnaire aviation	Avion de grandes lignes aériennes régulières : standard Autres : 2,50 \$ à 10,00 \$/mille (pas d'exclusion possible)	Voir liste des occupations admissibles	Avion de grandes lignes aériennes régulières : standard Autres : +25 à +100 (pas d'exclusion possible)
Conduite	Détails de toutes les infractions au cours des 3 dernières années : - Date - Type d'infraction (si excès de vitesse : nombre de km/h au-dessus de la limite) Détails des conduites avec facultés affaiblies au cours des 10 dernières années : - Date de l'infraction - Détails de la sentence : date de la sentence, durée de la suspension et date du recouvrement, utilisation d'un anti démarreur éthylométrique	Rapport du dossier de conduite automobile	1 ou 2 infractions mineures : standard Autre : 2,50 \$/mille à refus <u>Conduite avec facultés affaiblies</u> 1 conduite avec facultés affaiblies : standard à 5,00 \$/mille (une fois le permis remis en vigueur) 2 conduites avec facultés affaiblies ou plus : généralement refus, considération individuelle possible Note : Ne pouvons pas considérer si le client est en attente d'une audience de la cours ou si le permis de conduire est présentement suspendu.	1 ou 2 infractions mineures par année : standard Autre : +50 avec limitation de la durée de la garantie entre 2 et 5 ans maximum à refus <u>Conduite avec facultés affaiblies</u> 1 conduite avec facultés affaiblies : < 2 ans après la fin de la suspension (ou la cessation de l'utilisation d'un anti démarreur éthylométrique) : refus > 2 ans : +50 avec limitation de la durée de la garantie à 5 ans > 5 ans : standard 2 conduites avec facultés affaiblies ou plus : possibilité d'offre après 6 ans depuis la fin de la suspension/cessation d'un éthylomètre 3 conduites avec facultés affaiblies ou plus : refus Note : Ne pouvons pas considérer si le client est en attente d'une audience de la cours ou si le permis de conduire est présentement suspendu ou si il y a utilisation d'un anti-démarreur éthylométrique	1 ou 2 infractions mineures par année : standard Autre : +25 à refus <u>Conduite avec facultés affaiblies</u> 1 conduite avec facultés affaiblies : < 1 an après le recouvrement du permis : +25 à +50 Autre : standard à +25 2 conduites avec facultés affaiblies ou plus : généralement refus, considération individuelle possible Note : Ne pouvons pas considérer si le client est en attente d'une audience de la cours ou si le permis de conduire est présentement suspendu ou si il y a utilisation d'un anti-démarreur éthylométrique
Course automobile	Type de véhicule et type de course	Questionnaire courses de véhicules motorisés	Standard à exclusion ou surprime de 2,50 \$ à 15 \$/mille	Exclusion ou refus	Standard ou exclusion

			Décision probable du tarificateur		
Conditions non médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
Dépendance à l'alcool / Alcoolisme		Questionnaire usage de boissons alcoolisées Rapport de médecin traitant Profil sanguin	Consommation actuelle, quelle que soit la quantité : refus <u>Abstiné (aucune consommation actuelle)</u> < 2 ans : refus 2 à 5 ans : +100 à +200 > 5 ans : standard	Consommation actuelle, quelle que soit la quantité : refus <u>Abstiné (aucune consommation actuelle)</u> < 5 ans : refus Après : standard	Consommation actuelle, quelle que soit la quantité : refus <u>Abstiné (aucune consommation actuelle)</u> < 2 ans : refus 2-5 ans : +50 à +150 > 5 ans : standard
Escalade, alpinisme et randonnée de montagne		Questionnaire alpinisme ou escalade	Escalade en salle : standard Randonnée, ascension pédestre, trekking : standard Autre (parois rocheuses, alpinisme, glace) : exclusion ou 2,50 \$/mille à refus	Escalade en salle : standard Randonnée, ascension pédestre, trekking : standard Autre (parois rocheuses, alpinisme, glace) : exclusion à refus	Escalade en salle : standard Randonnée, ascension pédestre, trekking (< 15 000 pieds) : standard Autre (parois rocheuses, alpinisme, glace) : exclusion
Parachutisme		Questionnaire parachutisme et chute libre	Un seul saut en parachute et aucune intention de le faire à nouveau : standard Autre : exclusion ou 2,50 \$/mille Saut à risque élevé : refus	Un seul saut en parachute et aucune intention de le faire à nouveau : standard Autre : exclusion Saut à risque élevé : refus	Affilié à un club : standard Autre : exclusion
Plongée sous-marine		Questionnaire plongée sous-marine	Plongée amateur, non impliqué dans des plongées à risque ≤ 100 pieds : standard > 100 pieds : exclusion ou 5 \$ à 10,00 \$/mille Snorkeling : standard Avec trouble médical préexistant (maladie cardiaque, épilepsie, MPOC, excès de poids important, etc.) : refus	Plongée amateur, non impliqué dans des plongées à risque ≤ 100 pieds : standard > 100 pieds : exclusion à refus Snorkeling : standard Avec trouble médical préexistant (maladie cardiaque, épilepsie, MPOC, excès de poids important, etc.) : refus	Plongée amateur, non impliqué dans des plongées à risque ≤ 100 pieds : standard > 100 pieds : exclusion Snorkeling : standard Avec trouble médical préexistant (maladie cardiaque, épilepsie, MPOC, excès de poids important, etc.) : refus
Usage de drogue		Questionnaire usage de cannabis et autres drogues	Drogues dures (cocaïne, amphétamines, opiacés, hallucinogènes et sédatifs) Usage actuel : refus <u>Abstinence totale depuis</u> < 3 ans : refus 3 à 5 ans : +200 5 à 6 ans : +150 après : entre standard et +50 Marijuana consommation récréative: Légère à modérée : de standard à +50 Sévère : refus Si utilisation avec tabac : taux fumeur	Drogues dures (cocaïne, amphétamines, opiacés, hallucinogènes et sédatifs) Usage actuel : refus <u>Abstinence totale depuis</u> < 7 ans : refus 7 à 10 ans : +50 avec limitation de la durée de la garantie à 5 ans > 10 ans : standard Marijuana consommation récréative: Légère à modérée : entre +50 et +100 et limitation de la durée de la garantie à 5 ans. Sévère : refus	Drogues dures (cocaïne, amphétamines, hallucinogènes et sédatifs) Usage actuel : refus <u>Abstinence totale depuis</u> < 3 ans : refus 3 à 5 ans : +150 à +50 > 5 ans : standard Opiacés Usage actuel : refus <u>Abstinence totale depuis</u> < 5 ans : refus 5 à 7 ans : +100 à +50 > 7 ans : standard Marijuana consommation récréative Légère à modérée : standard Sévère : refus

			Décision probable du tarificateur		
Conditions non médicales	Renseignements permettant d'accélérer le processus de tarification	Exigence	Assurance Vie	Assurance Invalidité	Assurance Maladie Grave
Voyages à l'étranger		Questionnaire voyages et résidence à l'étranger	Amérique du Nord et Europe de l'Ouest : standard Autre : standard à refus selon l'endroit visité et la durée. Voyage à des fins humanitaires ou caritatives considération individuelle	Amérique du Nord et Europe de l'Ouest : standard Autre : standard, exclusion ou refus selon l'endroit visité et la durée du voyage Voyage à des fins humanitaires ou caritatives : considération individuelle	Amérique du Nord et Europe de l'Ouest : standard Autre : standard, exclusion ou refus selon l'endroit visité et la durée du voyage Voyage à des fins humanitaires ou caritatives considération individuelle

À propos de Beneva

Née du regroupement de La Capitale et de SSQ Assurance, Beneva est la plus grande mutuelle d'assurance au Canada avec plus de 3,5 millions de membres et de clients. Elle compte sur plus de 5 000 employés dévoués : des gens qui protègent des gens. Son approche humaine s'ancre dans les valeurs mutualistes partagées par ses employés. Avec un actif de 26,8 milliards de dollars, Beneva se révèle un acteur clé parmi les grands de l'industrie de l'assurance et des services financiers au Canada. Son siège social est à Québec.

Les titulaires de contrats des assureurs du Groupe Beneva inc. sont membres de SSQ Mutuelle et de La Capitale mutuelle de l'administration publique.

Pour plus d'information, rendez-vous sur beneva.ca



beneva