



GUIDE DU CONSEILLER

Guide de tarification sur le terrain



Notre appui. Votre croissance.

Table des matières

Décoder notre boussole	2
------------------------	---

Problèmes de santé	17
--------------------	----

Facteurs de risque liés au style de vie	127
--	-----

Tarification financière	143
-------------------------	-----

Décoder notre boussole

Ce guide de tarification sur le terrain aidera les conseillers à comprendre et à évaluer les risques liés à la proposition d'assurance-vie ou d'assurance maladies graves d'un Client avant de la présenter.

Table des matières

- 3** Décoder notre boussole
- 5** Définition de l'usage du tabac
- 6** Mise en garde relative au Medical Information Bureau
- 7** Exigences de tarification quant à l'âge et au montant
- 8** Exigences médicales et non médicales
- 11** Tests génétiques
- 11** Tarification sur le terrain et importance d'encourager la divulgation des renseignements
- 12** Questions à poser aux Clients
- 13** Questionnaires de la Tarification
- 14** Tableaux des corpulences des adultes (personnes âgées de plus de 15 ans)
pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves
- 14** Taille et poids des enfants (0-14 ans)

Décoder notre boussole

Dans ce guide, vous trouverez :

- un résumé des problèmes de santé et autres facteurs non médicaux;
- les répercussions de ces éléments sur l'espérance de vie et la santé;
- des lignes directrices pour comprendre le risque.

Nous expliquerons les facteurs de risque liés à différents problèmes de santé, des maladies courantes aux maladies plus complexes. Vous trouverez également des exigences bien précises pour chaque problème de santé (p. ex. déclaration du médecin traitant, tests de laboratoire ou autres besoins particuliers). Ces lignes directrices vous aideront à comprendre les résultats possibles pour les propositions d'assurance.

La Sun Life est l'une des plus importantes sociétés de services financiers et elle est reconnue pour son excellence. Depuis plus de 150 ans, nous offrons des solutions financières personnalisées aux particuliers, aux familles et aux entreprises. Nous sommes un partenaire de confiance pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves, la gestion de patrimoine et la planification de la retraite. Grâce à notre expertise et à une approche innovante, nous aidons les conseillers à protéger l'avenir financier des Clients. Nous nous engageons à aider les familles fortunées et les petites entreprises en leur proposant des stratégies avancées de préservation du patrimoine et une gamme complète de services pour assurer leur sécurité financière d'une génération à l'autre. À la Sun Life, notre approche avant-gardiste, notre forte présence sur le marché et l'importance que nous accordons à l'expérience Client font de nous un choix de premier ordre pour des conseils et des protections fiables dans une économie en évolution.

Recherche par mots-clés

Vous pouvez effectuer une recherche dans le guide en appuyant simplement sur CTRL+F (Windows) ou CMD (⌘)+F (Mac) et en entrant un problème de santé, un facteur lié au style de vie, un loisir ou tout autre terme.

Les problèmes de santé sont classés par ordre alphabétique et comprennent les renseignements suivants :

- Nom du problème de santé
- Brève description du problème de santé
- Facteurs de risque liés à la tarification à prendre en considération pour l'évaluation
- Exigences particulières
- Facteurs influençant les décisions en matière d'assurance-vie et d'assurance maladies graves
- Facteurs faisant qu'il est peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées

Maladie d’Addison

Maladie endocrinienne rare selon laquelle les glandes surrénales ne produisent pas suffisamment d’hormones stéroïdes, en particulier de cortisol et d’aldostérone. Il est nécessaire de suivre une hormonothérapie substitutive à vie pour prendre en charge cette maladie.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Temps écoulé depuis le diagnostic • Cause • Type de traitement (p. ex. hormonothérapie substitutive) • Durée de l’état stable
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l’assurance-vie	• Bien contrôlée par une hormonothérapie substitutive • 19 ans et plus,
Décision pour l’assurance maladies graves	• Temps écoulé depuis les derniers symptômes – De 0 à 2 ans : coefficient de 200 % à 150 % – Plus de 2 ans : tarif standard
Peu probable que l’assurance-vie et l’assurance maladies graves soient envisagées	• 18 ans ou moins • Non contrôlée ou avec complications

Définition de l'usage du tabac

Tarifs fumeur et non-fumeur

Nous considérerons appliquer le tarif non-fumeur si la personne à assurer n'a utilisé aucune forme de nicotine ou de produits du tabac, tels que cigarettes, cigarillos, petits cigares, gros cigares*, pipes, noix d'arec, tabac à chiquer (et Zyn), gomme ou timbres à la nicotine et/ou cigarettes électroniques (vapeuses) contenant de la nicotine au cours des 12 derniers mois.

Les définitions d'usage du tabac pour les temporaires à taux préférentiels de la Sun Life sont basées sur les critères suivants :

Catégorie 1**	Les personnes à assurer qui n'ont pas fait l'usage de produits du tabac au cours des 60 derniers mois, qui sont en excellente santé et qui satisfont aux critères de tarification préférentielle relatifs à la santé et au style de vie.
Catégorie 2**	Les personnes à assurer qui n'ont pas fait l'usage de produits du tabac au cours des 24 derniers mois, qui sont en très bonne santé et qui satisfont aux critères de tarification préférentielle relatifs à la santé et au style de vie.
Catégorie 3	Les personnes à assurer qui n'ont pas fait l'usage de produits du tabac au cours des 12 derniers mois, à l'exception d'un gros cigare à l'occasion*, appartiennent à cette catégorie.
Catégorie 4**	Les personnes à assurer qui fument, qui sont en très bonne santé et qui satisfont aux critères de tarification préférentielle relatifs à la santé et au style de vie.
Catégorie 5	Les autres personnes à assurer qui fument appartiennent à cette catégorie.

Notes :

* Gros cigare à l'occasion : Nous pouvons proposer un tarif non-fumeur (catégorie 3 uniquement) lorsque la personne à assurer fume 12 gros cigares ou moins par année, qu'elle déclare cette pratique dans la proposition et que le résultat au test de cotinine est négatif.

** Les catégories de tarification préférentielle pour la Temporaire Évolution ne sont offertes qu'à certains âges et pour certains montants. Consultez le Guide du conseiller pour la Temporaire Évolution (820-5267) pour en savoir plus.

À noter que nous n'appliquons pas de tarif fumeur pour les personnes qui font usage de cannabis, sauf si elles font également usage de produits du tabac.

Mise en garde relative au Medical Information Bureau

MIB, LLC (Medical Information Bureau)

Une vérification auprès du Medical Information Bureau (MIB) est effectuée pour toutes les propositions. Cet examen auprès du MIB fait partie intégrante du processus pour chaque dossier. Le MIB met en évidence les codes indiquant un problème de santé soumis par d'anciens fournisseurs aux nouveaux fournisseurs pour chaque proposition. Une compagnie ne prendra peut-être pas de décision finale sur la seule base des codes, mais ces codes peuvent conduire à une enquête de tarification plus complète sur l'assurabilité du Client.

Nous pouvons, de même que nos réassureurs, transmettre un rapport sommaire sur les résultats de nos vérifications au MIB, LLC (MIB), un organisme sans but lucratif qui permet l'échange de renseignements entre les sociétés d'assurance membres du MIB Group Inc. Si la personne désignée dans la proposition demande également une couverture d'assurance ou présente une demande de règlement auprès d'une autre société d'assurance-vie ou d'assurance-santé membre du MIB, le MIB fournira à cette société, sur demande, les renseignements qui figurent dans ses dossiers.

La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels reçus par le MIB sont régies par la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE) et les lois provinciales. Par conséquent, le MIB a accepté de protéger ces renseignements selon des principes directeurs en matière de sécurité et de protection des renseignements personnels qui sont considérablement semblables à ceux de la compagnie et en conformité avec les lois applicables. En tant qu'entreprise américaine, le MIB est assujéti aux lois américaines applicables et ces renseignements personnels peuvent être divulgués conformément à ces lois.

Pour toute question concernant l'engagement du MIB en ce qui touche la protection et la sécurité de vos renseignements personnels, vous pouvez communiquer avec le service chargé de la protection des renseignements personnels du MIB à l'adresse privacy@mib.com.

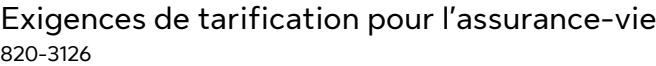
Pour en savoir plus sur le MIB, LLC, visitez le site www.mib.com, appelez au 866-692-6901 ou écrivez à :

MIB, LLC

50 Braintree Hill Park Suite 400
Braintree, MA 02184-8734

Vous pouvez consulter les renseignements personnels que le MIB, LLC possède à votre sujet et les faire rectifier s'ils sont inexacts ou incomplets.

Assurance-vie – Exigences de tarification quant à l'âge et au montant



Télécharger

Centrale Sun Life

Carrefour des conseillers

Exigence de tarification pour l'assurance maladies graves (AMG)

Télécharger

Centrale Sun Life

Carrefour des conseillers

Exigences médicales et non médicales

Ce segment vise à familiariser les conseillers avec les différentes exigences de tarification. Il indique leur nature, la personne responsable d'en faire la demande et tout point particulier concernant leur collecte ou leur soumission.

Exigence	Quoi	Qui	Notes
Déclaration du médecin traitant (DMT)	Résumé du dossier médical personnel de la personne à assurer. Peut aussi être une copie du dossier médical.	• Commandée par le siège social de la Sun Life par l'intermédiaire du fournisseur de services autorisé, Dynacare. • Pour les dossiers médicaux aux États-Unis, Dynacare doit généralement obtenir une autorisation spéciale (HIPAA) au préalable. • Pour les dossiers médicaux à l'étranger, il incombe au Client, dans la plupart des cas, d'obtenir une copie de son dossier médical et de l'acheminer au siège social de la Sun Life, soit directement, soit par l'intermédiaire de son conseiller.	• Le fournisseur de services fera suivre la demande au médecin, à la clinique médicale ou à l'hôpital. • Le fournisseur de services doit également payer les frais et assurer un suivi régulier auprès du cabinet du médecin, de la clinique ou de l'hôpital jusqu'à ce qu'il reçoive la DMT.
Bilan sanguin	Analyse de sang pour : • Diabète • Cholestérol • Fonction rénale • Bilan hépatique • VIH, etc. La trousse de prélèvement de sang comprend également une analyse d'urine.	• Commandé par un conseiller ou par le siège social de la Sun Life • Prélèvement effectué par un fournisseur de services autorisé	• Le fournisseur de services communiquera avec la personne à assurer pour fixer un rendez-vous. • Les tests de laboratoire seront effectués par les laboratoires d'ExamOne. • Le tarificateur peut demander au laboratoire de faire d'autres tests sur l'échantillon. • Sur demande écrite, le tarificateur en enverra une copie au médecin de la personne à assurer. • Les Clients peuvent consulter leurs résultats sur le site Web d'ExamOne.
Questionnaire destiné aux personnes du troisième âge	• Ce questionnaire est requis pour les Clients dont l'âge le plus proche est de 71 ans ou plus. • Questions sur les activités de la vie quotidienne • Tests cognitifs et tests de mobilité	Automatiquement inclus pour les Clients dont l'âge le plus proche est de 71 ans ou plus, et rempli par un fournisseur de services paramédicaux autorisé.	Le fournisseur de services communiquera avec la personne à assurer pour fixer un rendez-vous.

Exigence	Quoi	Qui	Notes
Dossier de conduite	Copie du dossier de conduite de la personne à assurer indiquant toutes les infractions et/ou tous les accidents sur une période de 3 à 5 ans.	• Demandé par le siège social de la Sun Life • Obtenu par un fournisseur de services autorisé	• Pas une exigence normale quant à l'âge et au montant • Exigences provinciales relatives à l'obtention du dossier de conduite : – Alb. – Le Client doit obtenir une copie de son dossier de conduite. – C.-B. – ICBC – Demande du dossier de conduite (formulaire BC - MV2680). – Man., Sask., Yn, T.N.-O., Nun. – Autorisation relative au dossier de conducteur (formulaire F257). – Ont., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L. – Seul le numéro du permis de conduire est requis. – Québec – Autorisation de divulgation du dossier de conduite par la SAAQ (formulaire 5981A 75).
Examen paramédical	• Questions sur les antécédents médicaux • L'examineur paramédical vérifie la taille, le poids et la pression artérielle de la personne à assurer.	• Demandé par le conseiller • Peut être effectué par un fournisseur de services autorisé	• Le fournisseur de services communiquera avec la personne à assurer pour fixer un rendez-vous. • Peut être remplacé par une entrevue téléphonique et la prise des signes vitaux. • Pour plus de commodité, l'examen peut être effectué au domicile ou au bureau de la personne à assurer. • Seule l'entrevue téléphonique peut remplacer la déclaration d'état de santé. Un examen paramédical ne remplace pas la déclaration d'état de santé.
Entrevue téléphonique	Questions sur le style de vie et sur les antécédents médicaux	Demandée par le conseiller via la proposition électronique.	• Offerte seulement pour les dossiers d'affaires nouvelles. • Peut remplacer une déclaration d'état de santé. • L'entrevue téléphonique et la prise des signes vitaux peuvent remplacer l'examen paramédical. • Peut être employée pour des propositions couvrant jusqu'à 2 personnes.

Exigence	Quoi	Qui	Notes
Vérification de la situation financière par un tiers	Requise si le montant d'assurance total auprès de toutes les compagnies d'assurance est supérieur à 10 000 000 \$.	• La lettre d'accompagnement doit être remplie par le conseiller. • Le Questionnaire sur la situation financière (formulaire F96) doit être rempli par le Client et son comptable.	Assurance personnelle : • Lettre d'accompagnement expliquant la nécessité de la couverture et la manière dont le montant est déterminé • Questionnaire sur la situation financière (formulaire F96) Assurance pour entreprise : • Questionnaire sur la situation financière (formulaire F96) • Deux derniers états financiers de l'entreprise
Analyse d'urine	Pour déceler les substances suivantes : • Glucose • Sang • Protéine • Cocaïne • Cotinine (dérivé de la nicotine)	• Commandée par un conseiller ou par le siège social de la Sun Life • Effectuée par un fournisseur de services autorisé	• Le fournisseur de services communiquera avec la personne à assurer pour fixer un rendez-vous. • Peut se faire au domicile ou au bureau de la personne à assurer. • Le tarificateur peut demander au laboratoire de faire d'autres tests sur l'échantillon. • Sur demande écrite, le tarificateur en enverra une copie au médecin de la personne à assurer. • Les Clients peuvent consulter leurs résultats sur le site Web d'ExamOne.
Signes vitaux	Mesure de la taille, du poids et de la pression artérielle de la personne à assurer.	• Commandés par un conseiller ou par le siège social de la Sun Life • Effectués par un fournisseur de services autorisé	• Le fournisseur de services communiquera avec la personne à assurer pour fixer un rendez-vous. • Peut se faire au domicile ou au bureau de la personne à assurer. • Sur demande écrite, le tarificateur en enverra une copie au médecin de la personne à assurer. • Les résultats sont souvent compris dans les résultats des analyses de sang des Clients sur le site Web d'ExamOne.

Le tarificateur peut demander de refaire un examen avant la date d'expiration des preuves d'assurabilité.

Fournisseurs de services autorisés

ExamOne

<https://www.examone.ca/for-insurers/reducing-cycle-time/online-services>

Dynacare

<https://www.dynacare.ca/insurance-professional.aspx>

Tests génétiques

En 2017, une loi visant à interdire et à prévenir la discrimination génétique a été adoptée. En vertu de cette loi, nul ne peut obliger une personne à subir un test génétique ou à en communiquer les résultats comme condition préalable pour :

- lui fournir des biens ou services;
- conclure un contrat ou une entente;
- offrir ou maintenir des modalités particulières dans le cadre d'un contrat ou d'une entente avec cette personne.

Quiconque contrevient à la loi pourrait encourir une peine d'emprisonnement maximale de 5 ans et une amende maximale de 1 000 000 \$.

Qu'est-ce que cette loi signifie pour vous?

Ne discutez pas des résultats de tests génétiques et ne les consignez pas, en particulier lorsque vous interrogez les Clients sur leurs antécédents médicaux ou familiaux. Bien que les Clients doivent communiquer les résultats des tests médicaux subis au cours des 5 dernières années, cette exigence ne s'applique plus aux résultats de tests génétiques.

Si le Client vous parle des résultats de son test génétique par mégarde, veuillez l'informer de la nouvelle loi et de notre incapacité à prendre ces résultats en considération dans l'évaluation des propositions d'assurance.

Nos propositions, examens paramédicaux, entrevues téléphoniques, déclarations du médecin traitant et questionnaires ont été mis à jour de sorte à indiquer clairement de ne pas demander ou recueillir de renseignements sur les tests génétiques ou les résultats de tests génétiques.

Tarification sur le terrain et importance d'encourager la divulgation des renseignements

Du point de vue de la tarification, il est primordial d'encourager la personne à assurer à communiquer ses renseignements dès le début du processus. En fournissant d'emblée des renseignements complets et exacts sur les antécédents financiers, médicaux et non médicaux d'une personne, on s'assure d'une évaluation adéquate des risques liés à la tarification, et on réduit la durée du cycle de traitement et la nécessité d'obtenir des exigences supplémentaires. Cette transparence permet aux compagnies d'assurance de prendre des décisions éclairées sur les modalités de couverture, les exclusions et les taux de prime, et de s'assurer ainsi que les contrats sont adaptés au niveau de risque de mortalité et de morbidité d'une personne. En outre, la divulgation de l'ensemble des renseignements permet d'éviter des problèmes éventuels de fausse déclaration ou de non-divulgence, qui pourraient entraîner le refus de certaines demandes de règlement ou l'annulation de contrats plus tard. Lorsque vous encouragez et soulignez l'importance de la divulgation des renseignements auprès des Clients, les tarificateurs peuvent maintenir l'intégrité du processus d'assurance, prendre rapidement des décisions de tarification équitables et durables et, en fin de compte, favoriser une relation de confiance entre l'assureur et la personne à assurer.

Questions à poser aux Clients

Pour apprendre à mieux connaître les Clients, voici quelques questions courantes que vous pouvez leur poser :

Questions d'ordre médical

1. Prenez-vous actuellement des médicaments ou recevez-vous des traitements médicaux?
 - Si oui, vos médicaments ou vos traitements ont-ils changé récemment?
2. Avez-vous déjà reçu un traitement ou présenté des symptômes liés aux problèmes de santé suivants?
 - Cancer, maladie coronarienne, accident vasculaire cérébral, diabète ou apnée du sommeil
3. Avez-vous des symptômes ou des affections pour lesquels vous n'avez pas encore reçu de traitement ou subi de tests?
4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté un médecin?
 - Quelle était la raison de la ou des visites?
 - Quel a été le résultat?
 - Avez-vous besoin d'un suivi?
5. Avez-vous des rendez-vous prévus avec un médecin généraliste, un médecin spécialiste ou un médecin qui offre des examens médicaux pour dirigeants?

Questions sur le style de vie

1. Quelle est la dernière fois où vous avez fait usage de produits du tabac ou de produits contenant de la nicotine, que ce soit sous forme de cigarette ou de cigare, de produits de vapotage, de pipe, de sachets, de gomme ou de timbres à la nicotine ou de pipe à chicha ou narguilé? À quelle fréquence faites-vous l'usage de ces produits?
2. Consommez-vous actuellement des drogues, en avez-vous déjà consommé, ou avez-vous des antécédents d'abus d'alcool ou de drogues?
3. Avez-vous des accusations en instance ou des antécédents d'activité criminelle, d'infractions liées à la conduite d'un véhicule ou de conduite avec facultés affaiblies?
4. Détenez-vous des permis spéciaux, comme un brevet de pilote (étudiant en pilotage, pilote de loisir, avion privé ou commercial)?
5. Prévoyez-vous voyager à l'extérieur de l'Amérique du Nord au cours des 12 prochains mois? Si oui, où et pendant combien de temps?
6. Participez-vous des sports dangereux comme l'alpinisme, le saut en parachute, l'hélisti et la plongée en scaphandre autonome ou à d'autres activités dangereuses?

Ces questions sont transmises aux Clients potentiels.

Présélection de la tarification - Questions que votre conseiller pourrait vous poser



Présélection de la tarification - Questions que votre conseiller pourrait vous poser

820-5167

Télécharger

[Centrale Sun Life](#)

[Carrefour des conseillers](#)

Questionnaires de la Tarification

Tous les questionnaires utilisés par la Tarification se trouvent sur la Centrale Sun Life et le Carrefour des conseillers.

Formulaire	Carrefour des conseillers (DFSL, Prospr)	Centrale Sun Life (Distribution Assurance – Réseau indépendant)
Questionnaire relatif aux sports aériens (F1)	Télécharger	Télécharger
Questionnaire relatif à la consommation d'alcool (F26)	Télécharger	Télécharger
Questionnaire relatif à l'asthme, à la bronchite et aux troubles respiratoires (F268)	Télécharger	Télécharger
Questionnaire relatif à l'aviation (F4)	Télécharger	Télécharger
Questionnaire relatif au dossier de conducteur (F263)	Télécharger	Télécharger
Questionnaire relatif à l'usage de drogues (F12)	Télécharger	Télécharger
Questionnaire relatif aux antécédents familiaux (F45)	Télécharger	Télécharger
Questionnaire sur la situation financière (F96)	Télécharger	Télécharger
Questionnaire relatif aux séjours ou aux voyages à l'étranger (F259)	Télécharger	Télécharger
Questionnaire relatif sur la santé mentale (F264)	Télécharger	Télécharger
Questionnaire sur les courses de véhicules motorisés (F19)	Télécharger	Télécharger
Questionnaire relatif à l'escalade et à l'alpinisme (F17)	Télécharger	Télécharger
Questionnaire relatif au ski, à la planche à neige et/ou à la motoneige (F4656)	Télécharger	Télécharger
Questionnaire relatif à la plongée sous-marine (F24)	Télécharger	Télécharger
Questionnaire sur l'usage de produits contenant du tabac et de la nicotine (F4693)	Télécharger	Télécharger

Tableaux des corpulences des adultes (personnes âgées de plus de 15 ans) pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves

Les lignes directrices des tableaux des corpulences suivants concernent l'assurance-vie et l'assurance maladies graves, et ne sont données qu'à titre indicatif. Pour l'assurance-vie, le poids minimum pour lequel nous appliquons une surprime correspond à un coefficient de mortalité de 150 %, et le poids maximum, à 350 %. Pour l'assurance maladies graves, le poids minimum pour lequel nous appliquons une surprime correspond à un coefficient de mortalité de 125 %, et le poids maximum, à 250 %. Un adulte dont la corpulence se situe dans la colonne Zone limite pourrait être accepté au tarif standard ou faire l'objet d'une surprime, selon son profil de risque global. Si un adulte présente d'autres facteurs de risque, notamment hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé (hyperlipidémie), diabète ou apnée du sommeil, il pourrait être accepté avec une surprime plus élevée que ce qui est indiqué dans les tableaux ou être refusé. Un adulte dont la corpulence se situe en deçà du poids minimum indiqué dans les tableaux ci-dessous fera l'objet d'une surprime ou d'un refus.

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure du poids en fonction de la taille. Un IMC santé, pour les adultes, se situe entre 20 et 25. Les personnes ayant un IMC entre 25 et 30 ont un surplus de poids associé à un risque accru de maladies. Les personnes ayant un IMC supérieur à 30 souffrent d'obésité et sont beaucoup plus à risque de souffrir de maladie cardiaque, d'hypertension, de diabète et d'autres maladies associées. Les personnes ayant un IMC inférieur à 17 sont considérées comme ayant un poids insuffisant.

Taille et poids des enfants (De 0 à 14 ans)

La taille et le poids des enfants sont évalués sur une base d'acceptation ou de refus. La plupart des enfants peuvent être acceptés selon les conditions standard. Toutefois, si la taille, le poids ou le développement physique d'un enfant ne correspondent pas aux étapes normales du développement, ou si le médecin ou le professionnel de la santé de l'enfant est préoccupé par la taille, le poids ou le développement physique de l'enfant ou a recommandé que l'enfant prenne ou perde du poids ou suive un régime, le dossier sera transmis à un tarificateur, qui prendra les mesures qui s'imposent.

Tableau des corpulences des adultes – hommes et femmes (en livres), âgés de 15 ans et plus

Taille	Poids moyen (tarif standard)	Zone limite (de tarif standard à coefficient de 150 %)	Surprime (coefficient de 150 % à 350 %)	Demande refusée si le poids dépasse :
Pi et po	Poids (lb)	Poids (lb)	Poids (lb)	Poids (lb)
4 pi 8 po	76 - 147	148 - 160	161 - 223	223
4 pi 9 po	79 - 152	153 - 166	167 - 231	231
4 pi 10 po	82 - 158	159 - 172	173 - 239	239
4 pi 11 po	84 - 163	164 - 178	179 - 247	247
5 pi 0 po	87 - 169	170 - 184	185 - 256	256
5 pi 1 po	90 - 174	175 - 190	191 - 264	264
5 pi 2 po	93 - 180	181 - 197	198 - 273	273
5 pi 3 po	96 - 186	187 - 203	204 - 282	282
5 pi 4 po	99 - 192	193 - 210	211 - 291	291
5 pi 5 po	102 - 198	199 - 216	217 - 300	300
5 pi 6 po	106 - 204	205 - 223	224 - 310	310
5 pi 7 po	109 - 211	212 - 230	231 - 319	319
5 pi 8 po	112 - 217	218 - 237	238 - 329	329
5 pi 9 po	115 - 223	224 - 244	245 - 338	338
5 pi 10 po	119 - 230	231 - 251	252 - 348	348
5 pi 11 po	122 - 236	237 - 258	259 - 358	358
6 pi 0 po	125 - 243	244 - 265	266 - 369	369
6 pi 1 po	129 - 250	251 - 273	274 - 379	379
6 pi 2 po	133 - 257	258 - 280	281 - 389	389
6 pi 3 po	136 - 264	265 - 288	289 - 400	400
6 pi 4 po	140 - 271	272 - 296	297 - 411	411
6 pi 5 po	143 - 278	279 - 304	305 - 422	422
6 pi 6 po	147 - 286	287 - 311	312 - 433	433
6 pi 7 po	151 - 293	294 - 320	321 - 444	444
6 pi 8 po	155 - 300	301 - 328	329 - 455	455
6 pi 9 po	159 - 308	309 - 336	337 - 467	467
IMC	17 - 33	33,1 - 36	36,1 - 50	> 50

Tableau des corpulences des adultes – hommes et femmes (en livres), âgés de 15 ans et plus

Taille	Poids moyen (tarif standard)	Zone limite (de tarif standard à coefficient de 150 %)	Surprime (coefficient de 150 % à 350 %)	Demande refusée si le poids dépasse :
Cm	Poids (kg)	Poids (kg)	Poids (kg)	Poids (kg)
142	35 - 66	67 - 72	73 - 101	101
145	36 - 69	70 - 75	76 - 105	105
147	37 - 71	72 - 78	79 - 108	108
150	38 - 74	75 - 80	81 - 112	112
152	40 - 76	77 - 83	84 - 116	116
155	41 - 79	80 - 86	87 - 119	119
157	42 - 81	82 - 89	90 - 124	124
160	44 - 84	85 - 92	93 - 128	128
163	45 - 87	88 - 95	96 - 132	132
165	47 - 90	91 - 98	99 - 136	136
168	48 - 92	93 - 101	102 - 141	141
170	50 - 95	96 - 104	105 - 144	144
173	51 - 98	99 - 107	108 - 149	149
175	52 - 101	102 - 110	111 - 153	153
178	54 - 104	105 - 114	115 - 158	158
180	56 - 107	108 - 117	118 - 162	162
183	57 - 110	111 - 120	121 - 167	167
185	59 - 113	114 - 124	125 - 172	172
188	61 - 116	117 - 127	128 - 176	176
191	62 - 119	120 - 130	131 - 181	181
193	64 - 123	124 - 134	135 - 186	186
196	65 - 126	127 - 138	139 - 191	191
198	67 - 129	130 - 141	142 - 196	196
201	69 - 133	134 - 145	146 - 201	201
203	71 - 136	137 - 149	150 - 206	206
206	72 - 139	140 - 152	153 - 212	212
IMC	17 - 33	33,1 - 36	36,1 - 50	> 50

Évaluations de la corpulence

- Dans le cas de personnes obèses ou en sous-poids, il pourrait être nécessaire de prendre les signes vitaux.
- Les personnes qui ont perdu plus de 4,5 kg (10 lb) au cours des 12 derniers mois verront la moitié du poids perdu ajoutée à leur poids actuel.
- Dans le cas d'une perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (10 lb), la proposition peut être reportée.
- Dans le cas d'un IMC inférieur à 15 (personnes âgées de 18 à 70 ans), la proposition est reportée.

Problèmes de santé

MISE EN GARDE : La Sun Life réalise les évaluations préliminaires sur la seule base des renseignements fournis par vous. Il est expressément entendu que ce service a pour conditions essentielles la présentation d'une proposition remplie en bonne et due forme et la réalisation d'une tarification complète. L'exactitude et la validité des évaluations préliminaires peuvent changer en fonction des résultats de l'examen complet effectué par la Sun Life. L'exactitude et la validité des évaluations préliminaires peuvent changer en fonction des résultats de l'examen complet effectué par la Sun Life. Les évaluations préliminaires ne sont pas une obligation. Leur résultat peut différer de la décision définitive prise après que l'examen complet de la proposition et le travail de tarification ont été effectués. La Sun Life se réserve le droit de modifier ces évaluations et d'en annuler le résultat après réalisation de l'examen complet de la proposition.

Table des matières

21	Accident ischémique transitoire (AIT)	30	Antécédents familiaux – Sclérose en plaques
22	Accident vasculaire cérébral (AVC)	30	Antécédents familiaux – Sclérose latérale amyotrophique (SLA)
22	Albuminurie	31	Apnée du sommeil
23	Anémie	32	Arthrite
23	Anémie aplasique	32	Arthrose
24	Anémie ferriprive	33	Polyarthrite rhumatoïde
25	Anémie hémolytique	34	Rhumatisme psoriasique
26	Anémie pernicieuse (anémie par carence en vitamine B12)	35	Spondylarthrite ankylosante
27	Drépanocytose	36	Asthme
27	Angioplastie	37	Bicuspidie aortique
28	Antécédents familiaux	38	Cancer colorectal (côlon)
28	Antécédents familiaux – Cancer du côlon	39	Cancer de la peau
28	Antécédents familiaux – Cancer du sein ou cancer de l'ovaire	41	Cancer de la prostate
29	Antécédents familiaux – Diabète	42	Cancer de la thyroïde
29	Antécédents familiaux – Maladie d'Alzheimer ou démence	44	Cancer du sein
29	Antécédents familiaux – Maladie de Huntington	45	Carcinome basocellulaire
30	Antécédents familiaux – Maladie de Parkinson	45	Carcinome épidermoïde (cutané)
30	Antécédents familiaux – Maladies cardiovasculaires ou cérébrovasculaires	45	Chirurgie bariatrique
		46	Colite ulcéreuse
		47	Commotion cérébrale et blessure à la tête

Problèmes de santé (suite)

MISE EN GARDE : La Sun Life réalise les évaluations préliminaires sur la seule base des renseignements fournis par vous. Il est expressément entendu que ce service a pour conditions essentielles la présentation d'une proposition remplie en bonne et due forme et la réalisation d'une tarification complète. L'exactitude et la validité des évaluations préliminaires peuvent changer en fonction des résultats de l'examen complet effectué par la Sun Life. L'exactitude et la validité des évaluations préliminaires peuvent changer en fonction des résultats de l'examen complet effectué par la Sun Life. Les évaluations préliminaires ne sont pas une obligation. Leur résultat peut différer de la décision définitive prise après que l'examen complet de la proposition et le travail de tarification ont été effectués. La Sun Life se réserve le droit de modifier ces évaluations et d'en annuler le résultat après réalisation de l'examen complet de la proposition.

Table des matières

47	Crise	59	Gastrite
47	Crise cardiaque	60	Glomurélopathie
47	Défibrillateur	61	Goutte
48	Déficiência intellectuelle	62	Greffe de rein
48	Démence	63	Grossesse
48	Drépanocytose	64	Hématurie
49	Dépression	65	Hémochromatose
50	Diabète	66	Hémophilie
50	Diabète – Type 1 (y compris LADA et MODY)	67	Hépatite
51	Diabète – Type 2	67	Hépatite A
52	Diabète gestationnel	68	Hépatite B
53	Diverticulite	69	Hépatite C
54	Douleur chronique	70	Hernie
55	Dysphorie de genre (y compris transgenre, diversité de genre, réassignation de genre)	70	Hydrocéphalie
55	Embolie pulmonaire	71	Hydronéphrose
56	Épilepsie	72	Hypercoagulabilité
56	Facteur V de Leiden	73	Hyperplasie/hypertrophie bénigne de la prostate (HBP)
57	Fibrillation auriculaire	74	Hypertension (pression artérielle élevée, hypertension systémique)
58	Fibromyalgie	75	Kyste ovarien
58	Fibrose kystique	76	Lupus

Problèmes de santé (suite)

MISE EN GARDE : La Sun Life réalise les évaluations préliminaires sur la seule base des renseignements fournis par vous. Il est expressément entendu que ce service a pour conditions essentielles la présentation d'une proposition remplie en bonne et due forme et la réalisation d'une tarification complète. L'exactitude et la validité des évaluations préliminaires peuvent changer en fonction des résultats de l'examen complet effectué par la Sun Life. L'exactitude et la validité des évaluations préliminaires peuvent changer en fonction des résultats de l'examen complet effectué par la Sun Life. Les évaluations préliminaires ne sont pas une obligation. Leur résultat peut différer de la décision définitive prise après que l'examen complet de la proposition et le travail de tarification ont été effectués. La Sun Life se réserve le droit de modifier ces évaluations et d'en annuler le résultat après réalisation de l'examen complet de la proposition.

Table des matières

77	Maladie cœliaque	92	Naissance prématurée
78	Maladie chronique du foie	93	Narcolepsie
79	Maladie coronarienne	93	Nodule pulmonaire
80	Maladie d'Addison	94	Œsophage de Barrett
80	Maladie d'Alzheimer	95	Pancréatite
81	Maladie de Crohn	96	Paralysie cérébrale
81	Maladie de Graves	96	Phlébite (thrombophlébite superficielle)
82	Maladie de Huntington	97	Pneumothorax
82	Maladie de Kawasaki	97	Polypes du côlon
83	Maladie de Lyme	98	Pression artérielle élevée
84	Maladie de Parkinson	98	Prostatite
85	Maladie polykystique des reins	98	Protéinurie
86	Maladie rénale chronique	99	Psoriasis
87	Maladies du sein : kyste/nodule	100	Psychose
87	Maux de tête	101	Reflux gastro-œsophagien
88	Mélanome	101	Remplacement ou réparation de la valve mitrale
88	Migraine	102	Remplacement valvulaire aortique
89	MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique), y compris bronchite chronique ou emphysème	103	Sarcoïdose
90	Myasthénie grave	104	Schizophrénie
91	Nævus dysplasique (atypique)	105	Sclérose en plaques
		106	Sclérose latérale amyotrophique (SLA)

Problèmes de santé (suite)

MISE EN GARDE : La Sun Life réalise les évaluations préliminaires sur la seule base des renseignements fournis par vous. Il est expressément entendu que ce service a pour conditions essentielles la présentation d'une proposition remplie en bonne et due forme et la réalisation d'une tarification complète. L'exactitude et la validité des évaluations préliminaires peuvent changer en fonction des résultats de l'examen complet effectué par la Sun Life. L'exactitude et la validité des évaluations préliminaires peuvent changer en fonction des résultats de l'examen complet effectué par la Sun Life. Les évaluations préliminaires ne sont pas une obligation. Leur résultat peut différer de la décision définitive prise après que l'examen complet de la proposition et le travail de tarification ont été effectués. La Sun Life se réserve le droit de modifier ces évaluations et d'en annuler le résultat après réalisation de l'examen complet de la proposition.

Table des matières

106	SIDA	116	Troubles anxieux, somatoformes et dissociatifs (y compris épuisement professionnel, stress, panique)
106	Sous-poids	117	Trouble bipolaire
106	Splénomégalie	118	Trouble cognitif (léger), trouble de la mémoire associé à l'âge, démence, maladie d'Alzheimer
107	Stéatose hépatique	118	Trouble délirant
107	Sténose aortique	119	Trouble de stress post-traumatique (TSPT)
108	Stimulateur cardiaque	120	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)/ Trouble déficitaire de l'attention (TDA)
109	Syncope (évanouissement)	121	Troubles de la thyroïde – Hyperthyroïdie, maladie de Graves, goitre toxique
109	Syndrome d'Asperger	121	Trouble de la thyroïde – Hypothyroïdie
110	Syndrome de Down	122	Trouble de la thyroïde – Nodules/Kystes
110	Syndrome de la blouse blanche	123	Trouble du spectre de l'autisme (TSA)/ Trouble envahissant du développement (TED)
111	Syndrome des ovaires polykystiques	124	Tuberculose
112	Tentative de suicide	125	Varices
113	Thrombose veineuse	126	Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
113	Thrombose veineuse profonde		
114	Traumatisme de la moelle épinière		
115	Troubles alimentaires		
115	Anorexie mentale		
115	Boulimie		
116	Trouble alimentaire non spécifié		

Accident ischémique transitoire (AIT)

Blocage temporaire du débit sanguin dans le cerveau provoquant un dysfonctionnement neurologique transitoire pouvant durer jusqu'à 24 heures. Également connu sous le nom de « mini-accident vasculaire cérébral ». Les symptômes typiques comprennent l'aphasie (trouble ou perte de la parole), une paralysie partielle et des troubles de la vue.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Nombre d'épisodes • Date du premier et du dernier épisode/accident • Cause • Traitement • Observance des examens de suivi • Facteurs de risque (pression artérielle, corpulence, glycémie, usage du tabac) • Symptômes neurologiques résiduels • Antécédents d'usage du tabac
Exigences particulières	• DMT • ECG
Décision pour l'assurance-vie	• Dans les 6 derniers mois – Report • Il y a 6 mois à 3 ans – Moins de 40 ans : refus probable – De 40 à 69 ans : coefficient de 250 % à 175 % – Plus de 69 ans : coefficient de 150 % à tarif standard • Après 3 ans – Moins de 40 ans : coefficient probable de 275 % – De 40 à 69 ans : coefficient de 200 % à 150 % – Plus de 69 ans : tarif standard possible • Usage du tabac léger : surprime supplémentaire de 50 %
Décision pour l'assurance maladies graves	• Refus probable, à moins que l'accident ne soit dû à la migraine ou à l'utilisation de contraceptifs oraux
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• 2 épisodes ou plus • Associé au diabète ou à la maladie coronarienne
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• La plupart des cas, sauf si causé par une migraine ou l'utilisation de contraceptifs

Accident vasculaire cérébral (AVC)

Interruption de l'irrigation sanguine du cerveau entraînant une ischémie ou un infarctus du tissu cérébral. Les symptômes dépendent de l'endroit et de l'étendue de la lésion. Ils peuvent comprendre une perte de conscience, une paralysie et des déficits au niveau de la parole, de la vision, des mouvements, des sensations et de la pensée. Les AVC ischémiques (80 %) sont causés par un caillot de sang ou un blocage dans le cerveau, et les AVC hémorragiques (20 %) sont causés par une hémorragie dans le cerveau.

Un accident ischémique transitoire (AIT) ou mini-accident vasculaire cérébral (AVC) est un accident vasculaire cérébral temporaire qui ne laisse pas de séquelles permanentes. Voir la section « [Accident ischémique transitoire](#) ».

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Nombre d'accidents vasculaires cérébraux • Date du premier et du dernier AVC • Type • Traitement • Observance des examens de suivi • Facteurs de risque (pression artérielle, corpulence, glycémie, usage du tabac) • Déficits résiduels, complications
Exigences particulières	• DMT, y compris les résultats d'une tomодensitométrie ou d'une IRM • ECG
Décision pour l'assurance-vie	• Dans les 6 derniers mois : report • En fonction de l'âge, de la date du dernier AVC, des séquelles et des comorbidités, la décision peut aller d'un coefficient de 150 % à un refus.
Décision pour l'assurance maladies graves	• Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Fumeur • Avec diabète ou prédiabète, maladie de l'artère carotide ou maladie artérielle périphérique, et/ou thrombocytemie essentielle • AVC dans les 6 derniers mois • Difficultés physiques ou cognitives importantes
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Tous les cas d'assurance maladies graves sont refusés.

Albuminurie

Voir la section « [Protéinurie](#) »

Anémie

Une affection caractérisée par un manque de globules rouges sains ou d'hémoglobine, qui sont essentiels au transport de l'oxygène dans tout le corps. Les causes peuvent être une perte de sang excessive, une incapacité de la moelle osseuse à produire suffisamment de nouveaux globules rouges ou une destruction prématurée des globules rouges.

Anémie aplasique

Trouble sanguin selon lequel la moelle osseuse ne produit pas suffisamment de nouvelles cellules sanguines, ce qui peut entraîner de la fatigue, un risque accru d'infections et des ecchymoses ou des saignements fréquents.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge à l'apparition des symptômes • Cause • Type d'anémie • Gravité • Traitement (indiquer tous les types de traitement) • Résultats d'analyses sanguines (formule sanguine complète et taux d'hémoglobine) • Complications
Exigences particulières	• DMT, y compris formule sanguine complète
Décision pour l'assurance-vie	Présence • Report Cause connue • Tarification adaptée à un risque particulier Examen effectué et cause inconnue • Sans greffe de moelle osseuse : – Report si moins d'un an, sinon coefficient de 175 % à tarif standard, selon le temps écoulé depuis le diagnostic • Avec greffe de moelle osseuse : – Report si moins de 21 ans ou si moins de 5 ans se sont écoulés depuis la fin du traitement; par la suite, au cas par cas
Décision pour l'assurance maladies graves	Présence • Refus Cause connue • Tarification adaptée à un risque particulier Examen effectué et cause inconnue : • Sans greffe de moelle osseuse : – Report si moins de 3 ans, par la suite tarif standard possible. • Avec greffe de moelle osseuse : – Refus
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Cause inconnue et/ou examen incomplet • Anémie sévère • Sous-poids • Avec hypertension pulmonaire • En attente d'une greffe de moelle osseuse • Utilisation actuelle de stéroïdes

Anémie ferriprive

Il s'agit de la forme d'anémie la plus courante. Affection selon laquelle le corps n'a pas de globules rouges sains en quantité suffisante. Les causes peuvent être un apport insuffisant en fer, une perte de sang, une mauvaise absorption ou une grossesse.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge à l'apparition des symptômes • Cause • Type d'anémie • Gravité • Traitement (indiquer tous les types de traitement) • Résultats d'analyses sanguines (formule sanguine complète et taux d'hémoglobine) • Complications
Exigences particulières	• DMT, y compris formule sanguine complète
Décision pour l'assurance-vie	• Moins de 60 ans : dans le meilleur des cas – tarif standard si anémie légère. Selon la gravité, coefficient de 175 % à refus. • 60 ans ou plus : dans le meilleur des cas – tarif standard si anémie légère. Selon la gravité, coefficient de 200 % à refus.
Décision pour l'assurance maladies graves	• Moins de 60 ans : dans le meilleur des cas – tarif standard. • 60 ans ou plus : dans le meilleur des cas – coefficient de 150 %. • Selon la gravité, coefficient de 200 % à refus.
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Cause inconnue et/ou examen incomplet • Anémie sévère • Sous-poids • Avec hypertension pulmonaire • En attente d'une greffe de moelle osseuse • Utilisation actuelle de stéroïdes

Anémie hémolytique

Destruction prématurée des globules rouges. Cette dégradation accélérée des globules rouges se produit plus rapidement que la production de nouveaux globules rouges par la moelle osseuse, ce qui a pour conséquence un apport insuffisant d'oxygène aux tissus et aux organes.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge à l'apparition des symptômes • Cause • Type d'anémie • Gravité • Traitement (indiquer tous les types de traitement) • Résultats d'analyses sanguines (formule sanguine complète et taux d'hémoglobine) • Complications
Exigences particulières	• DMT, y compris formule sanguine complète
Décision pour l'assurance-vie	Cause connue • Report si dans les 6 mois de la guérison ou d'un état stable, sinon tarification adaptée à un risque particulier Cause inconnue • Dans le meilleur des cas – tarif standard possible si la maladie est contrôlée depuis plus de 5 ans et que la personne ne prend plus de stéroïdes Non contrôlée • Report
Décision pour l'assurance maladies graves	Cause connue • Report si dans les 6 mois de la guérison ou d'un état stable, sinon tarification adaptée à un risque particulier Cause inconnue • Dans le meilleur des cas – coefficient de 200 % possible si la maladie est contrôlée depuis plus de 5 ans et que la personne ne prend plus de stéroïdes Non contrôlée • Report
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Cause inconnue et/ou examen incomplet • Anémie sévère • Sous-poids • Avec hypertension pulmonaire • En attente d'une greffe de moelle osseuse • Utilisation actuelle de stéroïdes

Anémie pernicieuse (anémie par carence en vitamine B12)

Une maladie auto-immune héréditaire qui se traduit par l'incapacité de l'estomac à produire un facteur intrinsèque nécessaire à l'absorption de la vitamine B12.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge à l'apparition des symptômes • Cause • Type d'anémie • Gravité • Traitement (indiquer tous les types de traitement) • Résultats d'analyses sanguines (formule sanguine complète et taux d'hémoglobine) • Complications
Exigences particulières	• DMT, y compris formule sanguine complète
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	• Tarif standard si la formule sanguine est normale, et que l'anémie est traitée et contrôlée. Sinon, report.
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Cause inconnue et/ou examen incomplet • Anémie sévère • Sous-poids • Avec hypertension pulmonaire • En attente d'une greffe de moelle osseuse • Utilisation actuelle de stéroïdes

Drépanocytose

Une maladie héréditaire du sang à transmission autosomique récessive caractérisée par des globules rouges qui prennent une forme anormale, rigide et en faucille, et qui bloquent les petits vaisseaux sanguins.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge à l'apparition des symptômes • Cause • Type d'anémie • Gravité • Traitement (indiquer tous les types de traitement) • Résultats d'analyses sanguines (formule sanguine complète et taux d'hémoglobine) • Complications
Exigences particulières	• DMT, y compris formule sanguine complète
Décision pour l'assurance-vie	Trait drépanocytaire uniquement • Tarif standard possible Anémie confirmée • Moins de 25 ans : report • 25 ans ou plus : coefficient de 250 % à refus, selon le dernier épisode, le traitement et les complications, le cas échéant
Décision pour l'assurance maladies graves	Trait drépanocytaire uniquement • Tarif standard possible Anémie confirmée • Refus
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Cause inconnue et/ou examen incomplet • Anémie sévère • Sous-poids • Avec hypertension pulmonaire • En attente d'une greffe de moelle osseuse • Utilisation actuelle de stéroïdes

Angioplastie

Voir la section « [Maladie coronarienne](#) »

Antécédents familiaux

Les antécédents familiaux désignent les problèmes de santé survenus chez les proches parents biologiques d'une personne, en particulier les parents et les frères et sœurs. Ils sont importants pour la tarification, car ils fournissent des renseignements précieux sur les éventuels risques pour la santé et prédispositions d'une personne.

Ne posez pas de questions au Client sur les tests génétiques ou leurs résultats. Voir la section « [Tests génétiques](#) ».

Antécédents familiaux – Cancer du côlon

Décision pour l'assurance-vie	- Le dépistage du cancer du côlon chez les personnes ayant des antécédents familiaux positifs devrait commencer 10 ans avant l'âge du diagnostic de cancer du côlon chez le membre le plus jeune de la famille. La coloscopie est la règle d'or en matière de dépistage. Un parent au premier degré - Diagnostic à 41 ans ou après : tarif standard - Diagnostic avant 41 ans : au cas par cas Deux parents au premier degré, tous deux diagnostiqués à 41 ans ou après - De tarif standard à coefficient de 150 % Syndrome de Lynch - Coefficient de 150 % à 200 %
Décision pour l'assurance maladies graves	- Le dépistage du cancer du côlon chez les personnes ayant des antécédents familiaux positifs devrait commencer 10 ans avant l'âge du diagnostic de cancer du côlon chez le membre le plus jeune de la famille. La coloscopie est la règle d'or en matière de dépistage. Un parent au premier degré - Diagnostic à 60 ans ou après : tarif standard - Diagnostic entre 41 et 59 ans : coefficient de 125 % à 150 % - Diagnostic avant 41 ans : au cas par cas Deux parents au premier degré, tous deux diagnostiqués à 51 ans ou après - Coefficient de 125 % à 150 % en excluant le cancer du côlon et le cancer du rectum Syndrome de Lynch - Refus

Antécédents familiaux – Cancer du sein ou cancer de l'ovaire

Décision pour l'assurance-vie	- Si la personne à assurer a 50 ans ou plus, un test de dépistage du cancer du sein doit être effectué. - Si la mère ou les sœurs ont eu un cancer à un âge plus jeune, le dépistage personnel doit commencer 10 ans avant le diagnostic du membre de la famille touché. Un parent au premier degré - Tarif standard Deux parents au premier degré - De tarif standard à coefficient de 150 %
Décision pour l'assurance maladies graves	- Si la personne à assurer a 50 ans ou plus, un test de dépistage du cancer du sein doit être effectué. - Si la mère ou les sœurs ont eu un cancer à un âge plus jeune, le dépistage personnel doit commencer 10 ans avant le diagnostic du membre de la famille touché. Un parent au premier degré - Tarif standard si diagnostiqué à 50 ans ou plus. Sinon, exclure le cancer du sein et le cancer de l'ovaire. Deux membres de la famille (au premier ou deuxième degré) - Tarif standard avec ou sans exclusion du cancer du sein et du cancer de l'ovaire, selon l'âge au moment du diagnostic

Antécédents familiaux – Diabète

Décision pour l'assurance-vie	• Tarif standard
Décision pour l'assurance maladies graves	Diabète de type 1 • Un parent au premier degré – Tarif standard • Deux parents au premier degré – Tarif standard si la personne à assurer a 18 ans ou plus, sinon report • Trois ou plusieurs parents au premier degré – Coefficient de 150 % si la personne à assurer a 18 ans ou plus, sinon report Diabète de type 2 • Un parent au premier degré – Tarif standard • Deux ou plusieurs parents au premier degré – De tarif standard à coefficient de 125 %

Antécédents familiaux – Maladie d'Alzheimer ou démence

Décision pour l'assurance-vie	Personne à assurer de moins de 60 ans • Un parent au premier degré diagnostiqué avant 60 ans : coefficient de 150 %. Tarif standard si diagnostiqué à 60 ans ou après. • Deux ou plusieurs parents au premier degré diagnostiqués avant 60 ans : coefficient de 200 %. Tarif standard si diagnostiqué à 60 ans ou après. Personne à assurer de 60 ans ou plus • Tarif standard
Décision pour l'assurance maladies graves	Personne à assurer de moins de 60 ans • Un ou plusieurs parents au premier degré diagnostiqués avant 60 ans : exclure la maladie d'Alzheimer et la démence. Tarif standard si diagnostiqués à 60 ans ou après. Personne à assurer de 60 ans ou plus • Tarif standard Antécédents familiaux de démence frontotemporale (ou maladie de Pick) • Au cas par cas. Une DMT avec une évaluation cognitive récente est nécessaire.

Antécédents familiaux – Maladie de Huntington

Décision pour l'assurance-vie	• Proposant âgé de 18 à 39 ans : au cas par cas • Proposant âgé de 40 à 59 ans : surprime pour risques aggravés modérée à élevée • Proposant âgé de 60 ans et plus : tarif standard possible
Décision pour l'assurance maladies graves	• Refus

Antécédents familiaux – Maladie de Parkinson

Décision pour l'assurance-vie	Un parent au premier degré • Tarif standard Deux parents au premier degré • Au cas par cas
Décision pour l'assurance maladies graves	Un parent au premier degré • Diagnostiqué avant 60 ans : exclure la maladie de Parkinson • Diagnostiqué à 60 ans ou après : tarif standard Deux parents au premier degré • Au cas par cas

Antécédents familiaux – Maladies cardiovasculaires ou cérébrovasculaires

Décision pour l'assurance-vie	Un parent au premier degré • Tarif standard Deux ou plusieurs parents au premier degré • De tarif standard à coefficient de 150 %, selon l'âge à l'apparition des symptômes
Décision pour l'assurance maladies graves	Un parent au premier degré • Tarif standard Deux ou plusieurs parents au premier degré • Coefficient de 150 % à 175 %

Antécédents familiaux – Sclérose en plaques

Décision pour l'assurance-vie	• Tarif standard
Décision pour l'assurance maladies graves	Un parent au premier degré • La personne à assurer a 45 ans ou moins : coefficient de 125 % • La personne assurée a plus de 45 ans : tarif standard Deux parents au premier degré • Exclure la sclérose en plaques

Antécédents familiaux – Sclérose latérale amyotrophique (SLA)

Décision pour l'assurance-vie	Membre de la famille diagnostiqué avant 50 ans • Un parent au premier degré : tarif standard • Deux ou plusieurs parents au premier degré : coefficient de 200 % si les résultats d'un examen neurologique récent sont normaux Sinon, report Membre de la famille diagnostiqué à 50 ans ou après • Un parent au premier degré : tarif standard Deux ou plusieurs parents au premier degré • Au cas par cas
Décision pour l'assurance maladies graves	Un parent au premier degré • Diagnostiqué avant 50 ans : exclure la SLA • Diagnostiqué à 50 ans ou après : tarif standard Deux ou plusieurs parents au premier degré • Exclure la SLA

Apnée du sommeil

Trouble selon lequel la respiration s'arrête et recommence de façon répétée pendant le sommeil. Ce trouble peut entraîner une somnolence diurne ou une fatigue qui perturbe la capacité d'une personne à fonctionner. La gravité est déterminée par les résultats d'une polysomnographie (étude du sommeil).

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Type d'apnée du sommeil (obstructive, centrale ou mixte/complexe) • Gravité • Type de traitement • Efficacité et observance du traitement • Date de la dernière étude du sommeil • Infractions routières, accidents de la route • Présence de comorbidités – corpulence, pression artérielle, arythmie cardiaque, maladie coronarienne, maladie cardiovasculaire, MPOC
Exigences particulières	• DMT, y compris les résultats de l'étude du sommeil
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	Apnée obstructive du sommeil (AOS) • Légère (< 5 à 15) – Tarif standard • Modérée à grave (15 et plus) – En cas d'observance du traitement, d'apnée bien contrôlée et d'absence de symptômes résiduels, le tarif standard peut être appliqué. – En cas de non-observance du traitement et de non-contrôle de l'affection, un coefficient de 150 % (forme modérée) à 250 % (forme grave) s'applique. Apnée centrale du sommeil (ACS) et apnée mixte/complexe du sommeil • Au cas par cas
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Apnée centrale du sommeil non traitée ou non contrôlée, ou non-observance du traitement • Apnée obstructive du sommeil (AOS) modérée/grave avec dysfonctionnement cognitif, insuffisance cardiaque congestive, consommation problématique d'alcool ou de drogues, ou arythmie cardiaque donnant lieu à une surprime • Traitement par supplément d'oxygène

Arthrite

Groupe de plus de 100 affections qui provoquent une inflammation et des lésions aux articulations et aux tissus proches. Les symptômes les plus courants sont des douleurs articulaires, des raideurs, de l'enflure, des rougeurs et une réduction de l'amplitude des mouvements. Ces symptômes peuvent être légers à graves et entraîner de la douleur chronique ou une invalidité au fil du temps.

Arthrose

Type d'arthrite le plus courant. Dégénérescence de l'articulation et de l'os, qui entraîne une douleur progressive, une raideur et une malformation de l'articulation.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge à l'apparition des symptômes • Catégorie • Fréquence des poussées • Traitement • Médicaments (AINS, méthotrexate, produits biologiques, opioïdes, prednisone) • Facteur rhumatoïde (FR) • Articulation(s) touchée(s) • Déformation d'articulations • Manifestations extra-articulaires (cœur, poumons, reins) • Invalidité, absence du travail, limitations dans les activités quotidiennes ou les tâches professionnelles • Hospitalisations ou visites à l'urgence
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	• Dans le meilleur des cas – tarif standard si l'affection est légère/modérée, s'il n'y a pas d'incapacité fonctionnelle et si la personne ne prend pas d'opioïdes.
Décision pour l'assurance maladies graves	• Dans le meilleur des cas – tarif standard si l'affection est légère/modérée, s'il n'y a pas d'incapacité fonctionnelle et si la personne ne prend pas d'opioïdes. En cas d'incapacité fonctionnelle ou de fréquentes absences du travail, exclure la PDA (perte d'autonomie).
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• En attente d'une intervention chirurgicale • Polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante diagnostiquées au cours des 6 derniers mois • Polyarthrite rhumatoïde très grave • Invalidité instable, récurrente et chronique nuisant aux activités de la vie quotidienne • Arthrite mutilante • Spondylarthrite ankylosante avec insuffisance aortique, complications pulmonaires, résultat anormal à l'exploration fonctionnelle respiratoire ou anomalie rénale
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• En attente d'une intervention chirurgicale • Polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante diagnostiquées au cours des 6 derniers mois • Avec maladie cardiovasculaire • Invalidité instable, récurrente et chronique nuisant aux activités de la vie quotidienne • Arthrite mutilante • Spondylarthrite ankylosante avec insuffisance aortique, complications pulmonaires, résultat anormal à l'exploration fonctionnelle respiratoire, maladie intestinale ou anomalie rénale

Polyarthrite rhumatoïde

Maladie auto-immune chronique selon laquelle le système immunitaire s'attaque par erreur à la paroi des articulations, provoquant de l'inflammation, de la douleur, de l'enflure et de la raideur.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge à l'apparition des symptômes • Catégorie • Fréquence des poussées • Traitement • Médicaments (AINS, méthotrexate, produits biologiques, opioïdes, prednisone) • Facteur rhumatoïde (FR) • Articulation(s) touchée(s) • Déformation d'articulations • Manifestations extra-articulaires (cœur, poumons, reins) • Invalidité, absence du travail, limitations dans les activités quotidiennes ou les tâches professionnelles • Hospitalisations ou visites à l'urgence
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	Légère • Tarif standard Modérée • Coefficient de 150 % Grave • De coefficient de 200 % à refus
Décision pour l'assurance maladies graves	Légère • Tarif standard Modérée • Coefficient de 175 % et exclure la perte d'autonomie (PDA) Grave • De coefficient de 200 % à refus; si une offre peut être faite, exclure la PDA
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• En attente d'une intervention chirurgicale • Polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante diagnostiquées au cours des 6 derniers mois • Polyarthrite rhumatoïde très grave • Invalidité instable, récurrente et chronique nuisant aux activités de la vie quotidienne • Arthrite mutilante • Spondylarthrite ankylosante avec insuffisance aortique, complications pulmonaires, résultat anormal à l'exploration fonctionnelle respiratoire ou anomalie rénale
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• En attente d'une intervention chirurgicale • Polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante diagnostiquées au cours des 6 derniers mois • Avec maladie cardiovasculaire • Invalidité instable, récurrente et chronique nuisant aux activités de la vie quotidienne • Arthrite mutilante • Spondylarthrite ankylosante avec insuffisance aortique, complications pulmonaires, résultat anormal à l'exploration fonctionnelle respiratoire, maladie intestinale ou anomalie rénale

Rhumatisme psoriasique

Forme d'arthrite inflammatoire séronégative qui se manifeste chez environ 20 % des personnes atteintes de psoriasis. L'arthropathie peut être asymétrique et toucher quelques articulations.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge à l'apparition des symptômes • Catégorie • Fréquence des poussées • Traitement • Médicaments (AINS, méthotrexate, produits biologiques, opioïdes, prednisone) • Facteur rhumatoïde (FR) • Articulation(s) touchée(s) • Déformation d'articulations • Manifestations extra-articulaires (cœur, poumons, reins) • Invalidité, absence du travail, limitations dans les activités quotidiennes ou les tâches professionnelles • Hospitalisations ou visites à l'urgence
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	• 20 ans ou moins : report • 21 ans ou plus : 6 mois après le diagnostic – Sans atteinte de la hanche : de tarif standard à coefficient de 200 %, selon le traitement et le degré d'invalidité – Avec atteinte de la hanche : Dans le meilleur des cas – coefficient de 300 % si l'état est stable depuis un an et qu'il n'y a pas de détérioration progressive des articulations
Décision pour l'assurance maladies graves	• 20 ans ou moins : report • 21 ans ou plus : 6 mois après le diagnostic – Sans atteinte de la hanche : de tarif standard à refus, selon le traitement et le degré d'invalidité – Avec atteinte de la hanche : refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• En attente d'une intervention chirurgicale • Polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante diagnostiquées au cours des 6 derniers mois • Polyarthrite rhumatoïde très grave • Invalidité instable, récurrente et chronique nuisant aux activités de la vie quotidienne • Arthrite mutilante • Spondylarthrite ankylosante avec insuffisance aortique, complications pulmonaires, résultat anormal à l'exploration fonctionnelle respiratoire ou anomalie rénale
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• En attente d'une intervention chirurgicale • Polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante diagnostiquées au cours des 6 derniers mois • Avec maladie cardiovasculaire • Invalidité instable, récurrente et chronique nuisant aux activités de la vie quotidienne • Arthrite mutilante • Spondylarthrite ankylosante avec insuffisance aortique, complications pulmonaires, résultat anormal à l'exploration fonctionnelle respiratoire, maladie intestinale ou anomalie rénale

Spondylarthrite ankylosante

Type d'arthrite qui provoque une inflammation dans certaines parties de la colonne vertébrale. La maladie provoque une inflammation de la colonne vertébrale et des grandes articulations, ce qui entraîne de la raideur et de la douleur.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge à l'apparition des symptômes • Catégorie • Fréquence des poussées • Traitement • Médicaments (AINS, méthotrexate, produits biologiques, opioïdes, prednisone) • Facteur rhumatoïde (FR) • Articulation(s) touchée(s) • Déformation d'articulations • Manifestations extra-articulaires (cœur, poumons, reins) • Invalidité, absence du travail, limitations dans les activités quotidiennes ou les tâches professionnelles • Hospitalisations ou visites à l'urgence
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	• 20 ans ou moins : report • 21 ans ou plus : 6 mois après le diagnostic – Sans atteinte de la hanche : de tarif standard à coefficient de 200 %, selon le traitement et le degré d'invalidité – Avec atteinte de la hanche : Dans le meilleur des cas – coefficient de 300 % si l'état est stable depuis un an et qu'il n'y a pas de détérioration progressive des articulations
Décision pour l'assurance maladies graves	• 20 ans ou moins : report • 21 ans ou plus : 6 mois après le diagnostic – Sans atteinte de la hanche : de tarif standard à refus, selon le traitement et le degré d'invalidité – Avec atteinte de la hanche : refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• En attente d'une intervention chirurgicale • Polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante diagnostiquées au cours des 6 derniers mois • Polyarthrite rhumatoïde très grave • Invalidité instable, récurrente et chronique nuisant aux activités de la vie quotidienne • Arthrite mutilante • Spondylarthrite ankylosante avec insuffisance aortique, complications pulmonaires, résultat anormal à l'exploration fonctionnelle respiratoire ou anomalie rénale
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• En attente d'une intervention chirurgicale • Polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante diagnostiquées au cours des 6 derniers mois • Avec maladie cardiovasculaire • Invalidité instable, récurrente et chronique nuisant aux activités de la vie quotidienne • Arthrite mutilante • Spondylarthrite ankylosante avec insuffisance aortique, complications pulmonaires, résultat anormal à l'exploration fonctionnelle respiratoire, maladie intestinale ou anomalie rénale

Asthme

Maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires des poumons. Les symptômes sont souvent déclenchés par des allergènes, l'air froid ou l'exercice, et comprennent une respiration sifflante, une toux, une oppression thoracique et/ou de l'essoufflement.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge au moment du diagnostic • Gravité des crises • Fréquence des crises • Traitement/médicaments • Utilisation de stéroïdes oraux • Absence du travail ou de l'école en raison de l'asthme • Visites à l'urgence ou hospitalisations • Antécédents d'usage du tabac • Résultats de l'exploration fonctionnelle respiratoire • Présence d'autres problèmes de santé, tels que la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), la bronchectasie et l'apnée obstructive du sommeil (AOS)
Exigences particulières	• Questionnaire sur les troubles respiratoires • DMT, y compris exploration fonctionnelle respiratoire
Décision pour l'assurance-vie	• Une surprime plus élevée sera appliquée aux fumeurs Léger • Tarif standard Modéré • Coefficient minimal de 150 % Grave • De coefficient minimal de 250 % à refus
Décision pour l'assurance maladies graves	• Une surprime plus élevée sera appliquée aux fumeurs Dans le meilleur des cas • Tarif standard Grave • De coefficient minimal de 200 % à refus
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Antécédents d'état de mal asthmatique (asthme aigu grave) au cours des 12 derniers mois • Cas graves avec visites fréquentes à l'urgence ou hospitalisation

Biscupidie aortique

Malformation cardiaque congénitale selon laquelle la valve aortique n'a que deux feuillets au lieu de trois. Cette pathologie a des conséquences sur la valve qui régule le débit sanguin du ventricule gauche du cœur vers l'aorte, ce qui peut entraîner des complications, telles que la sténose aortique, la régurgitation ou un risque accru d'anévrisme aortique au fil du temps.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Date du diagnostic • Examens cardiaques (ECG, échocardiogramme) • Taille de l'anneau aortique et gradient transvalvulaire aortique • Présence d'une sténose aortique et/ou de régurgitation • Traitement (médicaments et/ou intervention chirurgicale)
Exigences particulières	• DMT, y compris les résultats des examens cardiaques
Décision pour l'assurance-vie	• Ce guide ne s'applique que si le diagnostic est confirmé par une imagerie cardiaque (échocardiogramme). Anneau aortique de taille normale • 50 ans ou moins : coefficient minimal de 175 % • Plus de 50 ans : dans le meilleur des cas – tarif standard
Décision pour l'assurance maladies graves	• Ce guide ne s'applique que si le diagnostic est confirmé par une imagerie cardiaque (échocardiogramme). Anneau aortique de taille normale • 50 ans ou moins : refus • Plus de 50 ans : dans le meilleur des cas – tarif standard
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	Dilatation de l'anneau aortique • Refus

Cancer colorectal (côlon)

Type de cancer qui commence dans le côlon ou le rectum, qui sont des parties du gros intestin dans le système digestif. Il commence généralement par de petites excroissances non cancéreuses appelées polypes, qui peuvent se transformer en cancer au fil du temps.

Seules les tumeurs malignes sont abordées dans cette section. Voir la section « Polypes du côlon » pour les tumeurs bénignes. En cas d'association avec certains syndromes familiaux, voir la section [« Antécédents familiaux – Cancer du côlon »](#).

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Date du diagnostic • Type, grade et stade • Taille de la tumeur • Atteinte des nœuds lymphatiques • Métastases (propagation de la maladie) • Récidive • Types de traitement (intervention chirurgicale, chimiothérapie, radiothérapie) • Date du dernier traitement • Date de la dernière coloscopie • Examens de suivi
Exigences particulières	• DMT, y compris le rapport de pathologie et les examens de suivi
Décision pour l'assurance-vie	Adénocarcinome de grade faible • Stade 0 ou in situ : – surprime fixe minimale de 5 \$ par 1 000 \$ de couverture pendant 2 à 3 ans • Stade 1 (basé sur la date du dernier traitement) – Moins de 1 à 2 ans : de surprime fixe minimale de 10 \$ par 1 000 \$ de couverture pendant 3 ans à report – De 2 à 5 ans : de tarif standard possible à surprime fixe minimale de 7,50 \$ par 1 000 \$ de couverture pendant 2 à 5 ans • Stade 2 (basé sur la date du dernier traitement) – Moins de 3 ans : report – De 3 à 8 ans : de surprime fixe minimale de 10 \$ à 15 \$ par 1 000 \$ de couverture pendant 2 à 6 ans à report – Plus de 8 ans : dans le meilleur des cas – tarif standard • Stade 3 – Au cas par cas après 5 ans • Stade 4 – Refus Adénocarcinome de grade élevé • Un coefficient permanent de 200 % sera appliqué à la surprime fixe temporaire mentionnée ci-dessus.
Décision pour l'assurance maladies graves	• Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Syndrome carcinoïde • Cancer métastatique • Antigène carcino-embryonnaire (ACE) élevé après l'intervention chirurgicale • Non-observance du suivi recommandé • Si au cours des 5 dernières années et sans coloscopie dans les 12 derniers mois
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Tous les cas d'assurance maladies graves sont refusés.

Cancer de la peau

Croissance anormale des cellules de la peau, se développant généralement sur les zones de la peau exposées aux rayons UV nocifs du soleil. Il en existe plusieurs types, dont le carcinome basocellulaire, le carcinome épidermoïde et le mélanome.

Carcinome basocellulaire : type le plus courant de cancer de la peau qui se caractérise par des lésions indolores à croissance lente qui donnent rarement des métastases, mais qui peuvent causer des lésions tissulaires locales si elles ne sont pas traitées.

Carcinome épidermoïde : deuxième type de cancer de la peau le plus fréquent. Il survient lorsque les cellules squameuses de l'épiderme commencent à se développer de manière anormale. On l'appelle également carcinome épidermoïde cutané.

Mélanome (mélanome malin) : forme la plus dangereuse et la plus agressive de cancer de la peau. Il se développe dans les mélanocytes, les cellules qui produisent les pigments de la peau, et peut se propager rapidement à d'autres parties du corps.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Date du diagnostic • Site atteint • Pathologie/stade • Type de traitement • Date du dernier traitement • Récidive • Antécédents familiaux de mélanome • Présence d'un grain de beauté/nævus atypique
Exigences particulières	• DMT, y compris le rapport de pathologie et les résultats des examens de suivi
Décision pour l'assurance-vie	• La présence ou des antécédents de nævi dysplasiques ou de grains de beauté atypiques peuvent donner lieu à une surprime supplémentaire. Carcinome basocellulaire • Ablation complète : tarif standard. Sinon, report. Carcinome épidermoïde (cutané) • Ablation complète, tumeur ≤ 2 cm (taille et profondeur), pas d'invasion périneurale : tarif standard • Tous les autres (en fonction de la date du dernier traitement) – Moins d'un an : report – De 2 à 4 ans : surprime fixe temporaire de 7,50 \$ à 10 \$ par 1 000 \$ de couverture (nombre d'années basé sur la période de rémission) – Plus de 4 ans : tarif standard • Avec atteinte des ganglions ou métastases – Refus Mélanome cutané • Stade 0 (mélanome in situ) – Tarif standard • Stade 1 (selon la date du dernier traitement) – 2 ans ou moins : surprime fixe temporaire de 5 \$ par 1 000 \$ de couverture (nombre d'années basé sur la période de rémission) – Plus de 2 ans : tarif standard • Stade 2 (selon la date du dernier traitement) – 5 ans ou moins : report – De 5 à 9 ans : surprime fixe temporaire de 15 \$ par 1 000 \$ de couverture et 150 % (nombre d'années basé sur la période de rémission) – Plus de 9 ans : coefficient de 150 % • Stade 3 (selon la date du dernier traitement) – 10 ans ou moins : report – Plus de 10 ans : coefficient de 200 % • Stade 4 – Refus

Décision pour l'assurance maladies graves	Carcinome basocellulaire • Ablation complète : tarif standard. Sinon, report. Carcinome épidermoïde (cutané) • Ablation complète, tumeur ≤ 2 cm (taille et profondeur), pas d'invasion périneurale : tarif standard • Tous les autres : refus Mélanome cutané • Stades 0, 1 et 2 – Tarif standard avec exclusion pour le cancer de la peau et les mélanomes • Stade 4 – Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Récidive de mélanome ou plus de 2 mélanomes • Mélanome de l'anus • Non-observance du suivi recommandé
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Récidive de mélanome ou plus de 2 mélanomes • Mélanome de l'anus ou de tout autre site non cutané • Présence ou antécédents de 3 nævi dysplasiques/grains de beauté atypiques ou plus • Non-observance du suivi recommandé

Cancer de la prostate

Type de cancer qui se développe dans la prostate. Il s'agit du cancer le plus fréquent chez l'homme, en particulier chez les hommes âgés.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Date du diagnostic • Stade • Cote de Gleason • APS (antigène prostatique spécifique, taux d'APS libre et vélocité de l'APS) • Atteinte des nœuds lymphatiques • Métastases (propagation de la maladie) • Récidive • Types de traitement (prostatectomie radicale, radiothérapie, cryothérapie, surveillance active et/ou observation vigilante) • Date du dernier traitement • Examens de suivi
Exigences particulières	• DMT, y compris les résultats de biopsie et de pathologie, et les examens de suivi • Bilan sanguin avec APS (antigène prostatique spécifique)
Décision pour l'assurance-vie	Type de traitement • Prostatectomie radicale et/ou radiothérapie – Moins de 55 ans : au cas par cas – Plus de 55 ans : surprime fixe de 5 à 15 \$ par 1 000 \$ de couverture pendant un nombre d'années décroissant en fonction de la cote de Gleason, du stade, de la date du dernier traitement et du taux d'APS – Tarif standard possible si 10 ans depuis la fin du traitement, pas de récurrence, pas d'antécédents d'atteinte lymphatique ou de métastases, et que le taux d'APS se situe dans des limites acceptables • Surveillance active – Diagnostic datant d'il y a moins de 2 ans : au cas par cas – Moins de 55 ans : report – De 55 à 69 ans : dans le meilleur des cas, coefficient de 175 % selon la cote de Gleason – Plus de 70 ans : dans le meilleur des cas, coefficient de 150 % selon la cote de Gleason • Observation vigilante – Au cas par cas
Décision pour l'assurance maladies graves	• Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Prostatectomie radicale et radiothérapie au cours des 12 derniers mois • Cancer métastatique • Cote de Gleason ≥ 8 • Taux d'APS élevé après le traitement • Non-observance du suivi recommandé
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Tous les cas d'assurance maladies graves sont refusés.

Cancer de la thyroïde

Type de cancer qui se développe dans la glande thyroïde, un organe en forme de papillon situé à la base du cou qui produit des hormones régulant le métabolisme, le rythme cardiaque et la température corporelle. Le carcinome papillaire est le type de cancer de la thyroïde le plus courant.

Seules les tumeurs malignes sont abordées dans cette section. Voir la section « [Trouble de la thyroïde - Nodules/Kystes](#) » pour d'autres affections bénignes.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Date du diagnostic • Type (folliculaire, papillaire, médullaire, anaplasique) • Stade • Atteinte des nœuds lymphatiques • Métastases (propagation de la maladie) • Récidive • Type de traitement • Date du dernier traitement • Examens de suivi
Exigences particulières	• DMT, y compris le rapport de pathologie et les examens de suivi
Décision pour l'assurance-vie	Selon le type de tumeur, le stade et la date du dernier traitement, les offres peuvent être très variables. On considère que le traitement est terminé lorsque toutes les interventions chirurgicales et tous les traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie sont terminés. Papillaire • Stade 1 – Moins de 0 à 2 ans : surprime fixe temporaire de 5 \$ par 1 000 \$ de couverture – Plus de 2 ans : tarif standard • Stade 2 – Moins d'un an : report – De 1 à 3 ans : surprime fixe temporaire de 7,50 \$ par 1 000 \$ de couverture – Plus de 3 ans : tarif standard • Stade 3 – Moins de 3 ans : report – De 3 à 8 ans : surprime fixe temporaire de 10 \$ par 1 000 \$ de couverture – Plus de 8 ans : tarif standard • Stade 4 – Moins de 5 ans : report – De 5 à 9 ans : surprime fixe temporaire élevée avec surprime permanente – Plus de 9 ans : coefficient de 150 %

Décision pour l'assurance-vie	Folliculaire • Stade 1 – Moins de 0 à 2 ans : surprime fixe temporaire de 7,50 \$ par 1 000 \$ de couverture – Plus de 2 ans : tarif standard • Stade 2 – Moins d'un an : report – De 1 à 3 ans : surprime fixe temporaire de 7,50 \$ par 1 000 \$ de couverture – Plus de 4 ans : tarif standard • Stade 3 – Moins de 5 ans : report – De 5 à 9 ans : surprime fixe temporaire élevée avec surprime permanente – Plus de 9 ans : coefficient de 150 % • Stade 4 – Refus Médullaire • Stade 1 – Moins d'un an : report – De 1 à 3 ans : surprime fixe temporaire de 7,50 \$ par 1 000 \$ de couverture – Plus de 3 ans : tarif standard • Stade 2 – Moins de 2 ans : report – De 2 à 6 ans : surprime fixe temporaire de 7,50 \$ par 1 000 \$ de couverture – Plus de 6 ans : tarif standard • Stades 3 et 4 – Refus
Décision pour l'assurance maladies graves	Selon le type de tumeur, le stade et la date du dernier traitement, les offres peuvent être très variables. On considère que le traitement est terminé lorsque toutes les interventions chirurgicales et tous les traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie sont terminés. Papillaire • Stades 1 et 2 – Moins de 6 ans : report – Plus de 6 ans : tarif standard avec exclusion pour le cancer de la thyroïde • Stades 3 et 4 – Refus Tous les autres • Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Cancer de la thyroïde indifférencié ou anaplasique • Thyroglobuline postopératoire élevée • Non-observance du suivi recommandé
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Tumeur maligne apparue dans l'enfance • Cancer récidivant ou métastatique

Cancer du sein

Type de cancer qui se développe dans les cellules du tissu mammaire, généralement dans les canaux ou les lobules. Il survient lorsque des cellules mammaires mutent et se développent de manière incontrôlée, formant souvent une tumeur. Il s'agit du cancer le plus courant chez les femmes. Seules les tumeurs malignes sont abordées dans cette section.

Voir [Maladies du sein : kyste/nodule](#) pour les tumeurs bénignes.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Date du diagnostic • Type et stade • Taille de la tumeur • Atteinte des nœuds lymphatiques • Métastases (propagation de la maladie) • Récidive • Types de traitement (intervention chirurgicale, chimiothérapie, radiothérapie) • Date du dernier traitement • Examens de suivi
Exigences particulières	• DMT, y compris le rapport de pathologie et les examens de suivi
Décision pour l'assurance-vie	Carcinome canalaire in situ (CCIS) • Report si moins d'un an depuis le dernier traitement • Surprime fixe si 1 à 3 ans se sont écoulés depuis le dernier traitement; par la suite, tarif standard Cancer invasif du sein Selon l'âge au moment du diagnostic, un coefficient permanent de 150 % ou 200 % peut être appliqué. • Pour tous les cancers du sein, on considère que le traitement est terminé lorsque toutes les interventions chirurgicales et tous les traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie sont terminés. Le tamoxifène, le létrozole, les inhibiteurs de l'aromatase ou les inhibiteurs de l'œstrogène peuvent encore être utilisés et ne doivent pas être considérés comme faisant partie du dernier traitement. • En fonction du stade, du type de tumeur et de la date du dernier traitement, les offres peuvent être très variables. • Stade 1 (basé sur la date du dernier traitement) – Moins d'un an : report – De 1 à 4 ans : de surprime fixe minimale de 7,50 \$ par 1 000 \$ de couverture pendant 2 à 5 ans à report – De 4 à 6 ans : dans le meilleur des cas – tarif standard. Possibilité d'une surprime fixe minimale de 7,50 \$ par 1 000 \$ de couverture pendant 1 à 2 ans. – Plus de 6 ans : tarif standard • Stade 2 (basé sur la date du dernier traitement) – Moins de 2 ans : report – Plus de 2 à 6 ans : de surprime fixe minimale de 7,50 \$ par 1 000 \$ de couverture pendant 2 à 6 ans à report – Plus de 6 ans : dans le meilleur des cas – tarif standard. Possibilité d'une surprime fixe minimale de 7,50 \$ par 1 000 \$ de couverture pendant 2 à 3 ans. • Stade 3 (basé sur la date du dernier traitement) – Moins de 5 ans : report – Plus de 5 à 9 ans : de surprime fixe minimale de 15 \$ par 1 000 \$ de couverture pendant 2 à 5 ans à report – Plus de 9 ans : de surprime minimale de 150 % à refus • Stade 4 – Tous les cas sont refusés, sauf les cas de carcinome lobulaire in situ.
Décision pour l'assurance maladies graves	• Tous les cas sont refusés, sauf les cas de carcinome lobulaire in situ.
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Type inflammatoire de cancer invasif • Cancer métastatique • Avec œdème du bras avant l'intervention chirurgicale ou ulcération de la peau • Non-observance du suivi recommandé
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• s. o.

Carcinome basocellulaire

Voir la section « [Cancer de la peau](#) »

Carcinome épidermoïde (cutané)

Voir la section « [Cancer de la peau](#) »

Chirurgie bariatrique

Série d'interventions chirurgicales visant à traiter les personnes atteintes d'obésité sévère afin d'obtenir une perte de poids importante et durable, en modifiant le système digestif, par exemple en réduisant la taille de l'estomac ou en contournant une partie des intestins, afin de limiter l'ingestion et l'absorption des aliments. Les interventions les plus courantes sont la gastroscopie, l'agrafage de l'estomac, le pontage gastrique et l'anneau gastrique.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date de l'intervention chirurgicale • Type d'intervention chirurgicale • Corpulence actuelle • Perte de poids au cours des 12 derniers mois • Complications • Antécédents de maladies chroniques associées, telles que le diabète, l'hypertension, l'apnée du sommeil, la prise ou la perte de poids, l'anémie, la dépression ou des bilans hépatiques anormaux
Exigences particulières	• Signes vitaux • DMT avec analyses sanguines, y compris formule sanguine complète
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	• La corpulence actuelle et la perte de poids au cours des 12 derniers mois influenceront la décision. Interventions gastriques autres que l'anneau : • Il y a plus de 6 mois à 2 ans : coefficient minimal de 150 % • Il y a plus de 2 ans : tarif standard dans le meilleur des cas Anneau gastrique • Il y a plus de 6 mois : tarif standard dans le meilleur des cas
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• En attente d'une intervention chirurgicale ou dans les 6 mois suivant l'intervention chirurgicale

Colite ulcéreuse

Maladie inflammatoire chronique de l'intestin qui cause de l'inflammation et des lésions ulcéreuses sur la paroi du rectum et du côlon. Elle entraîne généralement des symptômes de douleurs abdominales, de diarrhées sanglantes, de perte de poids, de fatigue et/ou d'urgence intestinale.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Fréquence des poussées • Gravité (définie par le site et la durée) • Date de la dernière coloscopie • Perte de poids importante au cours des 12 derniers mois • Traitement et/ou médicaments • Intervention chirurgicale • Complications et manifestations extracoliques
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	Forme légère (rectite uniquement) • Dans le meilleur des cas : tarif standard possible si le diagnostic a été posé il y a plus d'un an Forme modérée (colite gauche) • Coefficient de 150 % à 175 % • Dans le meilleur des cas : tarif standard possible si le diagnostic a été posé il y a plus de 2 ans Forme grave (pancolite) • Dans le meilleur des cas : si aucun antécédent d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale, et apparition des symptômes il y a plus de 2 ans, possibilité de coefficient de 250 % à 150 % • Avec intervention chirurgicale (colectomie et iléostomie permanente), il y a plus de 6 mois, tarif standard possible. • Avec intervention chirurgicale (colectomie et anastomose iléorectale ou hémicolectomie), il y a plus de 6 mois, coefficient possible de 150 % à 175 %
Décision pour l'assurance maladies graves	Formes légères et modérées (rectite ou colite gauche) • Dans le meilleur des cas : de tarif standard à coefficient de 150 % si le diagnostic a été posé il y a plus d'un an Forme grave (pancolite) • Dans le meilleur des cas : si aucun antécédent d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale, et apparition des symptômes il y a plus de 2 ans, possibilité de coefficient de 200 % • Avec intervention chirurgicale (colectomie et anastomose iléorectale ou hémicolectomie), il y a plus de 6 mois : coefficient de 175 %; après 2 ans, coefficient de 150 %
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• En attente d'une intervention chirurgicale ou de 0 à 6 mois depuis l'intervention chirurgicale • Pancolite diagnostiquée il y a un an ou moins • Non-observance de la coloscopie de suivi • Perte de poids continue • Prise de ≥ 10 mg par jour de prednisone • Augmentation des enzymes hépatiques correspondant à 2 fois la normale
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Si diagnostic établi dans les 12 derniers mois • En attente d'une intervention chirurgicale ou de 0 à 6 mois depuis l'intervention chirurgicale • Non-observance de la coloscopie de suivi • Perte de poids continue • Prise de ≥ 10 mg par jour de prednisone

Commotion cérébrale et blessure à la tête

Traumatisme crânien ou lésion cérébrale traumatique (LCT) qui peut entraîner des maux de tête violents, une altération de la vigilance ou une perte de conscience. Elle perturbe temporairement le fonctionnement du cerveau et peut provoquer des symptômes, tels que des maux de tête, des étourdissements, de la confusion, des pertes de mémoire, des nausées et/ou des changements d'humeur. La perte de conscience n'est pas toujours présente.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Nombre d'épisodes • Date du dernier épisode • Fracture du crâne, le cas échéant • Perte de conscience et durée, le cas échéant • Hospitalisation(s) • Date du rétablissement • Séquelles (maux de tête, étourdissements, vertiges) • Complications (épilepsie, syndrome post-commotion cérébrale) • Absence du travail/invalidité prolongée • Participation active à des sports dangereux et/ou athlètes professionnels
Exigences particulières	• DMT en cas de symptômes permanents/séquelles/complications ou de perte de conscience
Décision pour l'assurance-vie	Dans le meilleur des cas • Tarif standard si épisode léger et rétablissement complet sans séquelles Grave • Report si moins d'un an depuis la blessure • Tarif standard possible si plus d'un an s'est écoulé depuis la blessure et que les séquelles sont légères ou inexistantes, sinon au cas par cas
Décision pour l'assurance maladies graves	Dans le meilleur des cas • Tarif standard si épisode léger et rétablissement complet sans séquelles Grave • Report si moins d'un an depuis la blessure • Tarif standard possible avec exclusion de la lésion cérébrale acquise (LCA) si plus d'un an s'est écoulé depuis la blessure et que les séquelles sont légères ou inexistantes, sinon au cas par cas
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	Épisode unique léger • Moins de 6 mois depuis la blessure, avec séquelles Épisode grave • Moins de 12 mois depuis la blessure Avec épilepsie résiduelle • Moins de 12 mois

Crise

Voir la section « [Épilepsie](#) »

Crise cardiaque

Voir la section « [Maladie coronarienne](#) »

Défibrillateur

Voir la section « [Stimulateur cardiaque](#) »

Déficiência intellectuelle

Trouble neurodéveloppemental caractérisé par des limitations importantes à la fois du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, qui couvre de nombreuses aptitudes sociales et pratiques de la vie quotidienne. Il se manifeste généralement avant l'âge de 18 ans et nuit à la capacité d'une personne à apprendre, à raisonner, à résoudre des problèmes et à s'adapter à de nouvelles situations.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge au moment du diagnostic • Aptitudes sociales, comportement restrictif • Traitement • Progression des études/du programme scolaire • Tout trouble associé (anxiété/dépression, crise/épilepsie) • Gravité – Forme légère : autonomie, pas d'institutionnalisation ou de soins à domicile, pas d'incapacité ou de limitation physique, bonne capacité à prendre soin de soi-même – Forme modérée : nécessite des soins à domicile, mais pas d'institutionnalisation, pas d'incapacité ou de limitation physique, certaine capacité à prendre soin de soi-même – Forme grave : institutionnalisation requise, incapacité ou limitation physique, incapacité à accomplir les AVQ/AVD
Exigences particulières	• DMT fournissant des renseignements sur le QI, l'adaptation sociale, les résultats scolaires, le degré d'autonomie et l'emploi
Décision pour l'assurance-vie	• 10 ans ou moins : report • 11 ans ou plus : dans le meilleur des cas, coefficient de 150 % à 200 % (forme légère à modérée)
Décision pour l'assurance maladies graves	• 10 ans ou moins : report • 11 ans ou plus : dans le meilleur des cas, coefficient de 150 % (forme légère)
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Déficience intellectuelle grave • Incapacité à accomplir les activités de la vie quotidienne • Institutionnalisation requise
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Déficience intellectuelle modérée ou grave • Avec épilepsie • Incapacité à accomplir les activités de la vie quotidienne • Institutionnalisation requise

Démence

Voir la section « [Trouble cognitif](#) »

Drépanocytose

Voir la section « [Anémie](#) »

Dépression

Problème de santé mentale caractérisé par une tristesse persistante, une perte d'intérêt pour les activités et une perturbation marquée des activités quotidiennes. Elle peut se manifester sous la forme d'un épisode unique ou d'un trouble récurrent ou chronique. Les symptômes sont notamment des changements dans l'appétit ou le sommeil, de la fatigue, des difficultés de concentration, des sentiments de dévalorisation ou de culpabilité, et/ou des pensées suicidaires.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge à l'apparition des symptômes • Diagnostic, cause • Gravité des symptômes • Fréquence des épisodes • Stabilité • Traitement/médicaments • Situation actuelle : observance du traitement et examens de suivi • Absence du travail ou de l'école • Hospitalisations ou visites à l'urgence, le cas échéant • Pensées suicidaires ou tentatives de suicide, le cas échéant • Antécédents de consommation d'alcool et/ou de drogues
Exigences particulières	• Questionnaire sur la santé mentale • DMT
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	La gravité est basée sur l'altération des fonctions sociales ou professionnelles (le cas échéant), la période de stabilité (avec ou sans traitement), l'observance du traitement, les hospitalisations ou visites à l'urgence, et l'existence d'une comorbidité d'abus de substances ou d'autres troubles de santé mentale, et de pensées suicidaires ou de tentatives de suicide. Forme légère (Symptômes légers, stabilisés sous traitement ou non, aucune absence du travail importante, aucune hospitalisation ni pensée suicidaire) • Tarif standard Forme modérée ou grave • De tarif standard à refus selon la gravité et la récurrence des symptômes, et de la réponse au traitement
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Absence du travail au moment de la proposition • Antécédents de dépression post-partum et grossesse en cours • Mauvaise réponse au traitement ou symptômes chroniques persistants • 65 ans ou plus : report si dans les 2 ans suivant le diagnostic • Traitement par kétamine • Associée à un abus de substances actuel • Tentatives de suicide multiples avant l'âge de 20 ans ou au cours des 5 dernières années

Diabète

Trouble métabolique qui se caractérise par une concentration élevée de glucose dans le sang (hyperglycémie) attribuable à une diminution de la sécrétion d'insuline, à un défaut de l'action de l'insuline, ou aux deux. L'insuline est une hormone produite par le pancréas. Elle aide le glucose à pénétrer dans les cellules, qui l'utiliseront comme source d'énergie ou qui la stockeront sous forme de gras. Les personnes ayant des antécédents de diabète gestationnel présentent un risque accru de développer un diabète de type 2. Le diabète auto-immun latent de l'adulte (LADA), souvent appelé diabète de type 1.5, est une forme de diabète qui présente des caractéristiques à la fois du diabète de type 1 et du diabète de type 2. Le diabète du type de la maturité chez un sujet jeune (MODY), souvent confondu avec un diabète de type 1 ou de type 2, apparaît généralement avant l'âge de 30 ans.

Diabète – Type 1 (y compris LADA et MODY)

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel et âge à l'apparition des symptômes • Type de diabète (type 1, type 2, gestationnel ou intolérance au glucose/prédiabète) • Situation quant à l'usage du tabac • Taille et poids • Type de traitement, médication, régime alimentaire et exercice physique • Contrôle de la glycémie par le dosage de l'HbA1c • Complications diabétiques (coma hypoglycémique/acidocétose, rétinopathie, neuropathie, néphropathie, maladie coronarienne, maladie artérielle périphérique ou maladie cérébrovasculaire)
Exigences particulières	• Bilan sanguin (y compris HbA1c), analyse d'urine (y compris microalbumine) et signes vitaux • DMT si maladie connue de longue date ou complications connues
Décision pour l'assurance-vie	Diabète de type 1 et diabète LADA • Selon l'âge de la personne assurée, la durée et le degré de contrôle du diabète, le coefficient peut varier de 150 %, dans le meilleur des cas, à un refus. Diabète MODY • Au cas par cas
Décision pour l'assurance maladies graves	Diabète de type 1 et diabète LADA • Refus Diabète MODY • Au cas par cas
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Personne à assurer de 10 ans ou moins • Gros fumeur (plus d'un paquet par jour) • HbA1c ≥ 11 % • DFGe inférieur à 60 • Protéinurie ou albuminurie importante • En association avec une maladie coronarienne, une maladie cardiovasculaire ou un accident vasculaire cérébral et l'usage du tabac • Un seul épisode de coma hypoglycémique (acidocétose) au cours des 12 derniers mois ou plusieurs épisodes au cours des 2 dernières années
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Le diabète MODY peut être considéré. • Tous les autres cas d'assurance maladies graves sont refusés.

Diabète – Type 2

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel et âge à l'apparition des symptômes • Type de diabète (type 1, type 2, gestationnel ou intolérance au glucose/prédiabète) • Situation quant à l'usage du tabac • Taille et poids • Type de traitement, médication, régime alimentaire et exercice physique • Contrôle de la glycémie par le dosage de l'HbA1c • Complications diabétiques (coma hypoglycémique/acidocétose, rétinopathie, neuropathie, néphropathie, maladie coronarienne, maladie artérielle périphérique ou maladie cérébrovasculaire)
Exigences particulières	• Bilan sanguin (y compris HbA1c), analyse d'urine (y compris microalbumine) et signes vitaux • DMT si maladie connue de longue date ou complications
Décision pour l'assurance-vie	Dans le meilleur des cas • Personne à assurer de 50 ans ou plus, tarif standard possible si excellent contrôle de la glycémie (HbA1c $\leq 7,5$ %), aucune comorbidité donnant lieu à une surprime et aucune complication diabétique
Décision pour l'assurance maladies graves	• Les personnes admissibles à l'assurance maladies graves se voient généralement imposer un coefficient de 25 à 50 % par rapport à leur prime d'assurance-vie à risque standard.
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Personne à assurer de moins de 20 ans, et temps écoulé depuis le diagnostic de 15 ans ou moins • Gros fumeur (plus d'un paquet par jour) • HbA1c ≥ 11 % • DFGe inférieur à 60 • Protéinurie ou albuminurie importante • En association avec une maladie coronarienne, une maladie cardiovasculaire ou un accident vasculaire cérébral et l'usage du tabac • Un seul épisode de coma hypoglycémique (acidocétose) au cours des 12 derniers mois ou plusieurs épisodes au cours des 2 dernières années
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Personne à assurer de moins de 30 ans • Gros fumeur (plus d'un paquet par jour) • HbA1c ≥ 11 % • DFGe inférieur à 60 • Protéinurie ou albuminurie importante • En association avec une rétinopathie proliférante ou une neuropathie périphérique/sensorielle • En association avec une maladie coronarienne, une maladie cardiovasculaire ou un accident vasculaire cérébral et l'usage du tabac • Un seul épisode de coma hypoglycémique (acidocétose) au cours des 3 dernières années ou plusieurs épisodes au cours des 7 dernières années

Diabète gestationnel

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel et âge à l'apparition des symptômes • Type de diabète (type 1, type 2, gestationnel ou intolérance au glucose/prédiabète) • Situation quant à l'usage du tabac • Taille et poids • Type de traitement, médication, régime alimentaire et exercice physique • Contrôle de la glycémie par le dosage de l'HbA1c • Complications diabétiques (coma hypoglycémique/acidocétose, rétinopathie, neuropathie, néphropathie, maladie coronarienne, maladie artérielle périphérique ou maladie cérébrovasculaire)
Exigences particulières	• Bilan sanguin (y compris HbA1c), analyse d'urine (y compris microalbumine) et signes vitaux • DMT si maladie connue de longue date ou complications connues
Décision pour l'assurance-vie	Grossesse en cours • Coefficient de 150 % si examens de suivi et aucune complication (hypertension ou prééclampsie) Post-partum • Si les résultats actuels de la glycémie sont normaux, de tarif standard à coefficient de 150 %, selon le nombre de facteurs de risque (obésité, hypertension, prééclampsie)
Décision pour l'assurance maladies graves	Grossesse en cours • Report Post-partum • Si les résultats actuels de la glycémie sont normaux, de tarif standard à coefficient de 175 %, selon le nombre de facteurs de risque (obésité, hypertension, prééclampsie)
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Femme enceinte présentant une hypertension et une albuminurie ou une prééclampsie
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Grossesse en cours

Diverticulite

Affection qui survient lorsque de petites poches (diverticules) se forment dans la paroi du côlon et s'enflamment ou s'infectent. Elle provoque généralement de fortes douleurs abdominales, de la fièvre, des nausées, de la diarrhée ou de la constipation, et des ballonnements.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Date du dernier épisode • Perte/stabilité de poids au cours des 12 derniers mois • Traitement/médicaments • Hospitalisation(s) • Intervention chirurgicale • Complications
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	Sans intervention chirurgicale • Dans le meilleur des cas : tarif standard si plus de 3 mois se sont écoulés depuis la fin du dernier épisode, sans séquelles Avec intervention chirurgicale • Dans les 12 derniers mois : report • Il y a plus de 12 mois : tarif standard possible en l'absence de récurrence et de séquelles
Décision pour l'assurance maladies graves	Sans intervention chirurgicale • Dans le meilleur des cas : tarif standard si plus de 3 mois se sont écoulés depuis la fin du dernier épisode, sans séquelles Avec intervention chirurgicale • Dans les 12 derniers mois : report • Il y a plus de 12 mois : coefficient possible de 150 % en l'absence de récurrence et de séquelles
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• En attente d'une intervention chirurgicale • Antécédents d'intervention chirurgicale et récurrence de diverticulite • Dans les 3 mois suivant l'intervention chirurgicale ou le diagnostic

Douleur chronique

Douleur persistante ou récurrente qui dure plus de 3 mois et qui persiste souvent même après la guérison de la blessure ou de la maladie initiale. Elle peut avoir une incidence importante sur la qualité de vie d'une personne, en nuisant à ses capacités fonctionnelles physiques et à son bien-être émotionnel.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date d'apparition des symptômes • Cause • Gravité • Type de traitement • Médicaments (opioïdes ou non opioïdes) • Absence du travail • Séquelles • Troubles de santé mentale associés • Alcoolisme ou toxicomanie
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	Médicaments non opioïdes • Dans le meilleur des cas : tarif standard si la cause est établie et que les symptômes sont soulagés par la prise de moins de 3 médicaments Médicaments opioïdes • Prise actuelle ou dans la dernière année – Moins de 30 ans : report – De 30 à 65 ans : dans le meilleur des cas, coefficient de 200 % en l'absence de facteurs défavorables – Moins de 65 ans : refus • Dernière utilisation il y a plus d'un an – Dans le meilleur des cas, tarif standard si aucun facteur défavorable
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Cannabis utilisé conjointement avec des opiacés • Utilisation de kétamine • Multiples facteurs défavorables, notamment douleur diffuse, sans emploi ou en invalidité, capacités fonctionnelles limitées, dépression associée ou autres troubles psychiatriques, changement fréquent de médicaments, et/ou antécédents d'abus de substances

Dysphorie de genre (y compris transgenre, diversité de genre, réassignation de genre)

Problème de santé selon lequel une personne éprouve une détresse psychologique résultant d'une incongruité entre le sexe qui lui a été assigné à la naissance et son identité de genre. Les taux seront définis en fonction du « sexe assigné à la naissance »; la formule d'appel et le contrat refléteront l'identité de genre.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge • Date du diagnostic • Traitement (hormonal/chirurgical) • Chirurgie d'affirmation du genre • Complications • Toxicomanie et/ou problème d'alcool • Autres troubles psychiatriques
Exigences particulières	• DMT • Dépistage du VIH et des hépatites B et C
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	Dans le meilleur des cas (avec ou sans hormonothérapie) • Tarif standard si aucune intervention chirurgicale n'est envisagée, et s'il n'y a pas d'antécédents de troubles psychiatriques, de toxicomanie ou de problème d'alcool
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• En attente d'une intervention chirurgicale ou intervention chirurgicale pratiquée dans les 6 mois Enfants mineurs • Au cas par cas

Embolie pulmonaire

Voir la section [« Thrombose veineuse »](#)

Épilepsie

Trouble neurologique chronique caractérisé par des crises récurrentes et non provoquées, dues à une activité électrique anormale dans le cerveau et provoquant un large éventail de symptômes, allant de brèves pertes de conscience à des convulsions prolongées de l'ensemble du corps.

Pour narcolepsie : Voir la section « [Narcolepsie](#) ».

Facteurs de risque liés à la tarification	• Cause • Type de crise (absence, généralisée, idiopathique/inconnue) • Nombre de crises • Fréquence par année • Date de la dernière crise • Résultats de l'examen • Traitement/médicaments/intervention chirurgicale • Dossier de conduite • Loisirs • Profession • Complications neurologiques
Exigences particulières	• DMT, y compris les résultats de l'EEG et/ou de l'IRM
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	Crise unique (y compris crise hyperpyrétique) • Dans le meilleur des cas : tarif standard si un examen complet a été réalisé et que la crise remonte à plus de 6 mois • Pas d'examen ou date de la crise il y a moins de 6 mois : report Crises multiples • Absence (petit mal, crise généralisée non motrice) ou crise focale simple – Dans le meilleur des cas : tarif standard si absence de crise depuis un an ou plus • Crises récurrentes – Coefficient de 150 % à 175 %, selon le nombre de crises par mois • Crises généralisées motrices, crises tonico-cloniques, crises focales complexes ou inconnues – Dans le meilleur des cas : de tarif standard à coefficient de 200 %, selon le nombre de crises par année et la date de la dernière crise – Refus si plus de 12 crises par an et/ou troubles cognitifs graves Intervention chirurgicale réalisée il y a plus d'un an • Dans le meilleur des cas : tarif standard en l'absence de complications ou de séquelles
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Aucun examen ou examens restreints • Diagnostic posé au cours des 6 derniers mois • En attente d'une intervention chirurgicale ou dans les 6 mois de l'intervention • Non-observance du traitement • Participation à des loisirs à haut risque (extrême) • Dossier de conduite peu reluisant • Antécédents de consommation abusive d'alcool ou de drogues (sauf le cannabis thérapeutique) • Un seul épisode d'état de mal épileptique en 2 ans, ou 2 épisodes ou plus

Facteur V de Leiden

Voir la section « [Hypercoagulabilité](#) »

Fibrillation auriculaire

Rythme cardiaque irrégulier et souvent rapide qui se produit lorsque les battements des cavités supérieures du cœur ne sont pas coordonnés avec ceux des cavités inférieures, ce qui peut entraîner des symptômes, tels que des palpitations cardiaques, de la fatigue, de l'essoufflement, des étourdissements et/ou des douleurs thoraciques. Sans traitement, elle peut entraîner la formation de caillots sanguins, des accidents vasculaires cérébraux, une insuffisance cardiaque et d'autres complications cardiaques.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Fréquence des épisodes par année • Date du dernier épisode • Traitement/médication (avec ou sans anticoagulant) • Ablation chirurgicale • Types d'examen cardiaque (ECG, échocardiogramme) et résultats • Observance du traitement recommandé et suivis médicaux
Exigences particulières	• DMT, y compris les résultats de l'ECG et/ou de l'échocardiogramme
Décision pour l'assurance-vie	Traitée par ablation • Il y a un an ou moins : coefficient de 150 % si pas de récurrence de la fibrillation auriculaire • Il y a un an : tarif standard si pas de récurrence de la fibrillation auriculaire Avec ou sans médicaments • Dans le meilleur des cas : de tarif standard à coefficient de 150 % si évaluation complète et résultats normaux de l'ECG à l'effort et/ou de l'échocardiogramme à l'effort
Décision pour l'assurance maladies graves	Traitée par ablation • Il y a un an ou moins : report en l'absence de récurrence de la fibrillation auriculaire • Il y a un an : tarif standard si pas de récurrence de la fibrillation auriculaire Avec ou sans médicaments • Épisode unique : tarif standard si évaluation complète et résultats normaux de l'échocardiogramme • Épisodes multiples : refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Fibrillation auriculaire nouvellement découverte lors d'un examen ou dans les 2 dernières années et sans investigation • Avec antécédents d'embolie, d'AVC, d'AIT, de cardiopathie valvulaire modérée ou grave, de cardiomyopathie, de résultats positifs à l'épreuve d'effort sans autre évaluation coronarienne
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Fibrillation auriculaire nouvellement découverte lors d'un examen ou dans les 2 dernières années et sans investigation • Avec antécédents d'embolie, d'AVC, d'AIT, de cardiopathie valvulaire modérée ou grave, de cardiomyopathie, de résultats positifs à l'épreuve d'effort sans autre évaluation coronarienne • Fibrillation auriculaire chronique • Avec souffle cardiaque, signes de cardiopathie ischémique ou résultats anormaux à l'échocardiogramme à l'effort ou ECG à l'effort

Fibromyalgie

Affection chronique d'inflammation non spécifique des muscles et du tissu conjonctif qui provoque des douleurs musculosquelettiques et une sensibilité dans tout le corps, ainsi que de la fatigue et des difficultés à dormir, des troubles du sommeil et/ou des problèmes cognitifs.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Gravité des symptômes • Type de traitement • Invalidité • Troubles de santé mentale associés
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	• Dans le meilleur des cas : tarif standard • En cas de traitement par opiacés, voir la section « Douleur chronique »
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• En cas de traitement par opiacés, voir la section « Douleur chronique »

Fibrose kystique

Maladie génétique qui touche les poumons, le pancréas et d'autres organes, provoquant une accumulation de mucus épais et collant qui obstrue divers systèmes et appareils de l'organisme et qui peut provoquer des infections pulmonaires persistantes, des problèmes digestifs et d'autres complications.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Traitement (médical ou chirurgical) • Tests de la fonction respiratoire • Usage du tabac
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	• Moins de 20 ans : refus • 20 ans ou plus : au cas par cas le résultat de la fonction respiratoire doit être au moins 85 % de la fonction normale, et le dysfonctionnement pancréatique doit être minimal et maîtrisé.
Décision pour l'assurance maladies graves	• Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Fumeur • Fonction pulmonaire et/ou pancréatique sous-optimale
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Tous les cas d'assurance maladies graves sont refusés.

Gastrite

Inflammation de la paroi de l'estomac, qui peut être aiguë ou chronique. Elle peut être causée par divers facteurs, notamment des infections bactériennes, une consommation excessive d'alcool, certains médicaments ou des troubles auto-immuns. Les symptômes sont notamment des douleurs abdominales, des nausées, des vomissements et des indigestions.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Aiguë ou récurrente • Date du dernier épisode • Cause • Symptômes • Traitement/médicaments • Examens/investigations • Stabilité du poids • Antécédents de consommation d'alcool • Complications
Exigences particulières	• DMT en cas de récurrence, et résultats d'une endoscopie et des tests de laboratoire
Décision pour l'assurance-vie	Cause inconnue • Aiguë et guérie : tarif standard • Chronique : tarif standard possible si réponse favorable au traitement et absence de complications Cause connue • H. pylori : tarif standard en cas d'éradication sans symptômes, sinon de coefficient de 150 % à refus, selon la gravité des symptômes • Autres causes : au cas par cas Avec antécédents de saignement • Au cas par cas
Décision pour l'assurance maladies graves	Cause inconnue • Aiguë et guérie : tarif standard • Chronique : de tarif standard à coefficient de 150 % si réponse favorable au traitement et absence de complications Cause connue • H. pylori : tarif standard en cas d'éradication sans symptômes, sinon de coefficient de 150 % à refus, selon la gravité des symptômes • Autres causes : au cas par cas Avec antécédents de saignement • Au cas par cas
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Symptômes graves, tels qu'une perte de poids importante ou une anémie • Ne répond pas bien au traitement et n'a pas subi d'endoscopie.

Glomurélopathie

Inflammation des minuscules filtres (glomérules) du rein. Elle peut être aiguë ou chronique et nuire à la capacité des reins de filtrer les déchets et l'excès de liquide dans le sang, ce qui peut entraîner des lésions rénales ou une insuffisance rénale.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Âge actuel • Aiguë ou chronique • Traitement/médicaments • Pression artérielle • Fonctions rénales • Complications
Exigences particulières	• DMT • Bilan sanguin, analyse d'urine et signes vitaux
Décision pour l'assurance-vie	Aiguë/syndrome néphrotique • Présence ou rétablissement au cours des 6 derniers mois – Report • Dans le meilleur des cas – Tarif standard si rétablissement complet sans anomalie urinaire persistante (protéinurie/albuminurie) Chronique • De coefficient de 200 % à refus selon la gravité
Décision pour l'assurance maladies graves	Aiguë/syndrome néphrotique • Présence ou rétablissement au cours des 6 derniers mois – Report • Dans le meilleur des cas – Coefficient de 150 % si rétablissement complet sans anomalie urinaire persistante (protéinurie/albuminurie) Chronique – Refus
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Hypertension non contrôlée • DFGe faible < 49 • Diabète ou maladie coronarienne avec un DFGe < 60 • Faible taux d'albumine ou de protéines totales sériques

Goutte

Forme d'arthrite inflammatoire causée par l'accumulation de cristaux d'acide urique dans les articulations, touchant le plus souvent le gros orteil. Elle se caractérise par des crises soudaines et graves de douleur, de l'enflure et de la rougeur dans une ou plusieurs articulations.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Nombre de crises • Déformation des articulations • Traitement/médicaments • Acide urique sérique • Présence de calculs rénaux • Analyse d'urine (albuminurie)
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	• Dans le meilleur des cas : tarif standard si réponse favorable au traitement lors d'épisodes, et s'il n'y a pas de déformation ni de séquelles
Décision pour l'assurance maladies graves	
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Albuminurie importante

Greffe de rein

Procédure chirurgicale consistant à implanter un rein sain d'un « donneur » dans un « receveur » dont les reins sont défaillants ou ne fonctionnent plus correctement. Cette opération vitale vise à rétablir une fonction rénale normale chez les patients atteints d'insuffisance rénale terminale. L'espérance de vie d'un donneur en bonne santé est présumée inchangée.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Donneur ou receveur de rein • Âge actuel • Âge au moment de la greffe • Type de donneur (frères et sœurs/parents vivants, autre donneur vivant, donneur cadavérique) • Fonction rénale • Complications
Exigences particulières	• DMT • Bilan sanguin et analyse d'urine
Décision pour l'assurance-vie	Donneur • Dans les 12 mois suivant la greffe : report • 12 mois après la greffe : tarif standard si guérison complète et fonctions rénales normales Receveur • Dans les 2 ans suivant la greffe : report • 2 ans après la greffe – 25 ans ou moins : refus – Plus de 25 ans : coefficient minimal de 250 % à 450 % selon l'âge, le type de donneur et les fonctions rénales
Décision pour l'assurance maladies graves	Donneur • Dans les 12 mois suivant la greffe : report • 12 mois après la greffe : tarif standard si guérison complète et fonctions rénales normales Receveur • Refu
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• En attente d'une greffe • Protéinurie après la greffe pouvant faire l'objet d'une surprime • Avec diabète, maladie coronarienne ou hypertension non contrôlée • Nouvelle greffe rénale ou greffes de plusieurs organes • Réaction du greffon contre l'hôte
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Report pour les donneurs dans les 12 mois suivant l'intervention chirurgicale • Tous les cas d'assurance maladies graves du receveur sont refusés.

Grossesse

État physiologique caractérisé par le développement d'un ou de plusieurs embryons ou fœtus à l'intérieur du corps, généralement pendant une durée d'environ 40 semaines, de la conception à l'accouchement.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Trimestre • Antécédents de complications liées à la grossesse (prééclampsie, éclampsie, syndrome HELLP, vomissements sévères) • État de santé actuel
Exigences particulières	• DMT, s'il y a grossesse et présence ou antécédents de complication
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	Pas de grossesse ni d'antécédents de complications • Tarif standard Grossesse et antécédents de complications • Report Diabète gestationnel • Voir la section « Diabète »
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Grossesse en cours avec complications ou antécédents de dépression post-partum

Hématurie

Présence de sang dans les urines, visible à l'œil nu (hématurie macroscopique) ou détectable au microscope (hématurie microscopique). Elle peut être le signe de diverses affections sous-jacentes des voies urinaires, allant de problèmes mineurs, tels que les infections urinaires, à des problèmes plus graves, tels que les calculs rénaux ou le cancer.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge • Sexe assigné à la naissance • Date d'apparition des symptômes • Cause • Examens/investigations (cystoscopie et/ou imagerie des reins et des voies urinaires, telle que l'échographie, la tomodensitométrie, la pyélographie intraveineuse) • Antécédents de maladie rénale • Présence d'autres éléments dans les urines, tels que des globules blancs ou une protéinurie
Exigences particulières	• Analyse d'urine • DMT
Décision pour l'assurance-vie	Cause connue • Menstruations et moins de 55 ans – Tarif standard • Dans les 2 mois suivant un accouchement – Tarif standard en l'absence d'antécédents de maladie rénale, de protéinurie ou d'hypertension; sinon, report Cause inconnue • Homme âgé de moins de 50 ans ou femme âgée de moins de 55 ans – Dans le meilleur des cas : de tarif standard à coefficient de 150 % • Homme âgé de 50 ans ou plus ou femme âgée de 55 ans ou plus ayant subi un examen complet – De coefficient de 175 % à report selon les résultats de l'analyse d'urine • Examen complet et exclusion de malignité – Dans le meilleur des cas : tarif standard Présence de protéinurie ou d'albuminurie • Voir la section « Protéinurie »
Décision pour l'assurance maladies graves	Cause connue • Menstruations et moins de 55 ans – Tarif standard • Dans les 2 mois suivant un accouchement – Tarif standard en l'absence d'antécédents de maladie rénale, de protéinurie ou d'hypertension; sinon, report Cause inconnue • Homme âgé de moins de 50 ans ou femme âgée de moins de 55 ans – Tarif standard ou report selon les résultats de l'analyse d'urine • Homme âgé de 50 ans ou plus ou femme âgée de 55 ans ou plus ayant subi un examen complet – Report • Examen complet et exclusion de malignité – Si la cause est connue, consulter la section ci-dessus – Si la cause est inconnue, report Présence de protéinurie ou d'albuminurie • Voir la section « Protéinurie »
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Augmentation importante du taux de globules rouges (GR $\geq$ 21) • GR $\geq$ 5 avec présence de protéinurie ou d'albuminurie et cause inconnue
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Taux de GR modéré ou élevé (GR $\geq$ 10) • GR $\geq$ 5 avec présence de protéinurie ou d'albuminurie et cause inconnue

Hémochromatose

Trouble qui pousse l'organisme à absorber et à stocker des quantités excessives de fer alimentaire, ce qui entraîne un excès de fer dans divers organes et tissus. Cette accumulation excessive de fer peut endommager le foie, le cœur et les glandes endocrines, et entraîner une cirrhose, un diabète sucré et une insuffisance cardiaque.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Symptômes • Traitement (phlébotomie/modification du régime alimentaire) • Résultats des tests de la fonction hépatique • Ferritine sérique (taux de fer dans le sang) • Complications, telles que l'atteinte cardiaque, le diabète, la fibrose/cirrhose du foie, le cas échéant
Exigences particulières	• Bilan sanguin, ferritine sérique et tests de la fonction hépatique • DMT, y compris formule sanguine complète et ECG
Décision pour l'assurance-vie	Non traitée • Dans le meilleur des cas : tarif standard si tests de la fonction hépatique normaux, taux de ferritine sérique acceptable (≤ 200) et aucune complication. Sinon, au cas par cas. Traitée • Dans le meilleur des cas : tarif standard si tests de la fonction hépatique normaux, taux de ferritine sérique acceptable (< 600) et aucune complication. Sinon, au cas par cas. • Avec diabète – Voir la section « Diabète ». Un coefficient de 150 % sera appliqué si le taux de ferritine sérique et les tests de la fonction hépatique sont normaux. • Avec fibrose hépatique – Si les symptômes sont légers et que les tests de la fonction hépatique et le taux de ferritine sérique se situent dans une fourchette acceptable, coefficient de 150 %.
Décision pour l'assurance maladies graves	Non traitée • Dans le meilleur des cas : coefficient de 175 % si tests de la fonction hépatique normaux, taux de ferritine sérique acceptable (< 750) et aucune complication. Sinon refus Traitée • Dans le meilleur des cas : tarif standard si tests de la fonction hépatique normaux, taux de ferritine sérique acceptable (< 600) et aucune complication. Sinon refus
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Important taux de ferritine sérique, avec ou sans traitement • Augmentation des enzymes hépatiques avec complications, telles que la fibrose hépatique et/ou le diabète • Avec atteinte cardiaque (c.-à-d. cardiomyopathie ou arythmie)

Hémophilie

Maladie qui nuit à la capacité de l'organisme de former des caillots sanguins, entraînant des saignements prolongés après une blessure ou une intervention chirurgicale. Elle est due à un déficit en facteurs de coagulation spécifiques, le plus souvent le facteur VIII (hémophilie A) ou le facteur IX (hémophilie B).

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge au moment du diagnostic • Type d'hémophilie (A, B ou C) • Niveau des facteurs
Exigences particulières	• La DMT doit indiquer les niveaux des facteurs de coagulation sanguine. • Bilan sanguin avec test de dépistage des hépatites B et C
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	• Présence et diagnostic confirmé • Moins de 20 ans : report si moins de 2 ans depuis le diagnostic; par la suite, au cas par cas • 20 ans ou plus : au cas par cas – les cas approuvés font généralement l'objet d'une surprime
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Diagnostic non confirmé

Hépatite

Inflammation du foie pouvant résulter d'infections virales, de la consommation d'alcool, de toxines, de médicaments ou d'affections auto-immunes. Les modes de transmission de chaque type d'hépatite sont les suivants :

Hépatite A

Propagée par voie fécale-orale à partir d'eau ou d'aliments contaminés. Elle disparaît généralement sans effets chroniques et est évitable par vaccin.

Hépatite B

Transmise par le sang, les fluides corporels ou de la mère à l'enfant. Elle peut entraîner des lésions chroniques du foie, une cirrhose ou un cancer du foie. Elle peut être évitée grâce à un vaccin.

Hépatite C

Propagée par contact de sang à sang, par exemple lors de transfusions sanguines ou de partage d'aiguilles. L'infection chronique peut provoquer de graves lésions du foie. Bien qu'il n'existe pas de vaccin, il existe des traitements antiviraux à action directe efficaces.

Hépatite A

Inflammation du foie causée par le virus de l'hépatite A (VHA). Elle peut être transmise par l'ingestion d'eau et d'aliments contaminés, ce qu'on appelle communément la contamination fécale-orale.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Date de la guérison complète • Traitement • Résultats des tests de la fonction hépatique
Exigences particulières	• Aucune
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	• 6 mois après le diagnostic et guérison complète : tarif standard
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Présence ou diagnostic au cours des 6 derniers mois

Hépatite B

Infection du foie causée par le virus de l'hépatite B (VHB). Elle peut être transmise par contact direct avec du sang ou d'autres fluides corporels infectés. La maladie se présente sous deux formes : aiguë et chronique.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge au moment du diagnostic • Type (aiguë ou chronique) • Résultats des tests de laboratoire, y compris la fonction du foie, les antigènes et les anticorps du VHB, la charge virale. • Traitement • Résultats des examens de suivi • Consommation d'alcool • Gravité de la fibrose hépatique
Exigences particulières	• Bilan sanguin • DMT, y compris les tests sérologiques et l'imagerie du foie, telle que l'échographie et/ou un examen au FibroScan
Décision pour l'assurance-vie	Aiguë • Dans le meilleur des cas : tarif standard si 6 mois après l'infection, guérison complète et AgHBs négatif, et tests de la fonction hépatique normaux Chronique ou personne porteuse de l'hépatite B • Jamais traitée ou traitement terminé depuis plus de 12 mois : – Dans le meilleur des cas, tarif standard si l'AgHBe est négatif et que les enzymes hépatiques sont dans les limites normales • En cours de traitement ou ayant suivi un traitement dans les 12 derniers mois : – Dans le meilleur des cas, coefficient de 200 %
Décision pour l'assurance maladies graves	Aiguë • Dans le meilleur des cas : – Tarif standard si 6 mois après l'infection, guérison complète et AgHBs négatif, et tests de la fonction hépatique normaux Chronique ou personne porteuse de l'hépatite B • Jamais traitée : – Dans le meilleur des cas, coefficient de 125 % si l'AgHBe est négatif et que les enzymes hépatiques sont dans les limites normales • Traitement terminé depuis plus de 12 mois : – Dans le meilleur des cas, tarif standard selon la sérologie de l'hépatite B • Traitement en cours : – Selon les niveaux d'enzymes hépatiques, coefficient de 200 % et exclusion du carcinome hépatocellulaire et de la cirrhose, dans le meilleur des cas
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Hépatite B aiguë au cours des 6 derniers mois • Enzymes hépatiques élevées • Infection confirmée au cours des 6 derniers mois • Consommation excessive d'alcool • Fibrose hépatique modérée à grave ou cirrhose • Co-infection avec l'hépatite C ou D

Hépatite C

Infection du foie causée par le virus de l'hépatite C (VHC). Elle peut être transmise par contact direct avec du sang infecté, par exemple en partageant des aiguilles ou des seringues. La maladie se présente sous deux formes : aiguë et chronique. L'hépatite C chronique est diagnostiquée lorsque les anticorps anti-VHC sont présents depuis plus de 6 mois.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge au moment du diagnostic • Type (aiguë ou chronique) • Mode de transmission • Résultats des tests de laboratoire, y compris des tests de la fonction hépatique • Traitement • Résultats des examens de suivi • Consommation d'alcool • Gravité de la fibrose hépatique • Toute co-infection avec l'hépatite B ou D
Exigences particulières	• Bilan sanguin avec tests de la fonction hépatique • DMT, y compris tests sérologiques et imagerie du foie (échographie et/ou FibroScan)
Décision pour l'assurance-vie	Aiguë • Dans le meilleur des cas : tarif standard si 6 mois après l'infection, guérison complète et résultat ARN du VHC négatif Chronique • Traitement terminé – ARN du VHC non détectable : tarif standard – Test non effectué ou ARN du VHC positif : évaluer selon la portion « sans traitement » ci-dessous En cours de traitement ou sans traitement • Moins de 20 ans : au cas par cas • De 20 à 60 ans : dans le meilleur des cas, coefficient de 250 % selon le temps écoulé depuis le diagnostic • Plus de 60 ans : dans le meilleur des cas, coefficient de 200 % selon le temps écoulé depuis le diagnostic
Décision pour l'assurance maladies graves	Aiguë • Dans le meilleur des cas : tarif standard si 6 mois après l'infection, guérison complète et résultat ARN du VHC négatif Chronique • Traitement terminé – ARN du VHC non décelable – coefficient de 150 % – Test non effectué ou ARN du VHC positif : report En cours de traitement ou sans traitement • Refus
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Enzymes hépatiques élevées • Hépatite C aiguë diagnostiquée il y a 6 mois ou moins • Plus d'une boisson alcoolisée par jour ou consommation actuelle de drogues • Fibrose hépatique modérée à grave ou cirrhose • Co-infection avec l'hépatite B ou D

Hernie

Elle survient lorsqu'un organe ou un tissu interne pousse à travers un point faible dans le muscle ou le tissu conjonctif environnant. Cette affection provoque une grosseur visible, touche le plus souvent la région abdominale et est souvent asymptomatique.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Type (ombilicale, hiatale, inguinale) • Traitement • Complications
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	• Tarif standard de façon générale • Hernie hiatale : voir la section « Reflux gastro-œsophagien »
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• En attente d'une intervention chirurgicale ou d'un examen

Hydrocéphalie

Affection caractérisée par une accumulation anormale de liquide céphalo-rachidien dans les ventricules du cerveau, provoquant une augmentation de la pression intracrânienne et divers symptômes neurologiques, tels que des maux de tête, des problèmes de vision, des troubles cognitifs et des problèmes d'équilibre.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Date du diagnostic • Cause • Traitements/intervention chirurgicale • Développement et fonction mentale
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	• Dans le meilleur des cas : coefficient de 250 % si absence de tumeur et pas plus d'une intervention chirurgicale ou d'une nouvelle intervention chirurgicale
Décision pour l'assurance maladies graves	• Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Non traitée (sans intervention chirurgicale) • Moins de 10 ans • Dans les 3 ans suivant une dérivation ou une nouvelle intervention chirurgicale • Avec développement ou fonction mentale anormaux
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Tous les cas d'assurance maladies graves sont refusés.

Hydronéphrose

Affection caractérisée par le gonflement d'un rein ou des deux reins en raison d'une accumulation d'urine, généralement causée par un blocage des voies urinaires qui empêche l'écoulement normal de l'urine. Si l'obstruction est transitoire, le rein revient généralement à la normale après l'élimination de l'obstruction, mais si l'affection est chronique, elle peut provoquer des lésions rénales irréversibles.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge au moment du diagnostic • Cause • Unilatérale ou bilatérale • Examens diagnostiques • Traitement • Pression artérielle • Atteinte cardiaque, le cas échéant
Exigences particulières	• DMT avec échographie et/ou radiographie rénale • Analyses de sang et d'urine
Décision pour l'assurance-vie	Unilatérale • Tarif standard si l'autre rein est normal avant ou après l'intervention chirurgicale Bilatérale • 5 ans ou moins : report • Plus de 6 ans : dans le meilleur des cas, coefficient de 200 % après une chirurgie correctrice et si l'hydronéphrose ne persiste pas
Décision pour l'assurance maladies graves	Unilatérale • Coefficient de 150 % si l'autre rein est normal avant ou après l'intervention chirurgicale Bilatérale • 5 ans ou moins : report • Plus de 6 ans : dans le meilleur des cas, coefficient de 200 % après une chirurgie correctrice et si l'hydronéphrose ne persiste pas
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Causée par une fibrose rétropéritonéale • Valeur de pression artérielle très élevée • Tests de la fonction rénale anormaux

Hypercoagulabilité

Problème de santé héréditaire ou acquis, qui se caractérise par une tendance accrue à la coagulation excessive ou inappropriée du sang. Cette affection peut augmenter de manière importante le risque de développer de dangereux caillots sanguins dans les veines et les artères de tout le corps. Comprend la résistance à la protéine C activée, le facteur V de Leiden, et le déficit en protéines C et S.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Diagnostic • Héréditaire ou acquise • Âge actuel • Symptômes • Nombre d'événements thrombotiques (thrombose veineuse, embolie pulmonaire, etc.), le cas échéant • Date du dernier événement thrombotique • Traitement et/ou médicaments • Antécédents d'usage du tabac
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	Forme héréditaire • Pas d'antécédents d'événements thrombotiques et sujet asymptomatique : tarif standard • Un seul événement thrombotique : report si dans les 6 derniers mois, ensuite coefficient de 150 % à 200 % en fonction de la prise d'anticoagulants • Épisodes récurrents et guérison : report si dans les 6 derniers mois, puis coefficient de 200 % si prise d'anticoagulants Forme acquise • Au cas par cas selon la cause
Décision pour l'assurance maladies graves	Forme héréditaire • Pas d'antécédents d'événements thrombotiques et sujet asymptomatique : coefficient de 150 % • Antécédents de thrombose : refus Forme acquise • Au cas par cas selon la cause
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Événement thrombotique dans les 6 derniers mois • Épisodes thrombotiques récurrents et sans prise d'anticoagulants à vie • Associée à la thrombocytemie essentielle • Avec antécédents d'hypertension portale non résolue
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Antécédents de thrombose

Hyperplasie/hypertrophie bénigne de la prostate (HBP)

Affection fréquente et bénigne se caractérisant par une augmentation de la taille de la prostate avec l'âge. Cette hypertrophie peut provoquer des symptômes urinaires en exerçant une pression sur l'urètre, ce qui entraîne des difficultés à uriner.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Test, investigation (test de l'APS, toucher rectal, échographie) • Biopsie, le cas échéant • Médicaments, intervention chirurgicale
Exigences particulières	• DMT en cas d'antécédents de biopsie ou d'intervention chirurgicale, y compris le rapport de pathologie • Bilan sanguin
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	• Tarif standard probable si l'APS est normal, s'il n'y a pas de suspicion de malignité et si aucune autre investigation n'est prévue
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• En attente d'une biopsie • Augmentation importante du taux de l'APS

Hypertension (pression artérielle élevée, hypertension systémique)

Hypertension primaire

Également connue sous le nom d'hypertension essentielle, qui désigne l'hypertension sans cause reconnue.

Hypertension secondaire

Cause sous-jacente, potentiellement corrigible. Les causes comprennent les maladies rénales, l'apnée obstructive du sommeil, les maladies rénovasculaires (sténose de l'artère rénale), les contraceptifs oraux, les médicaments, l'aldostéronisme et le phéochromocytome.

Hypertension maligne

Généralement d'apparition brutale et devenant rapidement grave. Elle est associée au gonflement de la papille optique (œdème papillaire) dû à l'augmentation de la pression intracrânienne et à une insuffisance rénale progressive.

Hypertension réactionnelle (syndrome de la blouse blanche)

Élévation isolée de la pression artérielle observée seulement lors de visites en clinique, mais elle peut également être révélatrice de réactions à des situations stressantes.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Date du diagnostic • Type d'hypertension • Traitement ou médicaments • Observance du traitement • Contrôle • Mesures de la pression artérielle au cours des 12 derniers mois • Comorbidités, telles que l'obésité, le diabète, les maladies rénales et les maladies cardiaques
Exigences particulières	• Bilan sanguin, analyse d'urine et signes vitaux • DMT
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	• Contrôlée avec ou sans traitement, bien suivie et valeurs de pression artérielle dans les limites normales : tarif standard possible • Voir les lignes directrices de la tarification préférentielle des temporaires pour la catégorie de tarifs préférentiels standard
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Hypertension maligne non traitée si diagnostiquée au cours des 6 derniers mois • Mal contrôlée et/ou non-observance du traitement • Comorbidités multiples et complexes

Kyste ovarien

Sac rempli de liquide qui se développe sur l'ovaire ou à l'intérieur. La plupart sont bénins, indolores et ne provoquent aucun symptôme, mais certains sont considérés comme étant à la limite de la malignité ou malins. Voir également la section « [Syndrome des ovaires polykystiques](#) ».

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge au moment du diagnostic • Nombre, type et taille du ou des kystes • Examens • Examens de suivi • Traitement • Présent ou excisé • Classification O-Rads, le cas échéant
Exigences particulières	• DMT et résultats d'échographie, d'IRM ou du rapport pathologique
Décision pour l'assurance-vie	Présent • Dans le meilleur des cas : tarif standard si la taille est de 3 cm ou moins, ou si aucun suivi serré (de 2 à 3 mois) n'est recommandé Entièrement excisé • Bénin : tarif standard • S'il s'agit d'un kyste à la limite de la malignité ou malin, voir la section « Cancer de l'ovaire »
Décision pour l'assurance maladies graves	Présent • Dans le meilleur des cas : tarif standard si la taille est de 3 cm ou moins, ou si aucun suivi serré (de 2 à 3 mois) n'est recommandé Entièrement excisé • Bénin : tarif standard • Kyste à la limite de la malignité ou malin : refus
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Tumeur, kyste présent et non investigué • Tumeurs à la limite de la malignité ou malignes, pas entièrement excisées • Suivi étroit requis (de 2 à 3 mois)

Lupus

Érythémateux discoïde/cutané

Affection cutanée auto-immune qui provoque des plaques squameuses persistantes, souvent sur le cuir chevelu ou le visage. Elle peut être divisée en 3 sous-types principaux : aigu, subaigu et chronique.

Érythémateux disséminé

Maladie auto-immune qui touche plusieurs systèmes organiques du corps, provoquant de l'inflammation et des lésions tissulaires. La maladie touche particulièrement la peau, les articulations et les muscles.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Type • Traitement • Date du dernier traitement
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	Érythémateux discoïde/cutané • Report si moins de 6 mois depuis le diagnostic • Dans le meilleur des cas : tarif standard si un diagnostic de lupus érythémateux disséminé est exclu • En cas de traitement antipaludéen, de stéroïdes oraux, de produits biologiques ou d'autres immunosuppresseurs, coefficient de 150 % Érythémateux disséminé • Si antécédents de lupus érythémateux disséminé, asymptomatique, aucune maladie active : de tarif standard à coefficient de 200 % selon la date du dernier traitement • Si maladie active, mais légère, localisée à la peau, aux articulations et aux membranes séreuses : dans le meilleur des cas, coefficient de 150 % à 250 % selon le type de traitement et la date du diagnostic. Tout traitement actuel par stéroïdes ou traitement immunosuppresseur augmentera considérablement la surprime.
Décision pour l'assurance maladies graves	Érythémateux discoïde/cutané • Report si moins de 6 mois depuis le diagnostic • Dans le meilleur des cas : tarif standard si un diagnostic de lupus érythémateux disséminé est exclu • En cas de traitement antipaludéen, de stéroïdes oraux, de produits biologiques ou d'autres immunosuppresseurs, coefficient de 200 %. Érythémateux disséminé • Si antécédents de lupus érythémateux disséminé, asymptomatique, aucune maladie active : de coefficient de 200 % à report en fonction de la date du dernier traitement • Si maladie active, mais légère, localisée à la peau, aux articulations et aux membranes séreuses : dans le meilleur des cas, coefficient de 200 % si le diagnostic a été posé il y a plus de 4 ans
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	Érythémateux discoïde/cutané • Dans les 6 mois suivant le diagnostic Lupus érythémateux disséminé • Dans les 12 mois suivant le diagnostic • Maladie grave atteignant les reins, le cœur, le système nerveux central, les poumons ou le sang
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	Discoïde/Cutaneous • Dans les 6 mois suivant le diagnostic Lupus érythémateux disséminé • Dans les 4 ans suivant le diagnostic • Thérapie aux stéroïdes ou immunodépresseurs en cours • Maladie grave atteignant les reins, le cœur, le système nerveux central, les poumons ou le sang

Maladie coéliquaue

Maladie auto-immune déclenchée par la consommation de gluten, une protéine présente dans le blé, l'orge et le seigle. Les personnes atteintes peuvent présenter une anémie inexpliquée, des troubles de la coagulation, une ostéopénie et d'autres symptômes de malabsorption.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Corpulence actuelle • Stabilité du poids • Traitement • Complications
Exigences particulières	• La DMT doit comprendre des analyses de sang si le diagnostic a été établi il y a moins d'un an.
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	• Dans le meilleur des cas : tarif standard si bonne réponse au traitement, corpulence normale et absence d'anémie ou d'autres carences
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Sous-poids et/ou anémie

Maladie chronique du foie

Elle se caractérise par une destruction progressive du tissu hépatique au fil du temps, accompagnée d'une inflammation ou d'une infection continue qui entraîne une cicatrisation du foie. Les maladies de cette catégorie comprennent la fibrose et la cirrhose. La fibrose peut être inversée dans les premiers stades, tandis que la cirrhose peut évoluer en un carcinome hépatocellulaire. Les causes les plus courantes sont la consommation d'alcool, l'hépatite et la stéatose hépatique.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Catégorie • Cause • Stade (évolution à l'échographie ou score FibroScan) • Tests diagnostiques (bilans hépatiques, tests de rigidité du foie, biopsie du foie) • Consommation d'alcool passée et actuelle • Antécédents d'hépatite, le cas échéant
Exigences particulières	• La DMT doit indiquer les résultats d'un dépistage de l'hépatite, d'une échographie et/ou d'un test de rigidité du foie (FibroScan) et d'une biopsie du foie. • Bilan sanguin, y compris bilans hépatiques • Questionnaire sur l'alcool
Décision pour l'assurance-vie	Stéatose hépatique • Dans le meilleur des cas : tarif standard si les bilans hépatiques sont normaux Fibrose (résultats d'échographie et/ou de FibroScan) • Dans le meilleur des cas : de tarif standard à coefficient de 150 % si les bilans hépatiques sont normaux Cirrhose • Refus
Décision pour l'assurance maladies graves	Stéatose hépatique • Dans le meilleur des cas : tarif standard si les bilans hépatiques sont normaux Fibrose (résultats d'échographie et/ou de FibroScan) • Dans le meilleur des cas : de tarif standard à coefficient de 175 % si les bilans hépatiques sont normaux Cirrhose • Refus
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Avec splénomégalie ou hépatomégalie importante • Avec hypertension portale ou varices œsophagiennes • Avec une faible numération plaquettaire • Maladie alcoolique du foie et abstinence d'alcool datant d'il y a moins de 3 ans

Maladie coronarienne

Les principaux vaisseaux sanguins qui irriguent le cœur sont atteints, généralement en raison de l'accumulation de plaque sur leurs parois internes. Cette accumulation de plaque rétrécit les artères, réduisant le débit sanguin vers le muscle cardiaque et pouvant entraîner des douleurs thoraciques, un essoufflement, des crises cardiaques et d'autres problèmes cardiovasculaires graves.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Date du diagnostic • Symptômes • Nombre d'artères touchées et artères touchées • Traitement et/ou médicaments • Type d'intervention chirurgicale et date (angioplastie ou pontage) • Examens cardiaques (ECG, ECG à l'effort, échocardiogramme, angiographie, etc.) • Observance des examens cardiaques de suivi • Facteurs de risque (hypertension artérielle, cholestérol, obésité, diabète, accident vasculaire cérébral) • Antécédents d'usage du tabac
Exigences particulières	• DMT, y compris les résultats des examens cardiaques (p. ex. ECG, ECG à l'effort, échocardiogramme, angiographie)
Décision pour l'assurance-vie	Dans les 6 mois suivant le diagnostic ou l'intervention chirurgicale • Report : par la suite, voir ci-dessous Ischémie cardiaque (angine) ou crise cardiaque unique (angiographie non fournie) • Moins de 35 ans : refus • De 35 à 49 ans : de coefficient de 250 % à 175 % à refus • De 50 à 69 ans : de coefficient de 175 % à 150 % à refus • Plus de 70 ans : dans le meilleur des cas, de tarif standard à refus Deux crises cardiaques • Au cas par cas Angiographie fournie • Plus de 35 ans : de coefficient de 150 % à refus, selon le nombre d'artères touchées, l'âge, le degré de sténose, les examens de suivi et les autres facteurs de risque
Décision pour l'assurance maladies graves	• Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• De 0 à 6 mois depuis la chirurgie cardiaque ou depuis l'apparition des symptômes • Moins de 35 ans • Examens en cours ou à venir • Plus de 2 crises cardiaques • Fraction d'éjection < 40 % ou ECG à l'effort avec < 5 équivalents métaboliques • Non-observance des examens cardiaques de suivi • Gros fumeur • Douleur thoracique ou fibrillation auriculaire persistante sans traitement • Comorbidités multiples (diabète, maladie rénale chronique, accident vasculaire cérébral, etc.) • Associée à la thrombocythémie essentielle
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Tous les cas d'assurance maladies graves sont refusés.

Maladie d'Addison

Maladie endocrinienne rare selon laquelle les glandes surrénales ne produisent pas suffisamment d'hormones stéroïdes, en particulier de cortisol et d'aldostérone. Il est nécessaire de suivre une hormonothérapie substitutive à vie pour prendre en charge cette maladie.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Temps écoulé depuis le diagnostic • Cause • Type de traitement (p. ex. hormonothérapie substitutive) • Durée de l'état stable
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	• 19 ans et plus, bien contrôlée par une hormonothérapie substitutive • Temps écoulé depuis les derniers symptômes – De 0 à 2 ans : coefficient de 200 % à 150 % – Plus de 2 ans : tarif standard
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• 18 ans ou moins • Non contrôlée ou avec complications

Maladie d'Alzheimer

[Voir la section « Trouble cognitif »](#)

Maladie de Crohn

Maladie inflammatoire chronique du système digestif qui peut toucher n'importe quelle partie du tractus gastro-intestinal, y compris la bouche, l'estomac, le jéjunum et l'iléum, mais habituellement le petit intestin et le côlon.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Fréquence et durée des poussées • Hospitalisation(s) • Date de la dernière coloscopie • Perte/stabilité de poids au cours des 12 derniers mois • Traitement/médicaments (utilisation de stéroïdes, d'immunosuppresseurs ou de produits biologiques) • Intervention chirurgicale • Complications • Usage du tabac • Manifestations extra-intestinales comme la cholangite sclérosante ou l'arthrite
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	Sans intervention chirurgicale • Forme légère à modérée – Dans le meilleur des cas, de tarif standard à coefficient de 175 %, si le diagnostic a été établi il y a plus d'un an • Grave – Refus si le diagnostic a été posé il y a 5 ans ou moins, coefficient de 200 % par la suite Avec intervention chirurgicale • Il y a de 0 à 6 mois : report • Il y a plus de 6 mois : coefficient de 150 % à 225 %
Décision pour l'assurance maladies graves	Sans intervention chirurgicale • Forme légère à modérée – Dans le meilleur des cas, coefficient de 125 % à 175 % si le diagnostic a été établi il y a plus d'un an • Grave – Refus si le diagnostic a été posé il y a 5 ans ou moins, coefficient de 200 % par la suite Avec intervention chirurgicale • Dans le meilleur des cas, coefficient de 150 % à 175 % si le diagnostic a été établi il y a plus d'un an
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• De 0 à 6 mois depuis l'intervention chirurgicale • Grave et diagnostiquée il y a 5 ans ou moins • Perte de poids continue ou sous-poids avec faible taux d'albumine ou avec anémie • Manifestations extra-intestinales, telles que la cholangite sclérosante
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Si diagnostiquée ou intervention chirurgicale au cours des 12 derniers mois • Grave et diagnostiquée il y a 5 ans ou moins • Perte de poids continue • Manifestations extra-intestinales, telles que la cholangite sclérosante

Maladie de Graves

Voir la section [« Trouble de la thyroïde – Hyperthyroïdie »](#)

Maladie de Huntington

Maladie rare et héréditaire qui provoque une dégénérescence progressive des cellules nerveuses du cerveau. Elle se caractérise par des mouvements incontrôlés, des problèmes émotionnels et une perte de la capacité à penser. Elle se manifeste habituellement à l'âge adulte et s'aggrave avec le temps.

Facteurs de risque liés à la tarification	• S. O.
Exigences particulières	• S. O.
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	• Refus si les antécédents personnels ont confirmé un diagnostic de maladie de Huntington • Voir également la section « Antécédents familiaux – Maladie de Huntington »
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• S. O.

Maladie de Kawasaki

Maladie qui provoque une inflammation des vaisseaux sanguins dans tout le corps, et qui survient généralement chez les enfants de moins de 5 ans. La cause de cette maladie est inconnue. Elle se caractérise par de la fièvre, une éruption cutanée, une inflammation des muqueuses et une lymphadénopathie cervicale.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge au moment du diagnostic • Examens diagnostiques • Traitement • Pression artérielle • Atteinte cardiaque, le cas échéant
Exigences particulières	• DMT, notamment résultats d'échocardiogramme et/ou d'angiographie
Décision pour l'assurance-vie	Aucun antécédent d'atteinte cardiaque • Dans le meilleur des cas : tarif standard si le diagnostic a été posé il y a plus de 12 mois Avec antécédents d'atteinte cardiaque • Dans le meilleur des cas : tarif standard si le diagnostic a été posé il y a plus de 5 ans • Coefficient de 200 % si le diagnostic a été posé au cours des 2 à 5 dernières années
Décision pour l'assurance maladies graves	Aucun antécédent d'atteinte cardiaque • Tarif standard si le diagnostic a été posé il y a plus de 12 mois, sinon report Avec antécédents d'atteinte cardiaque • Tarif standard si le diagnostic a été posé au cours des 5 dernières années, sinon refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Diagnostic établi dans les 12 derniers mois • Anévrisme coronarien persistant ou symptômes compatibles avec une maladie coronarienne • Valeurs de pression artérielle donnant lieu à une surprise
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Anévrisme coronarien persistant ou symptômes compatibles avec une maladie coronarienne • Pression artérielle supérieure à 140/90 au cours des 12 derniers mois

Maladie de Lyme

Maladie transmise à l'homme par la morsure de tiques infectées. Elle atteint plusieurs systèmes de l'organisme et peut provoquer des symptômes, tels que de la fièvre, des maux de tête, de la fatigue et/ou des éruptions cutanées. Si elle n'est pas traitée, elle peut s'attaquer aux articulations, au cœur et au système nerveux.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Symptômes • Traitement/médicaments • Guérison • Séquelles
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	Traitée et sans séquelles • Tarif standard Traitée avec séquelles • Tarification de la déficience Non traitée • Report
Décision pour l'assurance maladies graves	Traitée et sans séquelles • Tarif standard Traitée avec séquelles ou non traitée • Report
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Non traitée
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Traitée avec séquelles ou non traitée

Maladie de Parkinson

Maladie à évolution lente qui résulte de la dégénérescence de certaines cellules nerveuses du cerveau. Elle se caractérise d'abord par un tremblement des mains, puis peut évoluer vers une rigidité musculaire généralisée, une faiblesse et une lenteur des mouvements.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge au moment du diagnostic • Symptômes actuels • Traitement • Évolution/stabilité • Toute incapacité
Exigences particulières	• DMT et détails concernant l'évolution de la maladie et le niveau actuel de fonctionnement
Décision pour l'assurance-vie	• De tarif standard à coefficient de 250 % en fonction de l'âge à l'apparition des symptômes, des symptômes et du traitement
Décision pour l'assurance maladies graves	• Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Avec troubles cognitifs • Moins de 50 ans à l'apparition des symptômes
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Refus

Maladie polykystique des reins

Maladie génétique caractérisée par la croissance de nombreux kystes dans les reins, qui peut provoquer une hypertrophie rénale et une diminution de la fonction rénale au fil du temps en perturbant la capacité des reins à filtrer les déchets du sang, ce qui peut entraîner une insuffisance rénale.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Antécédents familiaux • Diagnostic, le cas échéant • Examens (échographie, tomodensitométrie ou IRM) et date des examens • Médicaments • Intervention chirurgicale (greffe) • Complications rénales
Exigences particulières	• Bilan sanguin, analyse d'urine et signes vitaux • DMT et imagerie rénale récente
Décision pour l'assurance-vie	Antécédents familiaux uniquement (avec imagerie rénale réalisée au cours des 12 derniers mois, et pression artérielle, analyse d'urine et fonction rénale normales) • Aucun kyste rénal – 30 ans ou plus : tarif standard – Moins de 30 ans : coefficient de 225 % à 150 % selon l'âge de la personne à assurer • 3 kystes rénaux ou moins – Moins de 45 ans : coefficient de 250 % à 200 % selon l'âge de la personne à assurer • 4 kystes ou plus : – Voir sous « Diagnostic confirmé » Diagnostic confirmé (pression artérielle et fonction rénale normales) • Sans greffe rénale – Moins de 30 ans : report – De 31 à 59 ans : coefficient de 350 % à 300 % – Plus de 60 ans : coefficient de 200 % • Sans greffe rénale : – Voir la section « Greffe de rein »
Décision pour l'assurance maladies graves	Antécédents familiaux uniquement (avec imagerie rénale réalisée au cours des 12 derniers mois, et pression artérielle, analyse d'urine et fonction rénale normales) • Aucun kyste rénal – Moins de 20 ans : report – De 20 à 29 ans : coefficient de 150 % et exclusion de l'insuffisance rénale et de la greffe de rein – 30 ans ou plus : tarif standard • Présence de kystes – Refus Diagnostic confirmé • Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Diagnostic confirmé sans greffe de rein, et fonction rénale anormale (DFGe < 60) ou • pression artérielle > 140/90 • Aucune imagerie rénale réalisée • Avec antécédents d'hémorragie intracrânienne ou d'anévrisme • Maladie polykystique du rein autosomique récessive
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Aucune imagerie rénale n'a été réalisée. • Présence de kystes rénaux • Avec antécédents d'hémorragie intracrânienne ou d'anévrisme • Maladie polykystique des reins autosomique récessive

Maladie rénale chronique

Maladie chronique caractérisée par une perte progressive de la fonction rénale au fil du temps. Il s'agit d'une atteinte progressive des reins qui peut entraîner des complications, telles que l'hypertension artérielle, l'anémie et des maladies osseuses, pouvant aller jusqu'à l'insuffisance rénale.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Date du diagnostic • Gravité • Traitement, médicaments et/ou intervention chirurgicale • Présence d'une protéinurie, d'une albuminurie ou d'une hématurie • Débit de filtration glomérulaire (DGF) estimé • Comorbidités, telles que hypertension artérielle, hyperglycémie, maladie coronarienne, maladie vasculaire périphérique (MVP), etc. • Complications
Exigences particulières	• DMT avec résultats d'examens d'imagerie ou de biopsie rénale • Bilan sanguin, analyse d'urine et signes vitaux
Décision pour l'assurance-vie	Cause connue • Tarification adaptée à un risque particulier Cause inconnue (évaluation basée sur le DFGe et la présence de protéinurie/d'albuminurie, le cas échéant) • Sans protéinurie/albuminurie ou avec une protéinurie/albuminurie légère – DFGe ≥ 60 : de tarif standard à coefficient de 150 % – DFGe de 59 à 49 : coefficient de 150 % à 200 % – DFGe de 48 à 41 : au cas par cas – DFGe ≤ 40 : report • Protéinurie/albuminurie modérée à grave – DFGe ≥ 60 : coefficient de 200 % à 250 % – DFGe < 60 : de coefficient de 300 % à refus
Décision pour l'assurance maladies graves	• Au cas par cas
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Avec diminution progressive du DFGe • Avec une dialyse régulière • Antécédents de transplantation rénale • DFGe < 60 avec diabète, maladie coronarienne ou maladie vasculaire périphérique • DFGe considérablement bas

Maladies du sein : kyste/nodule

Masse de tissu dans le sein qui peut être solide ou remplie de liquide. Bien que de nombreux nodules mammaires soient bénins, certains peuvent être révélateurs d'un cancer du sein. C'est pourquoi toute masse mammaire nouvellement découverte doit être évaluée par un professionnel de la santé.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Date du diagnostic • Examens (mammographie, échographie, tomodensitométrie, IRM, biopsie) • Traitement • Taille et caractéristiques du nodule • Classification BI-RADS • Pathologie, si une biopsie est effectuée • Antécédents familiaux de cancer du sein
Exigences particulières	• DMT et copies d'imagerie, ou rapport de pathologie si une biopsie a été effectuée
Décision pour l'assurance-vie	Présent et non investigué • Report Kystes simples, confirmés par échographie, présents ou retirés • Tarif standard Masse mammaire examinée par échographie et/ou mammographie • Classification BI-RADS non fournie et suivi rigoureux recommandé dans 6 mois : Report • Classification BI-RADS 1 ou 2 : Tarif standard • Classification BI-RADS 3 : Coefficient de 150 % • Classification BI-RADS 4 ou plus : Report Examiné par biopsie ou excision et confirmé bénin • Dans le meilleur des cas – tarif standard Malin et retiré • Voir la section « Cancer du sein »
Décision pour l'assurance maladies graves	Présent et non investigué • Report Kystes simples, confirmés par échographie, présents ou retirés • Tarif standard Masse mammaire examinée par échographie et/ou mammographie • Classification BI-RADS non fournie et suivi rigoureux recommandé dans 6 mois : Report • Classification BI-RADS 1 ou 2 : Tarif standard • Classification BI-RADS 3 : Exclure le cancer du sein • Classification BI-RADS 4 ou plus : Report Examiné par biopsie ou excision et confirmé bénin • Dans le meilleur des cas – tarif standard Malin et retiré • Refus
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Présent et non investigué • Classification BI-RADS 4 ou 5

Maux de tête

Voir la section « [Migraine](#) »

Mélanome

Voir la section « [Cancer de la peau](#) »

Migraine

Type de mal de tête sévère, souvent débilitant, caractérisé par une douleur intense et lancinante, et souvent accompagné de nausées, de vomissements et/ou de troubles visuels (aura migraineuse). La migraine peut durer des heures, voire des jours, et avoir des répercussions importantes sur la vie quotidienne et les activités d’une personne.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Type • Symptômes actuels • Fréquence • Gravité • Examens ou investigations • Incapacité, le cas échéant
Exigences particulières	• DMT, si récurrent
Décision pour l’assurance-vie et l’assurance maladies graves	Légère à modérée • Tarif standard Sévère • Dans le meilleur des cas, tarif standard si examen effectué et état stable • Si associée à des symptômes semblables à ceux d’un AIT ou d’un AVC et échocardiogramme normal, coefficient de 150 %
Peu probable que l’assurance-vie et l’assurance maladies graves soient envisagées	• Migraine sévère non investiguée avec aura prolongée • Syndrome de Call Fleming (au cas par cas pour l’assurance-vie; refus pour l’assurance maladies graves)

MPOC (maladie pulmonaire obstructive chronique), y compris bronchite chronique ou emphysème

Affection pulmonaire évolutive qui obstrue le passage de l'air, rendant la respiration de plus en plus difficile. Elle comprend principalement l'emphysème et la bronchite chronique, et est souvent causée par l'usage du tabac, la pollution de l'air ou certaines expositions professionnelles.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Symptômes • Gravité • Traitement/médicaments (inhalateurs, stéroïdes, oxygénothérapie) • Absence du travail • Visites à l'urgence ou hospitalisations • Antécédents d'usage du tabac, y compris la date de la dernière consommation • Résultats de l'exploration fonctionnelle respiratoire • Exposition continue à un irritant respiratoire de l'environnement
Exigences particulières	• La DMT doit indiquer les résultats de l'exploration fonctionnelle respiratoire, de la radiographie pulmonaire et/ou de la tomodensitométrie.
Décision pour l'assurance-vie	Non-fumeur • Dans le meilleur des cas – Forme légère : coefficient de 150 % – Forme modérée : coefficient minimal de 200 % Fumeur • Dans le meilleur des cas – Forme légère : coefficient de 200 % – Forme modérée : coefficient minimal de 300 %
Décision pour l'assurance maladies graves	• Dans le meilleur des cas – Forme légère : coefficient de 150 % à 200 % selon les antécédents d'usage du tabac – Forme modérée : refus
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• MPOC sévère • Antécédents de pneumothorax ou d'insuffisance cardiaque chronique • Sous-poids (IMC $\leq$ 21) • MPOC modérée avec thrombose ou arythmies cardiaques donnant lieu à une surprime

Myasthénie grave

Affection neuromusculaire auto-immune chronique caractérisée par une faiblesse et une fatigue rapide des muscles volontaires. Elle survient lorsque le système immunitaire attaque et détruit par erreur les récepteurs de la jonction neuromusculaire, perturbant ainsi la communication entre les nerfs et les muscles.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Année d'apparition des symptômes • Symptômes • Traitement/médicaments • Intervention chirurgicale (thymectomie) • Stabilité
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	Atteinte oculaire seulement • Dans le meilleur des cas : de tarif standard à coefficient de 150 % • Dans l'année suivant le diagnostic : report Forme généralisée • De coefficient de 150 % à 250 % selon la période de stabilité • Dans les 2 ans suivant l'apparition des symptômes : report Traitée par thymectomie • De tarif standard à coefficient de 150 % si en rémission et aucun traitement en cours • Report si moins d'un an depuis l'intervention chirurgicale
Décision pour l'assurance maladies graves	Atteinte oculaire seulement • Dans le meilleur des cas : de tarif standard à coefficient de 150 % si le diagnostic a été posé il y a plus d'un an Forme généralisée • Refus Traitée par thymectomie • Dans le meilleur des cas : tarif standard si en rémission et aucun traitement en cours depuis au moins 3 ans, sinon refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Moins de 16 ans • Si dans l'année suivant l'intervention chirurgicale ou le diagnostic, 2 ans pour la forme généralisée
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Moins de 16 ans • Antécédents de tumeur au thymus • Forme généralisée • Dans les 3 ans de l'intervention chirurgicale ou dans l'année suivant le diagnostic de la forme oculaire

Nævus dysplasique (atypique)

Grains de beauté atypiques qui présentent des caractéristiques irrégulières au microscope et qui peuvent avoir un risque accru de se transformer en mélanome. Souvent plus gros que les grains de beauté ordinaires, qui ont une taille et des bords irréguliers, et un mélange de couleurs.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Présent ou retiré • Nombre de nævi dysplasiques/atypiques • Traitement • Antécédents familiaux de mélanome • Observance des examens de suivi, comme des vérifications périodiques de la peau • Récidive
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	Antécédents familiaux de syndrome du nævus dysplasique ou de syndrome des mélanomes atypiques familiaux • Tarif standard si examens de suivi annuels et absence d'antécédents personnels de mélanome malin Antécédents personnels de nævi dysplasiques/atypiques • Présent – Évaluation complète et ablation non recommandée par le médecin – tarif standard. Sinon, report • Retiré – Sans antécédents personnels de mélanome malin : tarif standard possible si 3 nævi dysplasiques ou moins, sinon au cas par cas – Avec antécédents personnels de mélanome malin : voir la section « Cancer de la peau » Antécédents personnels de syndrome du nævus dysplasique • Coefficient de 175 % si la personne à assurer est bien suivie et si elle n'a pas d'antécédents personnels de mélanome malin
Décision pour l'assurance maladies graves	Antécédents familiaux de syndrome du nævus dysplasique ou de syndrome des mélanomes atypiques familiaux • Exclure le mélanome Antécédents personnels de nævi dysplasiques/atypiques • Présent – Évaluation complète et ablation non recommandée par le médecin – exclure le mélanome. Sinon, report • Retiré – Sans antécédents personnels de mélanome malin : tarif standard possible si 3 nævi dysplasiques ou moins. Sinon, exclure le mélanome Avec antécédents personnels de mélanome malin • Voir la section « Cancer de la peau » Antécédents personnels de syndrome du nævus dysplasique • Exclure le mélanome en l'absence d'antécédents personnels de mélanome malin
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Antécédents personnels de syndrome des mélanomes atypiques familiaux • Non-observance des examens de suivi • Nævus présent, mais ablation recommandée ou en attente d'une recommandation

Naissance prématurée

En raison du manque de temps de développement dans l'utérus, les bébés prématurés (nés avant 37 semaines de grossesse) courent un risque accru d'avoir divers problèmes médicaux et de développement.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge gestationnel • Poids actuel et poids à la naissance • Complications • Traitement/médicaments • Hospitalisation
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	Poids à la naissance • Inférieur à 1,5 kg (3,3 lb) – Sans complications : tarif standard si un an ou plus – Avec complications : report jusqu'à 3 ans • De 1,5 kg (3,3 lb) à 2,27 kg (5 lb) – Sans complications : tarif standard si plus de 6 mois – Avec complications : report jusqu'à 3 ans • Plus de 2,27 kg (5 lb) – Sans complications : tarif standard – Avec complications : au cas par cas
Décision pour l'assurance maladies graves	Poids à la naissance • Inférieur à 1,5 kg (3,3 lb) – Sans complications : tarif standard si 2 ans ou plus – Avec complications : report jusqu'à 5 ans • De 1,5 kg (3,3 lb) à 2,27 kg (5 lb) – Sans complications : tarif standard si plus de 18 mois – Avec complications : report jusqu'à 5 ans • Plus de 2,27 kg (5 lb) – Sans complications : tarif standard – Avec complications : au cas par cas
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Moins de 3 ans, poids à la naissance inférieur à 2,27 kg (5 lb) et complications • Moins de 5 ans, poids à la naissance inférieur à 2,27 kg (5 lb) et complications

Narcolepsie

Trouble neurologique chronique caractérisé par une somnolence diurne excessive et des épisodes soudains et incontrôlables d'endormissement pendant la journée. Elle est souvent associée à la cataplexie (perte soudaine du tonus musculaire), à la paralysie du sommeil et aux hallucinations.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Cause • Fréquence • Traitement/médicaments • Infractions routières • Loisirs dangereux • Risque lié à la profession
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	Bien contrôlée par médicaments, aucune infraction routière et aucun loisir dangereux • Tarif standard Non traitée, non contrôlée, infractions routières ou profession/loisirs dangereux • Refus
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Associée à la toxicomanie ou à des médicaments en vente libre

Nodule pulmonaire

Petite excroissance dans un poumon qui apparaît comme une tache sur les examens d'imagerie. Ces nodules ont généralement un diamètre inférieur à 3 cm et peuvent être bénins ou malins.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Âge actuel • Un ou plusieurs nodules • Taille et caractéristiques du ou des nodules • Examens d'imagerie (radiographie pulmonaire, tomodensitométrie, IRM, tomographie par émission de positons [TEP]) • Antécédents d'usage du tabac • Antécédents familiaux de cancer du poumon • Exposition à des substances cancérogènes (p. ex. l'amiante)
Exigences particulières	• DMT et résultats d'examens d'imagerie
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	Antécédents de nodules pulmonaires, entièrement résorbés et confirmés par tomodensitométrie • Tarif standard Présence d'un ou de multiples nodules pulmonaires • Au cas par cas
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• En attente d'un examen ou d'une intervention chirurgicale • Résultats d'examens d'imagerie associés à des symptômes actuels d'infection/de pneumonie • Nodules dont la taille et le nombre augmentent

Œsophage de Barrett

Trouble selon lequel la paroi de l'œsophage est endommagée par une exposition prolongée à l'acide gastrique, souvent causée par le reflux gastro-œsophagien (RGO), entraînant des modifications des cellules de la muqueuse qui tapissent l'œsophage. Il s'agit de l'affection précancéreuse de l'œsophage la plus courante.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Gravité • Résultats d'endoscopie, rapports de pathologie • Traitement • Suivis, surveillance
Exigences particulières	• DMT, y compris le rapport de pathologie
Décision pour l'assurance-vie	Pas de dysplasie • Tarif standard Dysplasie légère • Plus de 2 ans depuis le diagnostic : dans le meilleur des cas, coefficient de 175 % si suivi annuel Dysplasie importante • Plus de 2 ans depuis le diagnostic : dans le meilleur des cas, coefficient de 200 % si traité et suivi annuel
Décision pour l'assurance maladies graves	Pas de dysplasie • Tarif standard Dysplasie légère et dysplasie importante • Refus
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Diagnostiqué il y a moins de 2 ans, sauf s'il n'y a pas de dysplasie • Sans surveillance • Traité par œsophagectomie • Résultats récurrents de dysplasie importante

Pancréatite

Inflammation du pancréas, une glande qui produit des enzymes digestives et des hormones comme l'insuline. Cette affection peut être aiguë ou chronique.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date d'apparition des symptômes • Date du dernier épisode • Aiguë ou chronique • Cause • Traitement/médicaments • Complications • Antécédents de consommation d'alcool
Exigences particulières	• DMT • Questionnaire sur l'alcool (si l'affection est liée à la consommation d'alcool)
Décision pour l'assurance-vie	Aiguë et non liée à la consommation d'alcool (sur la base du temps écoulé depuis la guérison) • Il y a 6 mois ou moins : report • Il y a plus de 6 mois : tarif standard Aiguë et liée à la consommation d'alcool (sur la base du temps écoulé depuis la guérison) • Il y a 2 ans ou moins : report • Il y a de 2 à 5 ans : surprime pour risques aggravés légère à modérée • Il y a plus de 5 ans : dans le meilleur des cas, tarif standard Chronique (pas de consommation actuelle d'alcool, pas de diabète; sur la base du temps écoulé depuis le dernier épisode) • Il y a 2 ans ou moins : report • Il y a de 2 à 6 ans : surprime pour risques aggravés modérée à élevée • Il y a plus de 6 ans : dans le meilleur des cas, tarif standard
Décision pour l'assurance maladies graves	Aiguë et non liée à la consommation d'alcool (sur la base du temps écoulé depuis la guérison) • Il y a 6 mois ou moins : report • Il y a plus de 6 mois : tarif standard Aiguë et liée à la consommation d'alcool (sur la base du temps écoulé depuis la guérison) • Il y a 4 ans ou moins : refus • Il y a de 4 à 5 ans : coefficient de 200 % • Il y a plus de 5 ans : dans le meilleur des cas, tarif standard Chronique (pas de consommation actuelle d'alcool, pas de diabète; sur la base du temps écoulé depuis le dernier épisode) • Il y a 4 ans ou moins : refus • Il y a de 4 à 6 ans : surprime pour risques aggravés modérée à élevée • Il y a plus de 6 ans : dans le meilleur des cas, tarif standard
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Présence d'un pseudokyste, d'un calcul, d'un kyste inflammatoire ou d'un abcès pancréatique • Insuffisance pancréatique

Paralysie cérébrale

Trouble neurologique non évolutif qui perturbe les mouvements, l'équilibre et la posture, généralement causé par une lésion du cerveau en développement avant, pendant ou peu après la naissance. Il s'agit d'une affection qui dure toute la vie, dont la gravité peut varier et qui a des conséquences sur les capacités motrices et parfois cognitives.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Date du diagnostic • Gravité des symptômes • Traitement et/ou médicaments • Développement mental • Degré d'incapacité physique • Antécédents de crises et/ou de difficultés de déglutition
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	• 8 ans ou moins : refus • Plus de 8 ans : dans le meilleur des cas, de tarif standard à coefficient de 200 %, si le développement mental est normal et si l'incapacité physique est légère (contrôle normal de la vessie et des intestins), sinon refus.
Décision pour l'assurance maladies graves	• 8 ans ou moins : refus • Plus de 8 ans : dans le meilleur des cas, de tarif standard à coefficient de 200 % avec une exclusion pour la paralysie et la PDA (perte d'autonomie), si le développement mental est normal et si l'incapacité physique est légère (contrôle normal de la vessie et des intestins), sinon refus.
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Avec une incapacité physique grave, des complications ou un handicap intellectuel

Phlébite (thrombophlébite superficielle)

Inflammation d'une veine, généralement dans les jambes, qui peut provoquer de la douleur, de l'enflure et des rougeurs dans la zone touchée.

Facteurs de risque liés à la tarification	• S. O.
Exigences particulières	• S. O.
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	• Tarif standard de manière générale; voir aussi la section « Thrombose veineuse »
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Dans les 3 mois suivant un événement unique, ou dans les 6 mois suivant des événements récurrents • Pas complètement rétabli – avec complications ou épisode survenu sous anticoagulants

Pneumothorax

Affaissement du poumon qui se produit lorsque de l'air s'infiltre dans l'espace situé entre le poumon et la paroi thoracique. Affection qui peut être secondaire à un traumatisme ou à une maladie de l'appareil pulmonaire (p. ex. emphysème, tuberculose).

Facteurs de risque liés à la tarification	• Nombre d'épisodes • Date du dernier épisode • Cause • Traitement (médical ou chirurgical) • Rétablissement
Exigences particulières	• DMT, si l'affection est survenue dans les 12 moi
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	Aucun trouble sous-jacent apparent • Présent : report • Entièrement rétabli : dans le meilleur des cas – tarif standard • Si plus de 2 épisodes et que le dernier épisode remonte à moins d'un an, coefficient de 150 % Cause connue • Au cas par cas
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• S'il est présent, refus

Polypes du côlon

Les polypes du côlon sont généralement de petites excroissances bénignes de la muqueuse du gros intestin (cæcum, côlon et rectum). Bien que la plupart soient bénins, certains peuvent se transformer en cancer colorectal avec le temps, d'où l'importance d'un dépistage précoce et de leur ablation. Ils peuvent apparaître de manière sporadique ou dans le cadre d'un syndrome héréditaire.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Types de polype • Nombre et taille des polypes • Date de la dernière et de la prochaine coloscopie • Facteur important : Les antécédents familiaux de cancer du côlon peuvent influencer la décision. Voir la section « Antécédents familiaux ».
Exigences particulières	• DMT, avec rapports de coloscopie et de pathologie
Décision pour l'assurance-vie	Hyperplasique • Tarif standard Adénomateux ou sessiles • De tarif standard possible à coefficient de 200 %, selon le nombre et la taille des polypes
Décision pour l'assurance maladies graves	Hyperplasique • Tarif standard Sessiles • Exclure le cancer du côlon et du rectum Adénomateux • Tarif standard possible avec ou sans exclusion du cancer du côlon et du rectum, selon le nombre et la taille des polypes
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• En cas d'association avec des syndromes de polypose hamartomateuse • En attente de coloscopie en raison de symptômes ou d'antécédents familiaux de cancer du côlon • Polypes présents, toujours pas retirés

Pression artérielle élevée

Voir la section « [Hypertension](#) »

Prostatite

Inflammation de la prostate, qui peut provoquer des douleurs lombaires et une dysurie (miction douloureuse) chez l'homme. Elle est le plus souvent causée par des infections bactériennes et peut être traitée par antibiotiques.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Aiguë ou chronique • Traitement/médicaments • Test de l'APS • Analyse d'urine
Exigences particulières	• Aucune
Décision pour l'assurance-vie	Épisode aigu et rétablissement complet • Tarif standard de façon générale Chronique • Tarif standard possible si les résultats de l'analyse d'urine et du test de l'APS sont normaux.
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Examen non effectué et taux d'APS élevé

Protéinurie

Affection caractérisée par la présence d'un excès de protéines dans l'urine. Elle survient lorsque les reins ne fonctionnent pas correctement, ce qui permet aux protéines de passer du sang à l'urine au lieu d'être retenues dans l'organisme.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date d'apparition des symptômes • Symptômes • Cause • Transitoire ou persistante • Traitement/médicaments • Examens/investigations • Pression artérielle • Fonction rénale, y compris le DFGe • Autres anomalies urinaires, le cas échéant
Exigences particulières	• DMT • Bilan sanguin, analyse d'urine et signes vitaux
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	Transitoire • Tarif standard Persistante • Dans le meilleur des cas, tarif standard. La surprime dépend de la cause, des symptômes et du taux de protéinurie : de coefficient de 150 % à refus.
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Valeurs de pression artérielle très élevées • Hématurie, ou présence de cylindres de globules rouges ou blancs • Diabète et DFGe inférieur à 60 • Plus de 65 ans et examen non effectué ou cause inconnue

Psoriasis

Maladie selon laquelle un système immunitaire hyperactif provoque une accélération de la croissance des cellules de la peau, ce qui entraîne des plaques squameuses, inflammées et qui démangent à la surface de la peau. Elle se caractérise par des cycles de poussées et de rémissions, touchant diverses parties du corps, le plus souvent le cuir chevelu, les coudes et les genoux.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Parties du corps touchées • Traitement/médicaments
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	• Dans le meilleur des cas : de tarif standard à coefficient de 150 % selon la gravité et le type de médicament
Décision pour l'assurance maladies graves	• Dans le meilleur des cas : de tarif standard à coefficient de 200 % selon la gravité et le type de médicament
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• En cas d'association avec l'arthrite et une insuffisance aortique, des complications pulmonaires, des résultats anormaux à l'exploration fonctionnelle respiratoire ou d'anomalie rénale

Psychose

Problème de santé mentale selon lequel les personnes perdent le contact avec la réalité et présentent des symptômes, tels que des hallucinations, des délires et une désorganisation de la pensée. La psychose peut survenir soudainement ou se développer progressivement et est souvent appelée épisode psychotique. Elle se manifeste généralement de manière aiguë et dure de 1 à 3 mois.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Date du rétablissement • Âge actuel • Nombre d'épisodes • Traitement/médicaments • Hospitalisation • Antécédents de pensées suicidaires ou de tentatives de suicide, le cas échéant • Durée de l'absence du travail, le cas échéant • Antécédents de consommation/d'abus de substances
Exigences particulières	• DMT • Questionnaire sur la santé mentale
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	Épisode unique, emploi stable, nombre d'années depuis le rétablissement • Dans l'année suivant le diagnostic : report • D'un coefficient de 200 % à un coefficient de 150 %, et tarif standard possible 5 ans après le diagnostic et en l'absence de récurrence Plus d'un épisode • Voir la section « Schizophrénie » ou ci-dessous (selon le diagnostic) Trouble délirant, trouble psychotique non spécifié • Dans l'année suivant le diagnostic : report • D'un coefficient de 250 % à un coefficient de 150 %, et tarif standard possible 10 ans après le diagnostic et sans récurrence ultérieure
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Dans l'année suivant le diagnostic ou le dernier épisode • Absence du travail au moment de la proposition • Présence de pensées suicidaires • Symptômes psychotiques actuels • Associé à des antécédents d'abus de substances ou d'alcoolisme donnant lieu à une surprime

Reflux gastro-œsophagien

Trouble digestif chronique selon lequel l'acide gastrique remonte fréquemment dans l'œsophage, provoquant des symptômes, tels que des brûlures d'estomac et des régurgitations. Ce reflux d'acide peut irriter la paroi de l'œsophage, entraînant un malaise et des complications, telles que l'œsophagite, des problèmes respiratoires, comme l'asthme ou la toux chronique, ou encore l'œsophage de Barrett, qui peut augmenter le risque de cancer de l'œsophage.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Cause • Fréquence des symptômes • Examen (tel que l'endoscopie) • Présence d'une œsophagite, le cas échéant • Traitement/médicaments
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	Dans le meilleur des cas • Tarif standard en cas de symptômes légers, avec ou sans traitement Œsophagite grave avec ulcère ou saignements • Surprime pour risques aggravés modérée
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Pas d'examen et symptômes quasi quotidiens

Remplacement ou réparation de la valve mitrale

Intervention chirurgicale visant à réparer une valve mitrale endommagée ou défectueuse dans le cœur. Cette valve contrôle le débit sanguin entre l'oreillette gauche et le ventricule gauche. Le but de cette réparation est de rétablir une fonction cardiaque adéquate et d'empêcher le sang de refluer dans l'oreillette.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge au moment du remplacement • Type de valve de remplacement (mécanique ou biologique) • Toute maladie coronarienne associée • Examens/investigations postopératoires • Complications
Exigences particulières	• La DMT doit indiquer les résultats des examens cardiaques et le protocole opératoire
Décision pour l'assurance-vie	Remplacement de la valve mitrale • Dans l'année suivant le remplacement : report • Plus d'un an depuis le remplacement : de coefficient minimal de 200 %, selon l'âge au moment du remplacement, à coefficient de 350 % Réparation de la valve mitrale • Dans l'année suivant la réparation : report • Plus d'un an depuis la réparation : de coefficient minimal de 150 %, selon l'âge au moment de la réparation, à coefficient de 400 %
Décision pour l'assurance maladies graves	• Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Remplacements multiples ou répétés de la valve mitrale, ou avec complications ou séquelles • Avec maladie coronarienne
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Tous les cas d'assurance maladies graves sont refusés

Remplacement valvulaire aortique

Intervention chirurgicale au cours de laquelle une valve aortique atteinte ou malade est retirée et remplacée par une valve mécanique ou biologique. Généralement pratiquée pour traiter un cas grave de sténose aortique ou de régurgitation, améliorant ainsi le débit sanguin du cœur vers les autres parties du corps.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge au moment du remplacement • Type de prothèse (mécanique ou biologique/valve d'origine animale) • Résultats d'examens cardiaques • Suivis • Maladie coronarienne, le cas échéant
Exigences particulières	• La DMT doit indiquer les résultats des examens cardiaques (ECG, échocardiogramme) et le protocole opératoire.
Décision pour l'assurance-vie	Valve mécanique (âge au moment du remplacement) • La surprime diminue généralement avec l'âge, sous réserve d'un examen complet de tous les résultats des examens cardiaques – De 26 à 50 ans : coefficient de 350 % à 250 % – Plus de 51 ans : coefficient de 200 % à 250 % Valve biologique/tissulaire (âge au moment du remplacement) • La surprime diminue généralement avec l'âge, sous réserve d'un examen complet de tous les résultats des examens cardiaques. – De 26 à 50 ans : coefficient de 425 % à 275 % – Plus de 51 ans : coefficient de 225 % à 150 %
Décision pour l'assurance maladies graves	• Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Remplacement ayant été effectué il y a moins d'un an • Âge actuel : moins de 26 ans • Réparation de la valve aortique par valvuloplastie par ballonnet, valvulotomie ou valvotomie • Avec une maladie coronarienne ou des complications liées à une prothèse valvulaire
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Tous les cas d'assurance maladies graves

Sarcoïdose

Maladie inflammatoire multisystémique caractérisée par la formation de granulomes, touchant le plus souvent les poumons, les ganglions lymphatiques, les yeux et la peau. La cause est inconnue, mais on pense qu'elle implique une réponse immunitaire anormale déclenchée par des facteurs génétiques et environnementaux.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Lésions pulmonaires ou non pulmonaires (cœur, reins, système nerveux, foie, peau, articulations ou yeux) • Traitement/médicaments • Examens/investigations • Stade • Évolution/rémission de la maladie • Fonction pulmonaire
Exigences particulières	• DMT, y compris résultats de la radiographie pulmonaire
Décision pour l'assurance-vie	Lésions pulmonaires • Régression complète des lésions – Tarif standard si plus de 6 mois depuis le diagnostic • Régression partielle des lésions – Report si le diagnostic a été posé il y a moins de 6 mois; par la suite, surprime pour risques aggravés légère à modérée, selon le stade • Absence de régression des lésions – Report si le diagnostic a été posé il y a moins de 2 ans; par la suite, surprime pour risques aggravés légère à modérée, selon le stade et le recours à des stéroïdes Lésions non pulmonaires • Cœur, reins ou système nerveux – Refus • Foie – Report si le diagnostic a été posé il y a moins de 6 mois, sinon coefficient possible de 175 % si les résultats aux tests de la fonction hépatique sont normaux • Peau, articulations ou yeux – Report si le diagnostic a été posé il y a moins de 6 mois; par la suite, tarif standard
Décision pour l'assurance maladies graves	Lésions pulmonaires • Régression complète des lésions – Tarif standard si plus de 6 mois depuis le diagnostic • Régression partielle des lésions – Report si le diagnostic a été posé il y a moins de 6 mois; par la suite, de surprime pour risques aggravés modérée à refus, selon le stade et la médication • Absence de régression des lésions – Report si le diagnostic a été posé il y a moins de 2 ans; par la suite, de surprime pour risques aggravés modérée à refus, selon le stade Lésions non pulmonaires • Cœur, reins ou système nerveux – Refus • Foie – Report si le diagnostic a été posé il y a moins de 6 mois, sinon coefficient possible de 250 % si les résultats aux tests de la fonction hépatique sont normaux • Peau, articulations ou yeux – Report si le diagnostic a été posé il y a moins de 6 mois; par la suite, tarif standard
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Mauvais résultats à l'exploration fonctionnelle respiratoire • Maladie évolutive ou avec atteinte systémique

Schizophrénie

Trouble mental chronique qui perturbe la façon dont une personne pense, se sent et se comporte, et qui lui fait souvent perdre le contact avec la réalité. Elle entraîne souvent des symptômes psychotiques, tels que des hallucinations, des délires et une désorganisation de la pensée, ainsi que des troubles cognitifs et émotionnels, qui peuvent perturber considérablement le fonctionnement quotidien d'une personne.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Âge actuel • Nombre d'épisodes • Date du dernier épisode • Traitement/médicaments • Stabilité • Hospitalisation • Antécédents de tentative de suicide, le cas échéant • Durée de l'absence du travail, le cas échéant • Antécédents de consommation/d'abus de substances
Exigences particulières	• DMT • Questionnaire sur la santé mentale
Décision pour l'assurance-vie	Un seul épisode • Dans l'année suivant le diagnostic : report • D'un coefficient de 250 % à un coefficient de 175 %, et tarif standard possible après 10 ans d'un état stable Épisodes récurrents • Report dans les 2 premières années suivant le diagnostic ou le dernier épisode • D'un coefficient de 300 % à un coefficient de 175 %, et tarif standard possible 10 ans après le diagnostic, sans épisode récurrent
Décision pour l'assurance maladies graves	Un seul épisode • Dans l'année suivant le diagnostic : report • D'un coefficient de 200 % à un coefficient de 150 %, et tarif standard possible après 10 ans d'un état stable Épisodes récurrents • Refus
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Absence du travail au moment de la proposition • Présence de pensées suicidaires ou de tentatives de suicide, le cas échéant • Symptômes psychotiques actuels • Changements constants de médicaments • Associé à des antécédents d'abus de substances ou d'alcoolisme donnant lieu à une surprise

Sclérose en plaques

Maladie inflammatoire chronique qui se caractérise par des plaques de démyélinisation disséminées dans le cerveau et la moelle épinière. La sclérose en plaques touche habituellement les personnes de 20 à 40 ans, les femmes plus que les hommes. Le diagnostic peut souvent être compliqué ou retardé en raison d'une longue série d'évaluations et de tests.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge au moment du diagnostic • Type • Symptômes actuels • Date du dernier épisode • Résultats de l'IRM • Problèmes de santé mentale, le cas échéant • Complications • Échelle EDSS
Exigences particulières	• La DMT doit indiquer les résultats de l'IRM.
Décision pour l'assurance-vie	Diagnostic provisoire/syndrome clinique isolé • Un seul épisode avec résultats d'IRM normaux – Dans la dernière année : report – Il y a plus d'un an : coefficient de 175 %; dans le meilleur des cas, tarif standard après 5 ans Récurrente-rémittente • Personne entièrement ambulatoire, aucun signe cérébelleux, aucune rétention urinaire, et séquelles légères seulement. Selon la gravité et de la date du dernier épisode : – Dans la dernière année : report – Il y a moins de 10 ans : si le score sur l'échelle EDSS est de 0 à 2, coefficient de 250 % dans le meilleur des cas. – Il y a plus de 10 ans : si le score sur l'échelle EDSS est de 0 à 2 et que la personne a plus de 50 ans, coefficient de 150 % dans le meilleur des cas. Si la personne a moins de 50 ans, coefficient de 200 % dans le meilleur des cas. Si le score sur l'échelle EDSS est supérieur à 2 à 5, coefficient de 250 %. Forme progressive primaire ou forme progressive secondaire et diagnostic posé il y a moins de 10 ans • Refus Diagnostic de sclérose en plaques posé il y 10 ans ou plus • Tarification comme la forme récurrente-rémittente Forme progressive secondaire et diagnostic de sclérose en plaques posé il y 10 ans ou plus • Évaluation comme la forme récurrente-rémittente
Décision pour l'assurance maladies graves	• Limitations physiques et/ou incapacité des systèmes fonctionnels
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Dans les 12 mois suivant le diagnostic • Forme modérée ou grave, dans les 10 ans suivant le diagnostic, et score sur l'échelle EDSS supérieur à 2 • Score sur l'échelle EDSS de 6 ou plus • Graves antécédents de troubles de l'humeur • Maladie évolutive • Symptômes cérébelleux ou atteinte de la vessie ou de l'intestin
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Tous les cas d'assurance maladies graves sont refusés.

Sclérose latérale amyotrophique (SLA)

Également connue sous le nom de maladie de Lou Gehrig, la SLA est une maladie neurologique évolutive qui attaque les cellules nerveuses du cerveau et de la moelle épinière. Elle provoque une faiblesse et une atrophie musculaires dans tout le corps, entraînant une paralysie et finissant par avoir des répercussions sur des fonctions essentielles, telles que la respiration et la déglutition.

Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves

- Refus

SIDA

Voir la section [« Virus de l'immunodéficience humaine \(VIH\) »](#)

Sous-poids

Voir la section [« Tableau des corpulences pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves »](#)

Splénomégalie

Hypertrophie anormale de la rate qui peut être causée par divers problèmes de santé sous-jacents, tels qu'une infection, une maladie du foie ou des troubles sanguins.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Cause • Symptômes • Estimation de la taille de la rate par imagerie • Traitements/intervention chirurgicale • Formule sanguine complète
Exigences particulières	• DMT, y compris les résultats d'imagerie
Décision pour l'assurance-vie	Hypertrophie légère • Dans le meilleur des cas : si l'état est stable et qu'il n'y a pas de symptômes, de tarif standard à coefficient de 150 % selon le temps écoulé depuis le diagnostic Hypertrophie modérée • Dans le meilleur des cas : si l'état est stable et qu'il n'y a pas de symptômes, de tarif standard à coefficient de 200 % selon le temps écoulé depuis le diagnostic
Décision pour l'assurance maladies graves	Hypertrophie légère • Dans le meilleur des cas : si le diagnostic a été posé il y a plus de 2 ans et que l'état est stable, le tarif standard s'applique. Hypertrophie modérée • Dans le meilleur des cas : si le diagnostic a été posé il y a plus de 3 ans et que l'état est stable, un coefficient de 150 % à 200 % s'applique
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Splénomégalie sans examen • Hypertrophie importante de la rate • Splénectomie pratiquée au cours des 12 derniers mois • Splénomégalie modérée (> 20 %) avec formule sanguine complète anormale

Stéatose hépatique

Voir la section [« Maladie chronique du foie »](#)

Sténose aortique

Le rétrécissement de la valve aortique dans le cœur limite le débit sanguin du ventricule gauche vers l'aorte. La sténose aortique peut être qualifiée de légère, modérée ou grave en fonction du degré d'obstruction de l'écoulement, qui peut être estimé au moyen d'un échocardiogramme.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge au moment du diagnostic • Gravité (légère, modérée ou grave) • Symptômes (angine, dyspnée, syncope) • Résultats d'examens cardiaques • Intervention chirurgicale (voir « Remplacement valvulaire aortique ») • Suivis réguliers • Toute maladie coronarienne ou valvulaire associée
Exigences particulières	• La DMT doit inclure les résultats des examens cardiaques (résultats de l'ECG, de l'échocardiogramme ou du cathétérisme cardiaque).
Décision pour l'assurance-vie	Légère • Dans le meilleur des cas – tarif standard si plus de 65 ans. Sinon, surprime pour risques aggravés modérée. Modérée • Dans le meilleur des cas – coefficient de 175 % si plus de 65 ans. Sinon, surprime pour risques aggravés modérée à élevée. Grave • Refus
Décision pour l'assurance maladies graves	• Refus, sauf si sténose aortique légère, absence de symptômes, plus de 65 ans et fraction d'éjection normale
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Âge actuel : moins de 15 ans • Symptômes d'angine, de dyspnée ou de syncope • Associée à une maladie coronarienne, une insuffisance cardiaque congestive ou une fibrillation auriculaire • En attente d'une intervention chirurgicale pour le remplacement de la valve • Sténose aortique grave
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Moins de 65 ans • Symptomatique, essoufflement, etc. • Fraction d'éjection anormale • Sténose aortique modérée à grave

Stimulateur cardiaque

Petit appareil électronique implanté dans la poitrine pour aider à contrôler le rythme cardiaque. Il surveille l'activité électrique du cœur et envoie des impulsions électriques pour inciter le cœur à battre à un rythme normal lorsqu'il détecte un rythme cardiaque irrégulier ou lent.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Date de l'implantation • Cause (maladie coronarienne, bloc cardiaque, syndrome de dysfonctionnement sinusal, inconnue) • Examens de contrôle/suivi • Investigations/examens cardiaques
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	Stimulateur cardiaque permanent et cause inconnue • Dans les 12 derniers mois ou personne à assurer de moins de 18 ans : report • Personne à assurer de 18 ans ou plus : de coefficient de 200 % à tarif standard selon l'âge de la personne Stimulateur cardiaque temporaire, après le retrait • Au cas par cas
Décision pour l'assurance maladies graves	Stimulateur cardiaque temporaire, après le retrait • Au cas par cas Stimulateur cardiaque permanent ou défibrillateur implantable permanent • Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Associé à une cardiomyopathie ou à une maladie valvulaire • Défibrillateur implantable permanent ou thérapie de resynchronisation cardiaque • Non-observance des examens de suivi
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Tous les cas d'assurance maladies graves sont refusés.

Syncope (évanouissement)

Perte de conscience temporaire, également connue sous le nom d'évanouissement, généralement causée par une baisse soudaine du débit sanguin dans le cerveau. Elle peut être déclenchée par différents facteurs, tels que la déshydratation, le stress émotionnel, la douleur ou une affection sous-jacente.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Nombre d'épisodes • Date du dernier épisode • Cause • Investigations/examens
Exigences particulières	• DMT, y compris les résultats des examens cardiaques et/ou d'imagerie
Décision pour l'assurance-vie	Cause connue et examen complet • Réflexe (vasovagal, situationnel), orthostatique ou survenant après l'exercice : tarif standard • Syncope cardiaque : refus Cause inconnue et examen complet • Épisode unique survenu il y a 6 mois ou moins et personne à assurer âgée de 35 ans ou moins : tarif standard, mais report si personne à assurer âgée de plus de 35 ans • Épisode unique survenu il y a plus de 6 mois : tarif standard • Épisodes multiples, le dernier épisode étant survenu il y a 12 mois ou moins : report. Par la suite, coefficient de 150 % à 200 % selon l'âge à l'apparition des symptômes Examen partiel • Si l'examen cardiaque est normal : voir la section ci-dessus « Cause inconnue et examen complet » • Sans examen cardiaque : report
Décision pour l'assurance maladies graves	Cause connue et examen complet • Réflexe (vasovagal, situationnel), orthostatique ou survenant après l'exercice : tarif standard • Syncope cardiaque : refus Cause inconnue et examen complet • Épisode unique survenu il y a 6 mois ou moins : report • Épisode unique survenu il y a plus de 6 mois : tarif standard • Épisodes multiples, le dernier épisode étant survenu il y a 12 mois ou moins : report. Par la suite, coefficient de 150 % à 200 % selon l'âge à l'apparition des symptômes Examen partiel • Si l'examen cardiaque est normal : voir la section ci-dessus « Cause inconnue et examen complet » • Sans examen cardiaque : report
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Syncope cardiaque

Syndrome d'Asperger

Voir la section « [Trouble du spectre de l'autisme \(TSA\)](#) »

Syndrome de Down

Maladie génétique causée par la présence d'une copie supplémentaire du chromosome 21, entraînant des retards de développement et une déficience intellectuelle. Parmi les traits physiques distinctifs, citons un profil facial aplati, une petite taille et une microcéphalie.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge au moment du diagnostic • Retard de développement • Cardiopathie congénitale • Limitation physique • Fonctionnement à l'école ou sur le marché du travail • Institutionnalisation
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	Dans le meilleur des cas • Coefficient de 200 % si la personne à assurer est autonome, vit dans un environnement stable, fonctionne bien à l'école ou a un emploi
Décision pour l'assurance maladies graves	• Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Avec antécédents de cardiopathie congénitale • 10 ans ou moins, ou plus de 40 ans • Institutionnalisation nécessaire • Avec une limitation physique ou incapable d'accomplir les activités de la vie quotidienne
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Tous les cas d'assurance maladies graves sont refusés.

Syndrome de la blouse blanche

Voir la section « [Hypertension](#) »

Syndrome des ovaires polykystiques

Trouble hormonal touchant les femmes en âge de procréer, caractérisé par des cycles menstruels irréguliers, une production excessive d'androgène et la présence de multiples petits kystes ovariens. Il peut entraîner un risque accru de troubles métaboliques, tels que le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge au moment du diagnostic • Symptômes • Investigations • Traitement (style de vie, intervention chirurgicale) • Médicaments • Syndrome métabolique (insulinorésistance, hypertension, hypercholestérolémie et/ou obésité) • Apnée du sommeil
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	• Soupçonné, investigation incomplète : report • Tumeur ovarienne exclue, pas de facteurs de risque cardiovasculaire : tarif standard
Décision pour l'assurance maladies graves	
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	

Tentative de suicide

Acte grave et délibéré d'automutilation avec l'intention de mettre fin à sa vie. Il peut s'agir de diverses méthodes, telles que la surdose, les blessures volontaires ou d'autres comportements dangereux. C'est souvent un signe de détresse émotionnelle grave ou de problèmes de santé mentale qui nécessitent une intervention et un soutien professionnel immédiat. Pour la prévenir, il est crucial de reconnaître les signes d'avertissement et de comprendre les facteurs de risque associés.

En cas de pensées suicidaires uniquement (sans tentative de suicide), voir la section [« Dépression »](#).

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Nombre de tentatives de suicide • Date de la dernière tentative de suicide • Traitement/médicaments • Hospitalisation • Trouble psychiatrique sous-jacent, le cas échéant • Situation familiale et professionnelle • Toxicomanie et/ou problème d'alcool
Exigences particulières	• DMT • Bilan sanguin et analyse d'urine avec dépistage de drogues
Décision pour l'assurance-vie	Si la personne s'est rétablie d'une tentative de suicide antérieure et que ses perspectives actuelles sont positives, notamment que sa vie familiale et sa situation professionnelle sont stables. Une seule tentative • Personne à assurer âgée de 20 ans ou moins – Dans les 3 dernières années : report – Il y a de 3 à 7 ans : surprime pour risques aggravés modérée – Par la suite, tarif standard possible • Personne à assurer âgée de plus de 20 ans – Dans la dernière année : report – Il y a de 1 à 5 ans : surprime pour risques aggravés modérée – Par la suite, tarif standard possible Tentatives multiples • Il y a 5 ans ou moins depuis la dernière tentative : report • Il y a de 5 à 10 ans : surprime pour risques aggravés modérée • Par la suite, tarif standard possible
Décision pour l'assurance maladies graves	Si la personne s'est rétablie d'une tentative de suicide antérieure et que ses perspectives actuelles sont positives, notamment que sa vie familiale et sa situation professionnelle sont stables. Une seule tentative • Personne à assurer âgée de 20 ans ou moins – Dans les 7 dernières années : report – Il y a plus de 7 ans : tarif standard • Personne à assurer âgée de plus de 20 ans – Dans la dernière année : report – Il y a de 1 à 5 ans : surprime pour risques aggravés légère – Il y a plus de 5 ans : tarif standard Tentatives multiples • Il y a 5 ans ou moins depuis la dernière tentative : report • Il y a plus de 5 ans : surprime pour risques aggravés légère à modérée
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Absence du travail ou de l'école au moment de la proposition • Présence de pensées suicidaires • Dépression grave ou autres troubles de santé mentale à l'heure actuelle • Associée à un abus de substances actuel

Thrombose veineuse

Affection grave et potentiellement mortelle selon laquelle un caillot sanguin, généralement situé dans les jambes ou le bassin, bloque la circulation sanguine vers les poumons, causant des lésions aux tissus pulmonaires et réduisant les niveaux d'oxygène dans le sang. Les symptômes sont l'essoufflement, les douleurs thoraciques, les évanouissements et l'accélération du rythme cardiaque.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Nombre d'épisodes • Date du dernier épisode • Traitement/médicaments • Séquelles ou complications
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	Présence • Report Rétablissement complet sans complications ni phlébite résiduelle • Un seul épisode – Tarif standard si plus de 3 mois se sont écoulés depuis l'épisode • Épisodes récurrents – Coefficient de 150 % si le dernier épisode remonte à entre 6 à 24 mois; par la suite, tarif standard
Décision pour l'assurance maladies graves	Présence • Report Rétablissement complet sans complications ni phlébite résiduelle • Un seul épisode – Tarif standard si plus d'un an s'est écoulé depuis l'épisode • Épisodes récurrents – Report si le dernier épisode remonte à moins de 2 ans; par la suite, coefficient de 150 %
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Rétablissement partiel avec complications ou phlébite résiduelle : au cas par cas • Associée à la thrombocytemie essentielle
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Rétablissement partiel avec complications ou phlébite résiduelle • Associée à la thrombocytemie essentielle.

Thrombose veineuse profonde

Voir la section « [Thrombose veineuse](#) »

Traumatisme de la moelle épinière

Lésion d'une partie de la moelle épinière ou des nerfs à l'extrémité du canal rachidien, entraînant souvent des modifications permanentes de la force, de la sensibilité et d'autres fonctions du corps en dessous du site de la lésion. Ce type de lésion peut survenir à la suite d'un traumatisme, tel qu'un accident de voiture ou une chute, ou de maladies, telles que la poliomyélite ou le spina bifida, et sa gravité dépend du site et de l'étendue des lésions de la moelle épinière.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date de l'incident • Âge actuel • Cause • Profession, incapacité • Degré de paralysie (paraparésie, paraplégie, quadriparésie, quadriplégie) • Traitement/médicaments (y compris cannabis ou opioïdes) • Déambulation • Contrôle de la vessie et des intestins • Antécédents de santé mentale • Complications
Exigences particulières	• DMT • Analyse d'urine
Décision pour l'assurance-vie	Paraparésie ou paraplégie • Avec contrôle normal de la vessie et des intestins – Dans le meilleur des cas, de tarif standard à coefficient de 150 % si la personne est ambulatoire (sans aide ou avec une canne ou des béquilles). Sinon, de surprime pour risques aggravés modérée à report. • Sans contrôle de la vessie et des intestins – Dans les 2 ans suivant l'apparition des symptômes : report – Plus de 2 ans depuis l'apparition des symptômes : de report à surprime. La surprime diminue avec l'âge. Quadriparésie • Surprime pour risques aggravés modérée à élevée
Décision pour l'assurance maladies graves	Paraparésie ou paraplégie • Avec contrôle normal de la vessie et des intestins – Dans le meilleur des cas, tarif standard si aucune aide nécessaire – Avec canne ou béquilles, coefficient de 150 % avec une exclusion pour la paralysie et la perte d'autonomie • Sans contrôle de la vessie et des intestins – Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Quadriplégie • Avec antécédents de pneumonie récurrente ou avec assistance ventilatoire • Avec fonction rénale anormale • Personne en réadaptation et/ou inadaptée, pas encore autonome
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Quadriparésie et quadriplégie • Avec antécédents de pneumonie récurrente ou avec assistance ventilatoire • Avec fonction rénale anormale • Personne en réadaptation et/ou inadaptée, pas encore autonome

Troubles alimentaires

Les troubles de l'alimentation sont des problèmes de santé mentale graves caractérisés par des comportements alimentaires anormaux qui ont des répercussions négatives sur la santé physique et mentale. Ils se caractérisent souvent par une préoccupation pour la nourriture, le poids ou la forme du corps.

Anorexie mentale

Perte de poids extrême obtenue par une restriction sévère de l'apport alimentaire.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic/dernier épisode • Type de trouble alimentaire • Stabilité du poids, corpulence actuelle • Traitement/médicaments • Autres troubles psychiatriques, le cas échéant
Exigences particulières	• DMT • Bilan sanguin, analyse d'urine et signes vitaux
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	• Moins de 21 ans : refus • Plus de 21 ans : – Si le dernier épisode remonte à 3 à 10 ans, coefficient de 200 % à 150 %, selon les facteurs favorables – Si le dernier épisode remonte à plus de 10 ans, tarif standard dans le meilleur des cas
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Sous-poids important • En traitement • Personne de plus de 21 ans et dernier épisode au cours des 3 dernières années

Boulimie

Trouble caractérisé par des épisodes récurrents d'hyperphagie suivis de vomissements volontaires.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic/dernier épisode • Type de trouble alimentaire • Stabilité du poids, corpulence actuelle • Traitement/médicaments • Autres troubles psychiatriques, le cas échéant
Exigences particulières	• DMT • Bilan sanguin, analyse d'urine et signes vitaux
Décision pour l'assurance-vie	• Moins d'un an depuis le rétablissement : report • Plus d'un an depuis le rétablissement : dans le meilleur des cas, de coefficient de 150 % à tarif standard, selon les facteurs favorables
Décision pour l'assurance maladies graves	• Moins de 4 ans depuis le rétablissement : report • Plus de 4 ans depuis le rétablissement : dans le meilleur des cas, tarif standard, selon les facteurs favorables
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Sous-poids important • En traitement • Se présente avec des facteurs défavorables, traités ou non

Trouble alimentaire non spécifié

Voir la section « [Anorexie mentale](#) »

Troubles anxieux, somatoformes et dissociatifs (y compris épuisement professionnel, stress, panique)

Groupe de problèmes de santé mentale aigus ou chroniques caractérisés par des sentiments excessifs et intenses de peur, d'inquiétude et de nervosité, qui peuvent nuire aux activités de la vie quotidienne.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge à l'apparition des symptômes • Diagnostic • Symptômes • Fréquence des épisodes (y compris la date du dernier épisode) • Durée de l'état stable • Traitement/médicaments • Observance du traitement et suivis réguliers • Absence du travail ou de l'école • Hospitalisations ou visites à l'urgence • Pensées suicidaires ou tentatives de suicide • Antécédents de consommation d'alcool et/ou de drogues
Exigences particulières	• Questionnaire sur la santé mentale • DMT
Décision pour l'assurance-vie	Aigu • Épisode unique, avec ou sans médicaments, et trouble contrôlé depuis moins de 6 mois : tarif standard possible • Épisodes récurrents : trouble possiblement chronique Chronique • Trouble léger : tarif standard possible • Trouble modéré : surprime pour risques aggravés légère • Trouble sévère : surprime pour risques aggravés modérée à refus
Décision pour l'assurance maladies graves	Aigu • Épisode unique, avec ou sans médicaments, et trouble contrôlé depuis moins de 6 mois : tarif standard possible • Épisodes récurrents : trouble possiblement chronique Chronique • Trouble léger ou modéré : tarif standard possible • Trouble sévère : report si un an ou moins s'est écoulé depuis le diagnostic. Par la suite, de coefficient minimal de 150 % à refus.
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Absence du travail ou en invalidité au moment de la proposition • Mauvaise réponse au traitement ou symptômes chroniques persistants • Dépression post-partum et grossesse en cours • Nouveau diagnostic de dépression établi il y a moins de 2 ans, à l'âge de 65 ans ou plus • Associé à l'abus de substances • Traitement par kétamine

Trouble bipolaire

Problème de santé mentale caractérisé par des sautes d'humeur extrêmes, notamment des hauts (phase maniaque ou hypomaniaque) et des bas (dépression) sur le plan émotif. Ces crises peuvent durer des jours, des semaines et même des mois et peuvent avoir une incidence importante sur la capacité de la personne à fonctionner au quotidien. Souvent, un traitement à long terme est nécessaire pour gérer les symptômes et maintenir une stabilité.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge à l'apparition des symptômes • Symptômes • Fréquence des épisodes, stabilité, temps écoulé depuis le dernier épisode • Traitement/médicaments • Absence du travail ou de l'école • Hospitalisations ou visites à l'urgence • Pensées suicidaires ou tentatives de suicide • Antécédents de consommation d'alcool et/ou de drogues
Exigences particulières	• Questionnaire sur la santé mentale • DMT
Décision pour l'assurance-vie	• L'évaluation est basée sur l'altération des fonctions sociales ou professionnelles (le cas échéant), la période de stabilité depuis le début du traitement et l'existence d'une comorbidité d'abus de substances ou d'autres troubles de santé mentale. Temps écoulé depuis le diagnostic • État stable depuis 4 ans ou moins : de coefficient de 175 % à refus • État stable depuis plus de 4 ans : coefficient de 150 %
Décision pour l'assurance maladies graves	• L'évaluation est basée sur l'altération des fonctions sociales ou professionnelles (le cas échéant), la période de stabilité depuis le début du traitement et l'existence d'une comorbidité d'abus de substances ou d'autres troubles de santé mentale. Temps écoulé depuis le diagnostic • État stable depuis 4 ans ou moins : de coefficient de 150 % à refus • État stable depuis plus de 4 ans : coefficient de 125 %
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Diagnostic établi dans les 12 derniers mois • Absence du travail au moment de la soumission de la proposition • Mauvaise réponse au traitement ou symptômes chroniques persistants • Associé à un abus de substances actuel

Trouble cognitif (léger), trouble de la mémoire associé à l'âge, démence, maladie d'Alzheimer

Le trouble cognitif léger (TCL) est un état caractérisé par un déclin perceptible des capacités cognitives, telles que la mémoire ou les capacités de réflexion, qui est plus important que prévu pour l'âge d'une personne, mais pas assez grave pour avoir des répercussions considérables sur ses activités de la vie quotidienne. Les personnes atteintes de TCL présentent un risque élevé d'évolution vers la maladie d'Alzheimer.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge à l'apparition des symptômes • Symptômes • Diagnostic • Résultats d'investigations/de tests (MMSE ou MoCA) • Stabilité • Capacité à fonctionner de manière indépendante
Exigences particulières	• QPTA (Questionnaire destiné aux personnes du troisième âge) • DMT, y compris les résultats du mini-examen de l'état mental (MMSE) ou du test MoCA (Montreal Cognitive Assessment)
Décision pour l'assurance-vie	Dans le meilleur des cas, la personne est âgée de plus de 70 ans et son état est stable depuis 2 ans • Si elle remplit tous les critères du trouble de la mémoire associé à l'âge – Tarif standard • Si elle remplit tous les critères du trouble cognitif léger (TCL) – Coefficient de 150 % à 200 %
Décision pour l'assurance maladies graves	• Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Maladie d'Alzheimer • Démence • Mauvais résultats aux tests (test de l'horloge et/ou MMSE) • Moins de 70 ans
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Tous les cas d'assurance maladies graves sont refusés.

Trouble délirant

Voir la section [« Psychose »](#)

Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Problème de santé mentale qui peut se développer à la suite d'un événement traumatisant, généralement après une agression ou un abus sexuel, ou après une exposition à la guerre ou à des catastrophes. Parmi les symptômes, mentionnons les pensées intrusives, les cauchemars, les flash-back et/ou les troubles du sommeil, les comportements d'évitement, les changements d'humeur négatifs et l'hypervigilance.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge à l'apparition des symptômes • Symptômes • Traitement/médicaments • Absence du travail ou de l'école • Hospitalisations ou visites à l'urgence • Pensées suicidaires ou tentatives de suicide • Antécédents de consommation d'alcool et/ou de drogues • Antécédents d'agression, de violence ou d'activité criminelle • Maladie psychiatrique concomitante
Exigences particulières	• Questionnaire sur la santé mentale • DMT
Décision pour l'assurance-vie	• Le tarificateur met l'accent sur les facteurs favorables et défavorables du TSPT. • Dans le meilleur des cas, tarif standard s'il n'y a pas de facteurs défavorables actuels ou passés. Dans le cas contraire, de coefficient de 200 % à refus.
Décision pour l'assurance maladies graves	• Le tarificateur met l'accent sur les facteurs favorables et défavorables du TSPT. • Dans le meilleur des cas, tarif standard s'il n'y a pas de facteurs défavorables actuels ou passés. Dans le cas contraire, coefficient de 175 % à refus.
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Dans les 12 mois suivant le diagnostic • Facteurs majoritairement défavorables • Toxicomanie et/ou problème d'alcool faisant l'objet d'une surprime • Présence de symptômes et non-observance du traitement ou des examens de suivi recommandés, changements fréquents de médicaments

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)/ Trouble déficitaire de l'attention (TDA)

Trouble du développement neurologique fréquent chez l'enfant et l'adolescent, caractérisé par des schémas persistants d'inattention, d'hyperactivité et/ou d'impulsivité qui nuisent aux activités de la vie quotidienne. Ce trouble apparaît souvent dès l'enfance et peut persister à l'âge adulte, ayant des conséquences sur le fonctionnement scolaire, professionnel et social.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Gravité • Fonctionnement social/scolaire • Traitement/médicaments • Antécédents de consommation de drogues ou de problèmes d'alcool • Troubles mentaux ou psychiatriques associés
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	Léger (trouble ne nécessitant pas de traitement ou personne prenant un médicament et réagissant bien au traitement, école régulière et niveau scolaire approprié pour l'âge) : • Tarif standard Modéré (personne prenant deux médicaments et réagissant bien au traitement, école régulière et niveau scolaire approprié pour l'âge, ou fonctionnant bien socialement à l'heure actuelle) : • De 1 à 10 ans : report • De 11 à 17 ans : coefficient de 175 % • 18 ans et plus : tarif standard Autrement • Refus
Décision pour l'assurance maladies graves	Léger (trouble ne nécessitant pas de traitement ou personne prenant un médicament et réagissant bien au traitement, école régulière et niveau scolaire approprié pour l'âge) : • Tarif standard Modéré (personne prenant deux médicaments et réagissant bien au traitement, école régulière et niveau scolaire approprié pour l'âge, ou fonctionnant bien socialement à l'heure actuelle) : • De 1 à 17 ans : report • 18 ans et plus : tarif standard Autrement • Refus
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Toxicomanie ou problème d'alcool faisant l'objet d'une surprime • Moins de 21 ans avec troubles mentaux ou psychiatriques associés

Troubles de la thyroïde – Hyperthyroïdie, maladie de Graves, goitre toxique

Hypersécrétion des hormones thyroïdiennes entraînant une augmentation de l'activité métabolique. Les manifestations cliniques comprennent l'exophtalmie (yeux exorbités), l'hypertension, la fatigue, les tremblements, la perte de poids, la nervosité et les palpitations.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge • Date d'apparition des symptômes • Symptômes • Traitement et régulation
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves	• Dans le meilleur des cas : trouble traité, et personne asymptomatique et stable sous médicaments – tarif standard • Trouble non traité et symptômes persistants : report
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Trouble non traité ou mal contrôlé

Trouble de la thyroïde – Hypothyroïdie

Carence en hormones thyroïdiennes pouvant entraîner des symptômes, tels que la léthargie, l'intolérance au froid, la prise de poids et la bradycardie.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge • Date d'apparition des symptômes • Symptômes • Traitement et régulation • Pression artérielle
Exigences particulières	• DMT pour l'hypothyroïdie congénitale uniquement
Décision pour l'assurance-vie	Acquise • Personne asymptomatique ou symptômes légers : tarif standard Congénitale • Personne à assurer âgée d'un an ou plus ne présentant aucun retard de développement, et trouble traité et bien contrôlé : tarif standard
Décision pour l'assurance maladies graves	Acquise • Personne asymptomatique : tarif standard • Symptômes légers : coefficient de 150 % Congénitale • Personne à assurer âgée d'un an ou plus ne présentant aucun retard de développement, et trouble traité et bien contrôlé : tarif standard
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Personne à assurer âgée de moins d'un an atteint d'hyperthyroïdie congénitale • Myxœdème, symptômes cardiovasculaires ou neurologiques persistants

Trouble de la thyroïde – Nodules/Kystes

Excroissance ou masse qui se forme à l'intérieur de la glande thyroïde. Ces kystes/nodules peuvent être solides ou remplis de liquide et sont généralement bénins, mais dans certains cas, ils peuvent être cancéreux.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Examens (échographie, tomodensitométrie, IRM, biopsie) • Traitement • Taille et caractéristiques du kyste/nodule • Classification TI-RADS • Pathologie
Exigences particulières	• DMT et copies d'imagerie, ou rapport de pathologie si une biopsie a été effectuée
Décision pour l'assurance-vie	Présent et non investigué • Report Investigué par échographie • Classification TI-RADS 1 ou 2 : tarif standard • Classification TI-RADS 3 : report si le diagnostic a été posé dans la dernière année. Par la suite, tarif standard possible si observance des examens de suivi en imagerie et si état stable. • Classification TI-RADS 4 ou plus : report Investigué et biopsie • Au cas par cas Malin et retiré • Voir la section « Cancer de la thyroïde »
Décision pour l'assurance maladies graves	Présent et non investigué • Report Investigué par échographie • Classification TI-RADS 1 ou 2 : tarif standard • Classification TI-RADS 3 : tarif standard avec exclusion pour le cancer de la thyroïde • Classification TI-RADS 4 ou 5 : tarif standard avec exclusion pour le cancer de la thyroïde ou report Investigué et biopsie • Au cas par cas Malin et retiré • Voir la section « Cancer de la thyroïde »
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Présent et non investigué • Classification TI-RADS 4 ou 5

Trouble du spectre de l'autisme (TSA)/ Trouble envahissant du développement (TED)

Groupe d'affections neurodéveloppementales caractérisées par des difficultés de communication, des comportements restreints et répétitifs, et des problèmes d'interaction sociale. Le trouble apparaît généralement dans la petite enfance et se poursuit jusqu'à l'âge adulte.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Âge au moment du diagnostic • Aptitudes sociales/comportement restrictif • Gravité (faible, modérée, grave) • Traitement • Progression des études/du programme scolaire • Tout trouble associé (anxiété/dépression, crise/épilepsie)
Exigences particulières	• DMT, y compris les dossiers médicaux des spécialistes et les résultats de l'évaluation du développement
Décision pour l'assurance-vie	Léger (niveau 1, syndrome d'Asperger; soutien minimal requis) • 8 ans ou moins : report • Plus de 8 ans : dans le meilleur des cas – tarif standard Modéré (niveau 2, soutien important requis) • 15 ans ou moins : report • Plus de 15 ans : dans le meilleur des cas – coefficient de 200 % Grave (niveau 3, soutien très important requis) • Refus
Décision pour l'assurance maladies graves	Léger • 8 ans ou moins : report • Plus de 8 ans : dans le meilleur des cas – tarif standard Modéré et grave • Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Forme modérée avec crise/épilepsie
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Forme légère avec crise/épilepsie

Tuberculose

Maladie infectieuse causée par une bactérie en suspension dans l'air (bacille de Koch) qui atteint principalement les poumons, mais également d'autres parties du corps. Les symptômes sont notamment une toux grasse, de la fièvre, une perte de poids et des maux.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Date du diagnostic • Active ou inactive • Site d'infection • Symptômes • Examens/investigations • Traitement et/ou médicaments • Guérison, stabilité, séquelles • Complications
Exigences particulières	• DMT, y compris résultats de la radiographie pulmonaire et de l'exploration fonctionnelle respiratoire
Décision pour l'assurance-vie	Test cutané positif pour la tuberculose uniquement, sans preuve de maladie active, avec ou sans traitement • Tarif standard Tuberculose pulmonaire inactive • Résultats peu significatifs à la radiographie pulmonaire : tarif standard possible • Résultats de bronchectasie ou de caverne tuberculeuse : au cas par cas Tuberculose pulmonaire active • Traitement pendant les 3 premiers mois : report • Après les 3 premiers mois de traitement, selon la gravité : de tarif standard à coefficient de 250 % Tuberculose extrapulmonaire (infection du nœud lymphatique, péritonéale, méningée, vésicale et/ou rénale) • Sous traitement : report • Après le traitement, selon le rétablissement et les séquelles : de tarif standard à coefficient de 175 %
Décision pour l'assurance maladies graves	Test cutané positif pour la tuberculose uniquement, sans preuve de maladie active, avec ou sans traitement • Tarif standard Tuberculose pulmonaire inactive • Résultats peu significatifs à la radiographie pulmonaire : tarif standard possible • Résultats de bronchectasie ou de caverne tuberculeuse : au cas par cas Tuberculose pulmonaire active • Traitement pendant les 3 premiers mois : report • Après les 3 premiers mois de traitement, selon la gravité : de tarif standard à refus Tuberculose extrapulmonaire (infection du nœud lymphatique, péritonéale, méningée, vésicale et/ou rénale) • Sous traitement : report • Plus de 12 mois après le traitement, guérison complète et aucune séquelle : tarif standard
Peu probable que l'assurance-vie et l'assurance maladies graves soient envisagées	• Maladie active, ne recevant pas de traitement ou n'y répondant pas • Avec complications liées à une infection tuberculeuse antérieure (hémoptysie, empyème, abcès, infection de la caverne tuberculeuse, infection fongique) • Atteinte importante des poumons révélée par l'exploration fonctionnelle respiratoire • En attente d'examens, tels que radiographie pulmonaire et exploration fonctionnelle respiratoire

Varices

Veines gonflées et tordues visibles sous la peau, le plus souvent au niveau des jambes. Elles se développent lorsque les valvules des veines qui régulent le débit sanguin deviennent faibles ou endommagées, entraînant un élargissement et un gonflement des veines. Les varicosités des veines autres que celles des jambes sont généralement l'indication d'un trouble sous-jacent grave (cirrhose, tumeur, etc.).

Facteurs de risque liés à la tarification	• Site • Cause • Traitement (médical ou chirurgical) • Ulcération
Exigences particulières	• DMT
Décision pour l'assurance-vie	Jambes • Dans le meilleur des cas, tarif standard en l'absence d'ulcération Thorax, abdomen ou œsophage • Refus si dues à une cirrhose, sinon au cas par cas
Décision pour l'assurance maladies graves	Jambes • Dans le meilleur des cas, tarif standard en l'absence d'ulcération Thorax, abdomen ou œsophage • Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Si présentes dans le thorax, l'abdomen ou l'œsophage et dues à une cirrhose
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Si présentes dans le thorax, l'abdomen ou l'œsophage

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Virus qui attaque le système immunitaire de l'organisme, en particulier les cellules CD4. S'il n'est pas traité, le VIH peut entraîner le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), une maladie selon laquelle le système immunitaire est gravement atteint et l'organisme a du mal à lutter contre les infections et les maladies. La surprime sera probablement élevée, quelle que soit l'offre.

Facteurs de risque liés à la tarification	• Âge actuel • Date du diagnostic • Résultats du test du VIH (positif, indéterminé, négatif) • Usage du tabac • Traitement/médicaments • Numération des lymphocytes T CD4 • Observance des examens de suivi ou du traitement • Maladie cardiovasculaire, le cas échéant • Antécédents d'hépatite B et C • Antécédents de consommation d'alcool et/ou de drogues
Exigences particulières	• La DMT doit indiquer tous les traitements suivis. • Bilan sanguin et analyse d'urine
Décision pour l'assurance-vie	Séronégativité au VIH et personne suivant actuellement une PrEP à titre préventif uniquement • Tarif standard si la DMT indique qu'il y a observance de tous les protocoles de traitement et des suivis recommandés, et qu'il n'y a pas d'autres problèmes de santé ou de drogue Test du VIH – Indéterminé • Report pour 6 mois Séropositivité au VIH • Nouvellement découverte – refus • Actuellement en traitement – au cas par cas : surprime pour risques aggravés modérée à élevée selon l'âge du proposant et la numération des lymphocytes T CD4 Diagnostic de SIDA • Refus
Décision pour l'assurance maladies graves	Séronégativité au VIH et personne suivant actuellement une PrEP à titre préventif uniquement • Tarif standard si la DMT indique qu'il y a observance de tous les protocoles de traitement et des suivis recommandés, et qu'il n'y a pas d'autres problèmes de santé ou de drogue Test du VIH – Indéterminé • Report pour 6 mois Séropositivité au VIH ou SIDA • Refus
Peu probable que l'assurance-vie soit envisagée	• Moins de 20 ans • Diagnostic de SIDA • Avec des antécédents d'hépatite B ou C • Avec maladie cardiovasculaire • Non-observance des examens de suivi après les traitements • Avec antécédents de toxicomanie ou de problème d'alcool
Peu probable que l'assurance maladies graves soit envisagée	• Séropositivité au VIH ou diagnostic de SIDA • Résultat indéterminé au test du VIH

Facteurs de risque liés au style de vie

Les facteurs de risque liés au style de vie sont un élément important à considérer lors de l'évaluation d'une assurance-vie ou d'une assurance maladies graves. Nous accordons une attention particulière à l'usage du tabac, à la consommation d'alcool et/ou de drogues et aux antécédents de conduite. Nous tenons également compte des voyages à l'étranger, du lieu de résidence, des activités criminelles, des loisirs, des sports dangereux pratiqués et d'autres activités.

Table des matières

128	Consommation excessive d'alcool
128	Cannabis (marijuana), cocaïne et autres drogues
130	Infractions routières
131	Loisirs
132	Aviation
134	Profession
135	Casier judiciaire
136	Lignes directrices concernant les immigrants récents et les résidents temporaires
137	Lignes directrices concernant les voyages à l'étranger
138	Non-résidents ou résidents étrangers
139	Critères de la tarification préférentielle pour la Temporaire Évolution
141	Lettres d'accompagnement : l'importance de décrire la situation du Client

Consommation excessive d'alcool

Lignes directrices pour la tarification

Consommation d'alcool	Exigences de tarification	Décisions de tarification possibles
Antécédents d'alcoolisme ou incapacité à contrôler sa consommation d'alcool, absence de rechute	• Questionnaire relatif à la consommation d'alcool – formulaire 026 (compris dans la proposition électronique et l'entrevue téléphonique) • Bilan sanguin et analyse d'urine • DMT • Dossier de conduite (si indiqué) • Lettre d'accompagnement expliquant les antécédents de consommation d'alcool et la démarche vers la sobriété, ainsi que la situation actuelle	Personne de moins de 25 ans Refus Personne de 25 ans ou plus, nombre d'années depuis la dernière consommation d'alcool • <u>De 0 à un an</u> : refus • <u>De 1 à 5 ans</u> : surprime pour risques aggravés modérée à élevée • <u>5 ans et plus</u> : tarif standard dans le meilleur des cas
Antécédents d'alcoolisme ou incapacité à contrôler sa consommation d'alcool, et rechutes	• Questionnaire relatif à la consommation d'alcool – formulaire 026 (compris dans la proposition électronique et l'entrevue téléphonique) • Bilan sanguin et analyse d'urine • DMT • Dossier de conduite (si indiqué) • Lettre d'accompagnement expliquant les antécédents de consommation d'alcool et la démarche vers la sobriété, ainsi que la situation actuelle	Personne de moins de 25 ans Refus Personne de 25 ans ou plus • Une seule rechute : semblable à ce qui précède, mais refus si dernière consommation dans les 2 dernières années ou coefficient de mortalité légèrement plus élevé • Plus d'une rechute, nombre d'années depuis la dernière consommation – <u>Moins de 5 ans</u> : refus – <u>Si plus de 5 ans</u> : au cas par cas pour les meilleurs dossiers seulement

Les maladies graves feront l'objet d'une tarification plus prudente.

Cannabis (marijuana), cocaïne et autres drogues

Exigences de tarification

Si un Client a consommé des drogues par le passé, nous exigerons le Questionnaire relatif à l'usage de drogues (formulaire F12) – compris dans la proposition électronique et l'entrevue téléphonique –, un bilan sanguin, une analyse d'urine et la DMT. Dans certains cas, nous pouvons demander un test de dépistage des hépatites B et C en plus du bilan habituel et/ou le dossier de conduite.

Décisions de tarification possibles

Cannabis (marijuana)

La plupart des personnes qui fument occasionnellement du cannabis sont acceptées au tarif standard, à condition qu’elles soient âgées d’au moins 19 ans, qu’elles ne présentent aucun signe de problèmes de santé ou de comportements liés à leur consommation de cannabis, qu’elles aient un bilan sanguin normal et un emploi stable.

Consommateurs actuels

- Âgés de 19 ans ou plus : consommateurs occasionnels ou modérés – tarif standard pour non-fumeur
- Consommateurs réguliers ou grands consommateurs : au cas par cas
- Avec consommation d’autres drogues : refus

Anciens consommateurs

- Il y a moins d’un an : tarif des consommateurs actuels
- Il y a un an ou plus : tarif standard de façon générale, sauf s’il y a des antécédents de forte consommation ou de dépendance, auquel cas nous évaluerons la situation au cas par cas

Les maladies graves feront l’objet d’une tarification plus prudente. Nous n’appliquons pas le tarif fumeur aux consommateurs de cannabis, sauf s’ils font également l’usage de produits du tabac.

Cocaïne et autres drogues

Consommateurs actuels

Refus

Anciens consommateurs

Après la période d’abstinence, il est possible de faire des offres avec surprime s’il n’y a pas d’antécédents de rechute. Ces surprimes diminuent progressivement au fur et à mesure que la période d’abstinence s’allonge.

Type de drogue	Période d’abstinence minimale requise pour l’assurance-vie	Période d’abstinence minimale requise pour l’assurance maladies graves	Tarif standard possible par la suite pour l’assurance-vie et l’assurance maladies graves
Groupe 1			
Barbituriques (somnifères) et benzodiazépines (tranquillisants)	2 ans	3 ans	5 ans
Groupe 2			
Amphétamines (méthamphétamine, MDA, DOM, DOB, ecstasy)	3 ans	4 ans	5 ans
Cocaïne	3 ans	4 ans	5 ans
Hallucinogènes (LSD, champignons magiques)	3 ans	4 ans	5 ans
Solvants/inhalants (colle, aérosols, essence, produits nettoyants)	3 ans	4 ans	5 ans
Groupe 3			
Opium	5 ans	7 ans	8 ans
Héroïne	5 ans	7 ans	8 ans
Analgésiques (opiacés, opioïdes : codéine, méthadone, morphine, oxycodone, tramadol, fentanyl)	5 ans	7 ans	8 ans
Autre			
Transfert de dépendance (plusieurs drogues ou drogues et alcool)	5 ans	5 ans	Au cas par cas
Drogues visant à augmenter la performance (stéroïdes anabolisants, hormones de croissance humaine à usage non médical, dopage sanguin)	2 ans	2 ans	2 ans

L’assurance maladies graves fera l’objet d’une tarification plus prudente.

Infractions routières

Le tarificateur tient compte des facteurs de risque suivants lors de l'évaluation du risque :

- Type et nombre d'infractions
- Gravité des infractions
- Date des infractions et temps écoulé depuis la dernière infraction
- Âge de la personne à assurer
- Antécédents médicaux
- Facteurs de risque liés au style de vie, notamment consommation ou consommation excessive d'alcool ou de drogues
- Retraits du permis de conduire ou accidents

Exigences de tarification

Pour les condamnations pour excès de vitesse, indiquez le nombre de kilomètres à l'heure au-dessus de la limite de vitesse. Dans certains cas, le tarificateur demandera un dossier de conduite. Pour les résidents de la Colombie-Britannique et du Québec, le formulaire d'autorisation provinciale doit être rempli. Pour les résidents de la Colombie-Britannique, remplissez le formulaire de demande du dossier de conduite MV2680, et pour les résidents du Québec, remplissez le formulaire 5981 35 – Autorisation de divulgation du dossier de conduite par la Société de l'assurance automobile du Québec. Les résidents de l'Alberta doivent obtenir leur propre dossier de conduite. En ce qui concerne les formulaires de la Colombie-Britannique, une signature manuscrite est désormais exigée.

Décisions de tarification possibles

Conduite avec facultés affaiblies :

- Si un Client est accusé de conduite avec facultés affaiblies, ou a refusé de souffler dans l'éthylomètre, la proposition doit être reportée jusqu'à ce qu'il se soit écoulé au moins un an depuis l'infraction. Par la suite, nous la considérerons en ajoutant une surprime fixe permanente minimale, allant de 2,50 \$ à 5,00 \$ par 1 000 \$ de couverture pour l'assurance-vie et un coefficient de 125 % à 150 % pour l'assurance maladies graves. Ces surprimes seront révisables 3 ans après la date de l'infraction, sous réserve d'une tarification complète.
- Les Clients âgés de plus de 70 ans qui ont été accusés de conduite avec facultés affaiblies au cours des 3 dernières années seront refusés.
- Si un Client conteste une accusation de conduite avec facultés affaiblies et attend la tenue de son audience, la proposition sera reportée.
- Les propositions de Clients qui ont des antécédents d'accusations de conduite avec facultés affaiblies seront étudiées au cas par cas.
- Les personnes dont la consommation actuelle d'alcool donne lieu à une surprime seront refusées.

Contraventions pour excès de vitesse et autres infractions routières :

- Nous pouvons accepter au tarif standard la plupart des personnes à assurer qui ont commis quelques infractions routières mineures ou modérées.
- Les personnes à assurer qui ont commis plus de 2 infractions routières au cours des 3 dernières années ne seront pas admissibles aux catégories de tarification préférentielle.
- Les personnes qui présentent des risques qui ne sont pas standards, mais qui sont assurables peuvent se voir proposer un contrat avec une surprime fixe permanente allant de 2,50 \$ à 7,50 \$ par 1 000 \$ de couverture pour l'assurance-vie et un coefficient de 125 % à 200 % pour l'assurance maladies graves.
- En général, plus le nombre de points d'inaptitude du dossier de conduite est élevé, plus le risque de surprime ou de report augmente.

Loisirs

Nous tenons compte des renseignements suivants pour évaluer le risque de certains sports ou loisirs présentant un danger :

- Type d'activité
- Fréquence de participation
- Participation à plus d'une activité
- En tant que professionnel ou en amateur
- Attestations ou membres d'un club, s'il y a lieu

Exigences de tarification

Pour la plupart des sports ou des loisirs, la proposition électronique ou l'entrevue téléphonique proposera le questionnaire pertinent. Si vous remplissez une proposition papier, nous vous recommandons de joindre le questionnaire pertinent correspondant aux sports ou aux loisirs. Consultez la section des formulaires de la Centrale Sun Life ou du Carrefour des conseillers pour obtenir la liste de tous les questionnaires. S'il n'existe pas de questionnaire pour l'activité à laquelle participe la personne à assurer, donnez le plus de renseignements possible dans la proposition ou dans une lettre signée par le Client.

Décisions de tarification possibles

Nous acceptons la plupart des loisirs au tarif standard pour l'assurance-vie. Pour ce qui est de l'assurance maladies graves, il faut s'attendre à une exclusion soit pour l'activité, soit pour la perte d'autonomie ou la paralysie partielle. En règle générale, plus l'activité est dangereuse, plus il risque d'y avoir une surprime ou un report.

Les loisirs souvent évalués par les tarificateurs qui sont susceptibles d'être acceptés avec une surprime sont indiqués ci-dessous. La plupart du temps, il s'agit de surprimes fixes permanentes allant de 2,50 \$ à 5 \$ par 1 000 \$ de couverture. Toutefois, certaines peuvent atteindre 10 \$ par 1 000 \$ de couverture.

Loisirs susceptibles de donner lieu à une surprime

- Courses automobiles, de motocyclettes, de motoneiges ou de bateaux à moteur
- Boxe ou kick-boxing pratiquée au niveau professionnel (les amateurs sont généralement acceptés au tarif standard)
- Deltaplane ou motoplaneur
- Escalade de rochers, de glace ou de neige (l'escalade sur pistes et l'escalade de murs artificiels sont acceptées comme risque standard)
- Saut en chute libre/parachutisme ou parachutisme en traction ou ascensionnel
- Plongée sous-marine (ou plongée en scaphandre autonome) (plongée à plus de 120 pieds, plongée sur épave, plongée souterraine ou sous la glace)
- Vol en ultraléger motorisé (ULM)
- Héliiski, cat skiing ou ski/planche à neige dans l'arrière-pays ou hors pistes. Le ski de piste et la planche à neige sont acceptés comme risque standard.
- Activités de motoneige hors pistes dans des zones où il y a des risques d'avalanches.

Activités considérées comme non assurables

- Vols expérimentaux, tentatives de records
- Cascades
- Culturisme professionnel (les amateurs sont généralement acceptés au tarif standard)
- Escalade de glaciers, sur la glace ou sur la neige dans l'Arctique, l'Himalaya ou des régions similaires
- Escalade de rochers très difficiles ou à hautes altitudes dont le niveau de difficulté est supérieur à la classe Yosemite Decimal System (YDS) 5,9 ou escalade à plus de 19 000 pieds ou 5 800 mètres
- Plongée libre, plongée en scaphandre autonome en solo ou pratiquée sans instructeur alors que la personne n'a pas de certificat
- Lutte de niveau professionnel (les amateurs sont généralement acceptés au tarif standard)

Exclusions

En général, nous offrons une couverture complète avec une surprime fixe. Cependant, si la participation à l'activité est peu fréquente, nous pourrions envisager d'offrir la couverture avec une exclusion pour l'activité en question. Pour l'assurance maladies graves, l'exclusion pourrait être soit pour l'activité, soit pour la garantie de perte d'autonomie et/ou de paralysie partielle.

Aviation

Pilotes privés

Les deux causes principales de décès dans l'aviation sont les défaillances mécaniques et le fait de piloter dans des conditions qui dépassent les capacités du pilote. Les personnes ayant une expérience minimale du vol en solo ont un taux d'accident plus élevé.

Il faut tenir compte des facteurs suivants pour évaluer le risque lié à l'aviation :

- les vols d'affaires par opposition aux vols d'agrément;
- l'expérience du pilote;
- les installations aéroportuaires;
- le terrain et la zone survolée;
- le type de licence et si le pilote possède la compétence « vol à vue » ou « vol aux instruments »;
- le type d'aéronef piloté (les aéronefs de construction artisanale ou les ultralégers présentent plus de risques);
- les antécédents médicaux;
- les antécédents de toxicomanie et d'alcoolisme;
- les antécédents en matière d'infractions ou d'accidents;
- les antécédents d'infractions routières.

Exigences de tarification

La proposition électronique et l'entrevue téléphonique comprennent un questionnaire relatif à l'aviation. Si vous remplissez une proposition papier, remplissez aussi le Questionnaire relatif à l'aviation (formulaire F4). Le tarificateur peut également demander un dossier de conduite et/ou une DMT.

Décisions de tarification possibles

Bien que la plupart des pilotes privés expérimentés soient acceptés au tarif standard, les pilotes suivants peuvent être assujettis à une surprime minimale de 2,50 \$ par 1 000 \$ de couverture d'assurance-vie ou à une exclusion complète pour l'aviation dans le cas de l'assurance maladies graves :

- les élèves-pilotes
- les pilotes avec un permis de pilote de loisir
- les pilotes qui ont moins de 400 heures de vol
- les pilotes qui effectuent plus de 300 heures de vol par an

Les pilotes d'aéronefs ultralégers, autogyres ou gyrocoptères peuvent s'attendre à une surprime minimale de 5 \$ par 1 000 \$ de couverture.

Exclusions

En général, pour l'assurance-vie, nous offrons une couverture complète avec une surprime fixe. Toutefois, si la personne à assurer participe rarement à l'activité, nous pouvons envisager d'établir le contrat avec une exclusion pour l'aviation. Nous ne proposerons pas de contrat comportant une exclusion pour l'aviation si l'activité de vol est liée à la profession de la personne à assurer. Il y aura une exclusion pour l'aviation chez les pilotes âgés de moins de 17 ans et de plus de 70 ans.

En ce qui concerne l'assurance maladies graves, la probabilité d'un tarif standard, d'une exclusion ou d'un refus est plus grande, selon l'activité. Le recours aux surprimes n'est pas aussi courant en cas de risques liés à l'aviation pour l'assurance maladies graves.

Pilotes et membres d'équipage professionnels

La plupart des pilotes professionnels qui travaillent pour une grande compagnie aérienne sont assurables au tarif standard. La plupart des pilotes qui pilotent un avion multimoteur appartenant à une entreprise et qui ne volent pas dans des zones reculées sont également assurables au tarif standard pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves.

Exigences de tarification

La proposition électronique et l'entrevue téléphonique comprennent un questionnaire relatif à l'aviation. Si vous remplissez une proposition papier, remplissez aussi le Questionnaire relatif à l'aviation (formulaire F4).

Décisions de tarification possibles

Certains pilotes professionnels ne sont pas assurables au tarif standard. Nous vous donnons quelques exemples dans le tableau ci-dessous. Vous pouvez vous attendre à ce que ces pilotes soient acceptés avec une surprime de 2,50 \$ à 7,50 \$ par 1 000 \$ de couverture pour l'assurance-vie. Attendez-vous cependant à une exclusion pour l'assurance maladies graves. Pour en savoir plus sur une situation en particulier, discutez-en avec un tarificateur.

Exemples de secteurs où les pilotes professionnels sont visés par une surprime

- | | | |
|---|---|--|
| • Publicité | • Remorquage de planeurs | • Police et patrouille |
| • Spectacles aériens | • Troupeaux et chasse | • Courses |
| • Services ambulanciers | • Cartographie | • Recherche et sauvetage |
| • Vol de brousse | • Mines et carrières | • Excursions |
| • Construction (transport aérien) | • Compagnie aérienne non régulière | • Topographie |
| • Vol d'affaires (sauf multimoteurs en région non éloignée) | (sauf multimoteurs en région non éloignée) | • Pilotes d'essai |
| • Dépoussiérage et ensemencement des cultures | • Service de plateforme pétrolière | • Transport d'explosifs |
| • Services d'incendie | • Photographie | • Météorologie (y compris surveillance d'ouragans) |
| • Protection des poissons et du gibier | • Inspection de pipelines, de lignes électriques et de lignes téléphoniques | |
| • Instructeurs de vol | | |

Pilotes et membres d'équipage des forces armées

La plupart des pilotes et des membres d'équipage des forces armées sont visés par une surprime. La surprime varie entre 3 \$ et 5 \$ par 1 000 \$ de couverture pour l'assurance-vie. Il faut prévoir une exclusion ou un refus pour l'assurance maladies graves. Il est recommandé de s'informer auprès d'un tarificateur avant de soumettre une proposition.

Profession

La plupart des professions sont acceptées au tarif standard, mais certaines comportent un risque plus élevé. Dans ces cas, il faut s'attendre à une surprime fixe permanente de 2,50 \$ à 7,50 \$ par 1 000 \$ de couverture pour l'assurance-vie et à un coefficient de 125 % à 150 % pour l'assurance maladies graves. Il est possible qu'un Client soit visé par une surprime ou soit refusé pour un produit et qu'il soit accepté au tarif standard pour l'autre, et vice versa.

Exemples de professions donnant probablement lieu à une surprime

- Manipulateurs d'acides
- Bouteux, dynamiteurs et autres manipulateurs d'explosifs
- Évacuation ou désarmement de bombes
- Construction de ponts, édification métallique, câbleurs
- Plongeurs professionnels, à partir de 150 pieds de profondeur
- **Industrie de la pêche** : équipage travaillant sur des vaisseaux de moins de 85 pieds ne débarquant pas tous les jours ou sur des navires de chasse au phoque ou des baleiniers et pêcheurs de crabes de l'Alaska
- Foresterie, pompiers parachutistes
- **Exploitation forestière dans l'Ouest canadien** : gabiers, ouvriers grimpeurs, abatteurs d'arbres, élingueurs et conducteurs de camions transportant des billes de bois
- **Industrie minière** : dynamiteurs, manipulateurs d'explosifs et pompiers travaillant dans les mines de charbon, d'uranium et de radium; bouteux et autres personnes manipulant des explosifs dans les carrières et les mines à ciel ouvert
- Pétrole et gaz naturel : dynamiteurs et autres personnes manipulant des explosifs
- Pilotes (voir la section « [Aviation](#) »)
- Usines de traitement du radium et de l'uranium, ouvriers
- Monteurs de charpentes métalliques et de béton de structure préfabriquée, ouvriers des cheminées et ouvriers sur hauts échafaudages et mâts
- Cascadeurs, acteurs qui font leurs propres cascades
- Essai d'agents chimiques

Exemples de professions que nous n'assurons pas

- Astronautes, si la mission doit avoir lieu dans un an ou moins
- Personnel des ambassades et diplomates gouvernementaux
- Danseurs ou danseuses exotiques, strip-teaseurs ou strip-teaseuses, escortes
- Journalistes (correspondants à l'étranger) ou autres professions supposant des voyages dans des pays à haut risque
- Plongeurs professionnels ou des forces armées – d'essai ou en haute mer (au-delà de 200 pieds)
- Missionnaires et travailleurs humanitaires à temps plein et à temps partiel
- Professions comprenant notamment des cascades ou des tentatives de records à risque
- **Industrie du pétrole et du gaz naturel** : travailleurs en haute mer à l'extérieur de l'Amérique du Nord
- Culturistes professionnels
- Arts martiaux mixtes et lutteurs professionnels

Personnel militaire

Les membres du personnel militaire sont évalués de la même façon que les civils, en fonction de leur profession, de la pratique de l'aviation et de leurs déplacements passés et futurs.

Casier judiciaire

Les antécédents judiciaires sont examinés au cas par cas et seuls les meilleurs dossiers sont considérés pour l'assurance-vie et l'assurance maladies graves. Certains criminels sont affiliés à des gangs ou à des organisations criminelles et ont des problèmes d'alcoolisme et/ou de toxicomanie. Une personne ayant un casier judiciaire récent risque de devenir un récidiviste et d'être incarcérée.

Il est important de tenir compte des facteurs suivants :

Facteurs favorables	Facteurs défavorables
• Divulcation immédiate et complète • Une seule infraction • Emploi stable et stabilité financière • Aucun problème d'alcool ou de drogues	• Non-divulcation ou divulgation incomplète • Activités criminelles importantes, récidives • Antécédent d'emprisonnement • Actuellement en libération conditionnelle ou en détention à domicile • Affiliation au crime organisé, à un groupe criminel ou à un groupe terroriste • Problèmes d'alcool et de drogues • Problèmes psychologiques ou troubles de la personnalité • Recours à la violence ou utilisation d'armes

Exigences de tarification

Peuvent comprendre la vérification du casier judiciaire et la DMT

Décisions de tarification possibles

Niveau de gravité et types d'acte criminel	Décisions de tarification possibles
Major Meurtre, homicide volontaire, vol à main armée, extorsion, trafic de drogues, viol, crimes contre les enfants, enlèvement, incendies criminels, terrorisme, fraude, contrefaçon	Refus
Infractions de gravité moyenne Homicide involontaire, voies de fait graves, prêts usuraires, détournement de biens, vol sans armes, piratage informatique, délit d'initiés	Considération possible après 6 ans pour l'assurance-vie et après 10 ans pour l'assurance maladies graves à compter de la date d'incarcération, de la fin de la peine avec sursis ou de la fin de la probation ou de la libération conditionnelle.
Infractions mineures Voies de fait, cambriolage, recel (vente de biens volés), jeu clandestin et délit mineur de possession de stupéfiants	Considération possible après 3 ans à compter de la date d'incarcération, de la fin de la peine avec sursis ou de la fin de la probation ou de la libération conditionnelle.

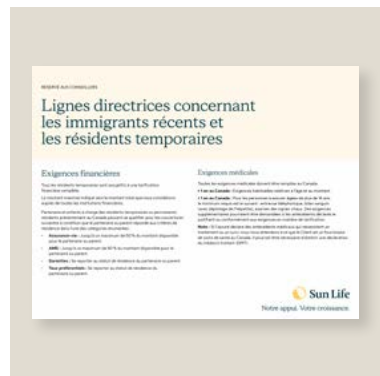
S'il est possible de faire une offre, la surprime sera de l'ordre de 3 \$ et plus par 1 000 \$ de couverture pour l'assurance-vie et le coefficient sera de 150 % et plus pour l'assurance maladies graves. Il se peut que nous ne puissions pas considérer certaines personnes à assurer, même si le délai requis a été respecté.

Dans les cas suivants, les personnes ne sont pas assurables :

- Accusations portées ou date fixée pour un procès, en probation, libération conditionnelle ou condamnation avec sursis
- Infractions multiples (peuvent être considérées après 10 ans à compter de la date de la dernière condamnation ou de la libération)
- Association au crime organisé, à un groupe criminel ou à un groupe de terroristes
- Pédophiles
- La plupart des fraudes et crimes économiques

Lignes directrices concernant les immigrants récents et les résidents temporaires

Lignes directrices concernant les immigrants récents et les résidents temporaires



Lignes directrices concernant les immigrants récents et les résidents temporaires
820-4084

Télécharger

[Suncentral](#)

[Carrefour des conseillers](#)

Formulation de l'exclusion relative à la résidence

Quelles que soient les autres dispositions du contrat, nous ne verserons aucun capital-décès si le décès de la personne assurée survient à l'extérieur du Canada.

Si la personne assurée décède pendant que cette exclusion est en vigueur, nous verserons au bénéficiaire la somme que nous aurions versée à la suite d'une demande par écrit de votre part de résilier votre contrat à la date du décès de la personne assurée.

Cette exclusion prend fin à la date à laquelle la personne assurée devient résidente permanente du Canada en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés du Canada*.

Lignes directrices concernant les voyages à l'étranger

Nous suivons en permanence les événements mondiaux afin de nous tenir au courant des questions politiques, économiques, socioéconomiques, criminelles, de soins de santé, de catastrophes naturelles et de transport dans le monde entier. Nous révisons nos lignes directrices concernant les voyages à l'étranger selon les événements.

Le gouvernement du Canada classe les risques en matière de sécurité à l'étranger comme suit :

- Prenez des mesures de sécurité normales
- Faites preuve d'une grande prudence
- Évitez tout voyage non essentiel
- Évitez tout voyage

Source: <http://voyage.gc.ca>

Selon la durée et le motif du voyage, les personnes qui se rendent dans les pays classés dans les deux premiers « niveaux de risque » devraient être assurables. Les personnes qui se rendent dans des pays ou des régions associés au troisième niveau de risque (« Évitez tout voyage non essentiel ») peuvent être assurables, selon le voyage et la raison du niveau de risque. Dans certaines situations, il est possible de prévoir une exclusion. Les personnes qui se rendent dans des pays ou des régions dont le niveau de risque est « Évitez tout voyage » ne sont généralement pas assurables, et il n'est pas possible de prévoir une exclusion. Si le proposant se rend dans plusieurs pays, nous appliquons l'évaluation la plus prudente.

La Sun Life a classé les pays en trois catégories de risque : risque faible, risque modéré à élevé et non assurable.

- Pour les voyages dans des pays à faible risque (« Prenez des mesures de sécurité normales »), nous offrons une couverture au tarif standard, à condition que l'état de santé de la personne à assurer le permette et que le voyage dure moins de 6 mois par an. Plus de 130 pays entrent dans la catégorie « risque faible ».
- Pour les voyages dans des pays à risque modéré à élevé (« Faites preuve d'une grande prudence » ou « Évitez tout voyage non essentiel »), nous offrons généralement une couverture au tarif standard, à condition que l'état de santé de la personne à assurer le permette, que le voyage dure moins de 3 mois par an et que la personne à assurer ne se rende pas dans une région faisant l'objet d'un avertissement « Évitez tout voyage » sur la page Web du gouvernement du Canada consacrée aux voyages. Pour les voyages de plus de 3 mois, nous exigeons une surprime fixe de 2,50 \$ par 1 000 \$ de couverture pour l'assurance-vie et appliquons un coefficient de 125 % pour l'assurance maladies graves.
- Pour les voyages dans des pays dont le risque est non assurable (« Évitez tout voyage »), nous n'offrons aucune couverture. Dans certains cas, pour des voyages de très courte durée, nous pourrions offrir de l'assurance avec une exclusion. Vous trouverez la liste des pays qui ne sont actuellement pas assurables à la page suivante.

Autres facteurs à considérer

Les taux préférentiels et les garanties facultatives ne sont pas offerts si la personne à assurer fait l'objet d'une surprime pour les voyages à l'étranger.

Les propositions des personnes à assurer résidant dans un pays étranger depuis plus de 6 mois seront examinées au cas par cas.

Les professions suivantes ne sont pas assurables

- Diplomates
- Journalistes (correspondants à l'étranger)
- Travailleurs de l'aide à l'étranger
- Les membres d'un groupe de service des forces armées qui sont sur le point d'être déployés ou qui ont été déployés (y compris les soldats de la paix) seront évalués sur la base de leur profession et de leur lieu de voyage.
- Missionnaires (dans ce contexte, nous faisons référence aux missionnaires à temps plein par opposition aux personnes qui travaillent à temps plein et qui décident de participer, quelques semaines par année, à des projets missionnaires ou humanitaires)

Pays non assurables

De manière générale, les personnes à assurer qui se rendent dans les pays énumérés ci-dessous ou qui envisagent de se rendre dans l'un de ces pays ne peuvent se voir proposer une couverture d'assurance-vie, quelle que soit la durée du voyage. Cette liste est susceptible d'être modifiée à tout moment sans préavis.

En plus de ces destinations, nous ne pouvons habituellement offrir aucune couverture aux personnes qui voyagent ou songent à voyager vers des pays pour lesquels l'avertissement « Évitez tout voyage » est diffusé sur le [site du gouvernement du Canada](#) à l'intention des Canadiens voyageant ou vivant à l'étranger.

- | | | |
|------------------------------------|----------------------|---------------------|
| • Afghanistan | • Côte d'Ivoire | • Sierra Leone |
| • Burundi | • Corée du Nord | • Somalie |
| • République centrafricaine | • Libéria | • Soudan |
| • Tchad | • Libye | • Soudan du Sud |
| • République démocratique du Congo | • Myanmar (Birmanie) | • Syrie |
| • Guinée | • Niger | • Ukraine |
| • Haïti | • Nigéria | • Sahara occidental |
| • Iran | • Palestine | • Yémen |
| • Irak | • Russie | |

Pour les voyages de courte durée en Israël et au Liban, une couverture permanente peut être possible avec une exclusion. Veuillez communiquer avec le service de tarification ou Sun Life Sélect pour plus d'informations.

Non-résidents ou résidents étrangers

Un non-résident est une personne qui réside à l'étranger, généralement plus de 6 mois par an. Comme les produits de la Sun Life sont tarifés pour des Canadiens qui vivent et décèdent au Canada, en règle générale, nous n'offrons une assurance-vie qu'aux résidents canadiens.

Nous considérerons toutefois les propositions sur la tête des personnes qui résident temporairement (5 ans ou moins) à l'extérieur du Canada, dans un pays assurable, si ces personnes conservent des liens de résidence suffisants avec le Canada et qu'elles remplissent une déclaration de revenus tous les ans (p. ex. les travailleurs à forfait, les joueurs de hockey, les chefs d'entreprise étrangers). Nous considérerons également les propositions sur la tête des étudiants canadiens qui font temporairement leurs études dans un collège ou une université à l'étranger, dans un pays assurable, s'ils ont l'intention de revenir au Canada une fois qu'ils auront obtenu leur diplôme.

Des offres peuvent être faites à des « non-résidents » qui possèdent des actifs au Canada, qui ont un fardeau fiscal à leur décès imposé par une entité canadienne et qui recherchent une couverture permanente supérieure à 5 M\$. Veuillez vous adresser à votre représentant régional des ventes.

Critères de la tarification préférentielle pour la Temporaire Évolution

	Catégorie 1 : Non-fumeur		Catégorie 2 : Non-fumeur Catégorie 4 : Fumeur	
Usage de produits contenant du tabac ou de la nicotine Comprend les produits contenant de la nicotine (p. ex. cigarettes, cigarillos, cigares, tabac à chiquer, pipe, noix d'arec, gomme ou timbres à la nicotine).	Catégorie 1 : Aucun usage de produits contenant du tabac ou de la nicotine au cours des 60 derniers mois.		Catégorie 2 : Aucun usage de produits contenant du tabac ou de la nicotine au cours des 24 derniers mois.	
Pression artérielle Catégorie 1 : Aucun antécédent de traitement Catégorie 2/4 : Avec ou sans médicaments	Âge	Pression artérielle	Âge	Pression artérielle
	18-39	130/75	18-39	135/80
	40-55	135/80	40-55	140/85
	56-75	140/85	56-75	145/90
Cholestérol total (CT) et ratio CT/HDL Avec ou sans médicaments	Âge	Ratio TC/HDL	Âge	Ratio TC/HDL
	18-39	4,5	18-39	5,0
	40-55	5,0	40-55	5,5
	56-75	5,5	56-75	6,0
Antécédents familiaux Comprend les antécédents d'accident vasculaire cérébral/AIT, de coronaropathie ou de cancer (sauf le carcinome basocellulaire) des frères et sœurs ou du père ou de la mère.	Aucun diagnostic avant 65 ans.		Un seul membre de la famille a reçu un diagnostic avant 60 ans.	
Antécédents personnels	Pas d'affection associée à un risque de mortalité supplémentaire, d'antécédent de cancer (sauf le carcinome basocellulaire), de diabète, de coronaropathie, d'accident vasculaire cérébral (AVC) ni d'accident ischémique transitoire (AIT).			
Sports, loisirs et aviation	Plongée en scaphandre autonome récréative (jusqu'à 120 pieds, inclusivement), sinon aucune participation à un sport ou à un loisir dangereux ni à une activité liée à l'aviation pouvant faire l'objet d'une surprime.			
Abus d'alcool ou usage de drogues	Aucun antécédent ni traitement dans les 10 dernières années Consommation standard de cannabis acceptée pour la tarification préférentielle.		Aucun antécédent ni traitement dans les 5 dernières années Consommation standard de cannabis acceptée pour la tarification préférentielle.	
Dossier de conducteur	Pas plus d'une infraction relative à la conduite d'un véhicule dans les 3 dernières années.		Pas plus de 2 infractions relatives à la conduite d'un véhicule dans les 3 dernières années.	
Conduite en état d'ébriété, conduite imprudente, conduite dangereuse	Aucune condamnation dans les 10 dernières années.		Aucune condamnation dans les 5 dernières années.	

	Catégorie 1 : Non-fumeur		Catégorie 2 : Non-fumeur Catégorie 4 : Fumeur	
Voyages et résidence	Aucun voyage à l'étranger et aucune résidence à l'étranger pouvant faire l'objet d'une surprime. Les immigrants non admis et les résidents temporaires pourraient ne pas être admissibles à la tarification préférentielle (reportez-vous à nos lignes directrices concernant les résidents temporaires).			
Profession	Aucune profession pouvant faire l'objet d'une surprime.			
Corpulence Perte de poids de 20 lb ou plus au cours des 12 derniers mois : Il faut ajouter la moitié du poids perdu au poids actuel (sauf si la perte de poids est liée à une grossesse).	Taille	Poids	Taille	Poids
	4 pi 8 po	130 lb	4 pi 8 po	135 lb
	4 pi 9 po	133 lb	4 pi 9 po	138 lb
	4 pi 10 po	136 lb	4 pi 10 po	141 lb
	4 pi 11 po	139 lb	4 pi 11 po	144 lb
	5 pi 0 po	142 lb	5 pi 0 po	147 lb
	5 pi 1 po	145 lb	5 pi 1 po	150 lb
	5 pi 2po	150 lb	5 pi 2 po	155 lb
	5 pi 3 po	155 lb	5 pi 3 po	160 lb
	5 pi 4 po	160 lb	5 pi 4 po	166 lb
	5 pi 5 po	165 lb	5 pi 5 po	171 lb
	5pi 6po	170 lb	5 pi 6po	177 lb
	5 pi 7 po	175 lb	5 pi 7 po	182 lb
	5 pi 8 po	180 lb	5 pi 8 po	188 lb
	5 pi 9 po	185 lb	5 pi 9 po	193 lb
	5 pi 10 po	190 lb	5 pi 10 po	199 lb
	5 pi 11 po	195 lb	5 pi 11 po	204 lb
	6 pi 0 po	200 lb	6 pi 0 po	210 lb
	6 pi 1 po	205 lb	6 pi 1 po	215 lb
	6 pi 2 po	210 lb	6 pi 2 po	220 lb
	6 pi 3 po	215 lb	6 pi 3 po	226 lb
	6 pi 4 po	223 lb	6 pi 4 po	234 lb
	6 pi 5 po	230 lb	6 pi 5 po	241 lb
	6 pi 6 po	238 lb	6 pi 6 po	249 lb
	6 pi 7 po	245 lb	6 pi 7 po	257 lb
	6 pi 8 po	253 lb	6 pi 8 po	265 lb
	6 pi 9 po	260 lb	6 pi 9 po	272 lb
	6 pi 10 po	268 lb	6 pi 10 po	280 lb
	6 pi 11 po	275 lb	6 pi 11 po	287 lb

Catégorie 3 : Tous les non-fumeurs qui n'entrent pas dans les catégories 1 et 2 (y compris les fumeurs occasionnels de gros cigares [12 par année maximum] et dont le test de cotinine est négatif).

Catégorie 5 : Tous les fumeurs qui n'entrent pas dans la catégorie 4 ou toute personne dont le test de cotinine est positif et qui a omis de divulguer sa situation quant à l'usage du tabac.

Lettres d'accompagnement : l'importance de décrire la situation du Client

Il est désormais plus facile de présenter des propositions d'assurance grâce à notre nouvelle fonction de préapprobation dans Demande en direct Sun Life. Toutefois, si la proposition est complexe ou si le dossier comporte un capital nominal de plus de 5 M\$, une solide communication et une bonne transparence sont la clé pour obtenir une approbation. Pour vous aider, rédigez une lettre d'accompagnement. C'est un outil important qui vous permet de brosser un portrait complet de la situation du Client.

Nous savons que la rédaction d'une lettre d'accompagnement peut être une tâche ardue pour certains. Par où commencer? Quels renseignements doit-elle contenir? Voici quelques conseils pour vous aider à rédiger votre prochaine lettre d'accompagnement.

Savoir quand rédiger une lettre d'accompagnement

Vous devez préparer une lettre d'accompagnement seulement pour les dossiers complexes ou importants. Dans le cas de petits dossiers simples, ne présentez pas de lettre d'accompagnement par l'entremise de Demande en direct pour ne pas nuire au processus électronique automatique.

Un dossier important est un contrat dont le capital nominal est de 5 M\$ ou plus ou dont la couverture totale d'une famille ou d'une entreprise dépasse ce montant.

Par exemple

- Ententes de propriété inhabituelles
- Lieux de résidence inhabituels (situation financière)
- Explication des antécédents de consommation de drogues/d'alcool ou de mauvaise conduite automobile, ou autres antécédents liés au style de vie
- Problème de santé aigu ou chronique, qui s'améliore ou s'aggrave, et qui peut avoir une incidence sur la décision de tarification.
- Voyage à l'étranger (fréquent ou à haut risque)
- Participation à des activités à risque élevé, comme l'escalade en montagne, la plongée sous-marine ou l'héliski
- Augmentation de la couverture d'assurance pour les enfants (plus de 500 000 \$)

Pour en savoir plus, consultez nos lignes directrices pour la tarification financière.

Note

Il ne faut pas présenter de lettre d'accompagnement pour les petits dossiers simples pour lesquels un traitement au point de vente ou un traitement direct est prévu. Le fait de présenter une lettre d'accompagnement signifie que la proposition n'est plus admissible à la préapprobation dans Demande en direct.

Vous devez personnaliser chaque lettre en fonction des besoins du Client. Ne vous fiez pas aux modèles de lettre. Ils ne sont pas toujours efficaces pour aider le Client et faire approuver sa proposition. Idéalement, vous devriez présenter une lettre d'accompagnement en même temps que la proposition.

Avantages d'une lettre d'accompagnement

La lettre d'accompagnement est utile autant pour vous que pour le Client. C'est aussi l'occasion d'établir une relation avec le tarificateur et d'accorder plus d'attention aux détails :

- Présenter le Client et décrire l'objectif de la couverture;
- Montrer vos connaissances et votre professionnalisme;
- Démontrer que vous connaissez le Client et que vous avez sa sécurité et sa santé financières à cœur.

Une lettre d'accompagnement bien rédigée et exhaustive vous fera gagner du temps et accélérera le processus global de tarification.

Cette lettre facilitera l'analyse du tarificateur et l'aidera à comprendre la proposition. Puisqu'elle contient des renseignements supplémentaires qui ne sont habituellement pas recueillis dans le cadre du processus de proposition traditionnel, elle élimine l'ambiguïté et réduit le nombre de communications entre le Client, le tarificateur et vous-même. Si des réassureurs prennent part au processus, les renseignements contenus dans la lettre leur seront aussi communiqués. Cela les aidera à prendre des décisions éclairées en ce qui concerne la proposition.

Conseils pratiques pour la rédaction d'une lettre d'accompagnement

Votre objectif est d'éliminer toutes les suppositions du tarificateur. Le contenu de la lettre doit donc être exhaustif et précis.

Tenez compte de ce qui suit au moment de rédiger votre lettre :

- Mentionnez tous renseignements complexes.
- Décrivez le but de l'assurance ou le ou les besoins du Client que vous voulez combler.
- Pour chaque besoin, indiquez comment le montant de l'assurance a été calculé.
- Indiquez la valeur nette personnelle du Client ou la juste valeur marchande de son entreprise et comment elle a été calculée.
- Utilisez des chiffres réels, tels que le revenu annuel gagné par le Client d'après ses déclarations de revenus, la valeur nette au Canada; soyez précis et mettez les chiffres en évidence.
- Fournissez des documents justificatifs, au besoin.

Lignes directrices pour la tarification financière

Table des matières

- 144** Assurance personnelle
- 148** Lignes directrices en matière d'accessibilité de la prime
- 149** Assurance maladies graves
- 153** Foire aux questions

Assurance personnelle

Les lignes directrices pour la tarification financière sont mises en application de concert avec les lignes directrices en matière d'accessibilité de la prime. Bien que le tableau ci-dessous présente le capital nominal selon le besoin en assurance, nous tenons aussi compte de la couverture totale par personne assurée.

Par couverture totale, on entend la somme de l'assurance en vigueur, l'assurance demandée qui est à l'étude auprès de tout autre assureur et l'assurance à remplacer, s'il en est. Lorsque la couverture totale par personne assurée, par famille ou par entreprise dépasse 10 000 000 \$, il nous faut ce qui suit :

- Questionnaire sur la situation financière (formulaire 96) signé par un CPA, et/ou
- Vérification de la situation financière par un tiers pour déterminer la propriété et la valeur nette du patrimoine imposable.

Assurance personnelle

Objectif	Ligne directrice pour la tarification	Notes
Remplacement du revenu	Sélectionnez le multiplicateur qui correspond à l'âge de la personne à assurer et multipliez-le par le revenu gagné de cette dernière au Canada :	• Sources de revenu gagné : salaire, commissions et bonis dont la moyenne est établie sur un certain nombre d'années. • En général, le revenu gagné ne comprend pas le revenu de location, le revenu en intérêts, le revenu de retraite, ni le revenu de placement. • Les situations où le revenu est extrêmement élevé seront étudiées au cas par cas.
	Groupe d'âge	
	Fourchette de multiplicateurs pour chaque groupe d'âge	
	16 à 30 ans	
	Jusqu'à 35 ×	
	31 à 40 ans	
	Jusqu'à 25 ×	
	41 à 50 ans	
Impôt successoral	Jusqu'à 20 ×	• Le taux de croissance annuel est de 6 %. • Le taux d'imposition sur les gains en capital correspond à la province de résidence et aux taux d'imposition actuels de la personne à assurer.
	51 à 60 ans	
	Jusqu'à 15 ×	
	61 à 69 ans	
	Jusqu'à 10 ×	
	70 à 75 ans	
	Au cas par cas, jusqu'à 5 ×	
Conjoint sans revenu	La couverture totale maximale que nous accepterons d'étudier correspond à notre estimation de l'impôt successoral au décès de la personne assurée. Il faut sélectionner le nombre d'années de croissance future du patrimoine selon l'âge actuel de la personne à assurer :	• Le conjoint qui gagne un revenu doit avoir une couverture supérieure ou égale à ce montant, à moins qu'il ne soit pas assurable. • Résider à l'extérieur du Canada n'est pas un obstacle empêchant le conjoint d'être assuré.
	Âge	
	Années de croissance du patrimoine	
	60 ans ou moins	
	20	
Conjoint sans revenu	61 à 70 ans	• Le conjoint qui gagne un revenu doit avoir une couverture supérieure ou égale à ce montant, à moins qu'il ne soit pas assurable. • Résider à l'extérieur du Canada n'est pas un obstacle empêchant le conjoint d'être assuré.
	19 à 10	
	71 à 80 ans	
	9 à 0	
Conjoint sans revenu	Couverture maximale : 1 000 000 \$ (jusqu'à concurrence de la couverture en vigueur du conjoint gagnant un revenu, à moins que ce dernier ne soit pas assurable).	• Le conjoint qui gagne un revenu doit avoir une couverture supérieure ou égale à ce montant, à moins qu'il ne soit pas assurable. • Résider à l'extérieur du Canada n'est pas un obstacle empêchant le conjoint d'être assuré.
	Toute situation où la couverture demandée dépasse 1 000 000 \$ sera étudiée au cas par cas.	

Objectif	Ligne directrice pour la tarification	Notes
Personne sans emploi	Couverture maximale : 500 000 \$, y compris la couverture en vigueur. Toute situation où la couverture demandée dépasse 500 000 \$ sera étudiée au cas par cas.	Exigences : Pour les montants dépassant 500 000 \$, joindre une note d'accompagnement expliquant le besoin en assurance.
Enfants (18 ans ou moins) ou personnes à charge (plus de 18 ans)	- Couverture de base : jusqu'à 500 000 \$ par personne assurée. - Toute situation où la couverture demandée dépasse 500 000 \$ sera étudiée au cas par cas. Nous tiendrons compte de la valeur nette du patrimoine et du revenu de la famille, ainsi que de la couverture en vigueur des parents/grands-parents, frères/sœurs et cousins, au besoin. - Si le proposant est le père ou la mère, le montant maximal que nous prendrons en considération est 50 % du montant de la couverture en vigueur du parent. Si le proposant est un grand-parent, le montant maximal que nous prendrons en considération est 50 % du montant de la couverture en vigueur du grand-parent et/ou du parent. Exigences : - Lorsque le montant total d'assurance de la famille dépasse 10 000 000 \$, il nous faut ce qui suit : vérification par un tiers de la propriété et de la valeur nette du patrimoine du père/de la mère ou du grand-parent, selon la personne qui demande l'assurance; une note d'accompagnement expliquant le besoin en assurance et, s'il y a lieu, les documents relatifs à la fiducie familiale.	- En général, la couverture d'un enfant ne doit pas dépasser celle de ses parents, car l'enfant n'a ni dettes, ni revenu à remplacer, ni répercussions fiscales immédiates. - Le montant de couverture demandé doit être justifié par un besoin d'assurance. - Si la protection de l'assurabilité future constitue un objectif, on peut avoir recours à la GA, la garantie Prime Plus ou l'option de participation BAL. - Le parent peut être assurable même s'il vit à l'extérieur du Canada. - Les frères et sœurs ou les petits-enfants doivent avoir la même couverture, à moins qu'ils ne soient pas assurables.
Étudiants de niveau universitaire ou collégial, étudiants suivant une formation d'apprenti et nouveaux diplômés	Couverture maximale : 2 000 000 \$ par personne à assurer. Toute situation où la couverture demandée dépasse 2 000 000 \$ sera étudiée au cas par cas.	Pour les montants dépassant 2 000 000 \$, joindre une note d'accompagnement qui comprend ce qui suit : - Domaine d'études/profession, date d'obtention du diplôme et revenu prévu. - Tout lien avec l'entreprise familiale et la valeur nette du patrimoine familial.
Don à un organisme de bienfaisance	Couverture de base : 100 000 \$, pourvu que la personne à assurer ait déjà une assurance sur sa tête. Toute situation où une couverture additionnelle est demandée sera étudiée au cas par cas. Le montant maximal correspondra à 25 % de la valeur nette du patrimoine de la personne à assurer au Canada, pourvu que ses besoins personnels en assurance soient déjà comblés.	Pour les montants dépassant 100 000 \$, joindre une note d'accompagnement précisant le nom de l'organisme de bienfaisance, les dons effectués par le passé, les motifs expliquant le don et tout renseignement sur la valeur nette du patrimoine et les besoins en assurance de la personne à assurer ainsi que sur ses contrats d'assurance en vigueur.

Objectif	Ligne directrice pour la tarification	Notes
Dette	Nous prendrons en considération un montant correspondant au solde actuel de la dette dont est responsable l'emprunteur. Lorsque chaque emprunteur demande une couverture équivalente au solde total du prêt, l'assurance sur plusieurs têtes payable au premier décès est la solution la plus appropriée.	En général, les prêts entre membres d'une famille, les prêts aux actionnaires et les prêts entre personnes apparentées ne peuvent pas être couverts.
Faillite	Nous prendrons en considération une couverture allant jusqu'à 500 000 \$ (y compris l'assurance en vigueur) pour les personnes à assurer qui ont un emploi, mais qui n'ont pas été libérées de leur faillite.	À la libération du failli, les lignes directrices ordinaires pour la tarification s'appliquent.
Valeur nette du patrimoine à l'étranger	• La couverture maximale pour l'impôt successoral est basée sur une valeur nette du patrimoine à l'étranger allant jusqu'à 10 000 000 \$ CA par adulte assuré. • Cette couverture maximale est aussi limitée par le capital nominal de l'assurance requise par personne assurée au Canada, car le • contrat d'assurance au Canada doit répondre principalement à des besoins d'assurance au Canada. La valeur nette totale du patrimoine correspond à : – 100 % de la valeur nette imposable au Canada; – 50 % de la valeur nette à l'étranger vérifiable (à concurrence de 10 M\$ CA); ou – 25 % de la valeur nette à l'étranger non vérifiable (à concurrence de 10 M\$ CA). • Seule la valeur nette au Canada est utilisée pour déterminer le montant de couverture pour les enfants. • Assurance personnelle seulement; pas d'assurance d'entreprise.	Exigences particulières : • Note d'accompagnement précisant la valeur nette du patrimoine à l'étranger. • Formulaire T1135 de la dernière déclaration de revenus présentée au Canada par la personne à assurer. • Relevés bancaires ou relevés de placement étrangers en français ou en anglais. • Renseignements sur la propriété et la valeur de toute entreprise étrangère appuyés par des états financiers en français ou en anglais préparés par un cabinet de comptables agréés reconnu internationalement sur le papier à en-tête du cabinet; le mandat du cabinet signé; et des documents sur l'actionnariat de l'entreprise.
Liquidités pour la répartition du patrimoine	Nous prendrons en considération la couverture requise pour combler la perte de valeur successorale lorsqu'une transmission du patrimoine des parents aux enfants en parts égales n'est pas possible sans entraîner des pertes. Ces situations seront étudiées au cas par cas.	Exigences particulières : • Note d'accompagnement précisant la situation familiale, la répartition inégale du patrimoine familial et les défis prévus en matière de liquidité. • Testament du parent ou du grand-parent et documents relatifs à la fiducie familiale, au besoin.

Objectif	Ligne directrice pour la tarification	Notes
Convention d'achat-vente	Couverture pour chacun des propriétaires d'entreprise actuels : pourcentage représentant la part de l'entreprise multiplié par la juste valeur marchande actuelle de l'entreprise. Dans le cas d'entreprises établies, nous pouvons aussi envisager une assurance supplémentaire pour couvrir la croissance des affaires. Nous utiliserons un taux de croissance de 5 % par année sur un maximum de 5 ans. À moins d'être non assurables, tous les propriétaires actuels détenant plus de 5 % des parts de l'entreprise en question doivent souscrire une assurance pour répondre à leurs besoins en matière d'achat-vente.	Exigences particulières : - Nom de tous les propriétaires d'entreprise et la part de chacun. - Juste valeur marchande actuelle de l'entreprise et explication montrant comment elle a été déterminée. - Montant de l'assurance pour propriétaire d'entreprise en vigueur. - Montant d'assurance demandé pour chacun des propriétaires d'entreprise. - Lorsque le montant total d'assurance pour l'entreprise dépasse 10 000 000 \$, il nous faut ce qui suit : états financiers des deux ou trois dernières années préparés par un cabinet de comptables agréés et vérification par un tiers de la valeur et de la propriété de l'entreprise pour chaque propriétaire.
Personne clé	Couverture pour chaque personne clé employée par l'entreprise : jusqu'à 10 fois le revenu gagné annuel de la personne clé.	Exigences particulières : Note d'accompagnement expliquant les raisons pour lesquelles la personne à assurer est considérée comme une personne clé et les pertes qu'entraînerait son décès.
Protection contre les créanciers	Couverture pour chacun des propriétaires actuels de l'entreprise : $\text{Protection contre les créanciers} = \text{Part de l'entreprise (\%)} \times \text{Solde actuel de la dette à long terme}$ Toute situation où plusieurs propriétaires de l'entreprise demandent une couverture correspondant au solde total de la dette à long terme sera étudiée au cas par cas, et ce, seulement quand une telle couverture est exigée par un établissement financier/prêteur canadien et que cette exigence fait partie de l'entente de prêt.	Exigences particulières : - Entente de prêt avec l'établissement financier expliquant pourquoi une couverture correspondant au solde total est requise pour tous les propriétaires ou pour un propriétaire en particulier, solde actuel du prêt et modalités. - Lorsque le montant total d'assurance pour l'entreprise dépasse 10 000 000 \$, il nous faut ce qui suit : états financiers des deux ou trois dernières années préparés par un cabinet de comptables agréés et vérification par un tiers de la propriété de l'entreprise pour chaque propriétaire.
Sociétés qui assurent les membres de la famille de l'actionnaire qui détient 100 % des actions	Nous prendrons en considération une assurance détenue par une société sur la tête des membres de la famille (conjoint et enfants) de l'actionnaire, sous réserve des lignes directrices ordinaires pour la tarification susmentionnées.	La société pourrait être détenue en partie par une fiducie familiale dont les personnes à assurer sont les bénéficiaires.

Lignes directrices en matière d'accessibilité de la prime

Les règles de tarification financière permettent de nous assurer que le capital nominal, le produit et la prime conviennent à la situation financière d'un Client. Ces règles aident à déterminer si le Client peut se permettre de conserver son contrat à long terme.

Quand nous évaluons l'accessibilité de la prime, nous examinons le revenu du Client et un montant raisonnable de couverture qu'il est en mesure de se payer sans difficulté. Nous tenons aussi compte de la valeur nette du Client au Canada et de sa valeur nette à l'étranger vérifiable et non vérifiable. Cela permet d'avoir une bonne idée de ce qui est abordable pour le Client.

Le tableau ci-dessous montre le montant maximum de revenu que les Clients peuvent utiliser pour payer leurs primes d'assurance, en fonction de leur revenu annuel brut.

Accessibilité de la prime	Le revenu annuel par rapport à la prime annuelle	À titre informatif seulement
Revenu (toutes sources)	% du revenu annuel maximal suggéré	Prime permise (\$)
0 \$ – 50 000 \$	10 %	5 000 \$
50 001 \$ – 100 000 \$	10 % – 15 %	5 000 \$ – 15 000 \$
100 001 \$ – 250 000 \$	15 % – 20 %	15 000 \$ – 50 000 \$
250 001 \$ – 2 000 000 \$	20 % – 30 %	50 000 \$ – 600 000 \$
2 000 001 \$ et plus	Au cas par cas	Au cas par cas

Le tableau ci-dessous tient compte de nos lignes directrices en ce qui a trait au pourcentage maximum de la valeur nette que nous accepterons d'utiliser pour financer les primes d'assurance sur une période de 5 ans.

La valeur nette pour l'accessibilité de la prime tient compte également de la valeur nette à l'étranger utilisée pour évaluer le capital nominal.

Accessibilité de la prime – Valeur nette (primes annuelles sur une période de 5 ans)	
Valeur nette	% maximum suggéré de la valeur nette utilisée pour payer les primes
0\$ – 999 999\$	10 %
1 M\$ – 5 M\$	10 % – 25 %
5 M\$ – 10 M\$	25% – 35%
> 10 M\$	35 % – 40 %

Nous devons évaluer le risque associé aux propositions de plus de 10 M\$. La meilleure approche consiste à exiger le Questionnaire sur la situation financière (formulaire 96) signé par un CPA et/ou une vérification de la situation financière par un tiers pour déterminer la propriété et la valeur nette du patrimoine imposable. En demandant aussi une lettre d'accompagnement écrite et en suivant ces étapes, nous pourrions établir le contrat plus rapidement.

Assurance maladies graves

Le montant maximum d'assurance maladies graves offert sur une tête est de 4 000 000 \$. Ce montant comprend tous les contrats d'assurance personnelle et d'entreprise en vigueur, à l'étude et demandés auprès de toutes les compagnies d'assurance.

Lorsque le montant total de l'assurance sur une vie, une famille ou un groupe d'entreprises combiné est supérieur à 3 000 000 \$, nous aurons besoin de ce qui suit :

- Un questionnaire sur la situation financière signé par un comptable professionnel agréé (formulaire 96) et/ou
- Vérification par un tiers des finances pour le revenu et la valeur nette imposable (propriété et évaluation).

Assurance personnelle

Objectif	Ligne directrice pour la tarification	Notes
Remplacement du revenu	Le maximum d'assurance personnelle offert, basé sur le revenu gagné par la personne à assurer, serait le plus élevé des montants suivants : • 16 à 55 ans : 500 000 \$ ou 12 × le revenu gagné, plus le solde du prêt hypothécaire • 56 à 60 ans : 400 000 \$ ou 9 × le revenu gagné, plus le solde du prêt hypothécaire • 61 ans ou plus : 300 000 \$ ou 6 × le revenu gagné, plus le solde du prêt hypothécaire	• Les sources de revenu gagné comprennent le salaire, les commissions et les gratifications. Le revenu gagné ne comprend pas habituellement les revenus de location, les intérêts ni les revenus de pension ou de placement.
Impôt successoral	Le montant maximum que nous prendrons en considération est 50 % de la valeur nette de la personne à assurer.	
Conjoint sans revenu	Le maximum d'assurance personnelle offert pour un conjoint sans revenu serait le plus élevé des montants suivants : • 16 à 55 ans : 500 000 \$ ou la moitié du montant offert pour le conjoint gagnant un revenu, plus le solde du prêt hypothécaire • 56 à 60 ans : 400 000 \$ ou la moitié du montant offert pour le conjoint gagnant un revenu, plus le solde du prêt hypothécaire • 61 ans ou plus : 300 000 \$ ou la moitié du montant offert pour le conjoint gagnant un revenu, plus le solde du prêt hypothécaire	Le conjoint qui gagne un revenu devrait bénéficier au minimum du même montant de couverture (à moins d'être non assurable).
Personnes à assurer retraitées	Le maximum d'assurance personnelle que nous prendrons en considération est de : • 500 000 \$ ou • 4 × le revenu combiné des 2 conjoints	Exigences : • Pour les montants supérieurs aux limites établies, joindre une lettre d'accompagnement à la proposition.

Objectif	Ligne directrice pour la tarification	Notes
Personnes sans emploi	Une couverture allant jusqu'à 150 000 \$ peut être prise en considération. Des montants plus élevés seront pris en considération au cas par cas, selon la raison et la durée du chômage, la date prévue de retour au travail, les perspectives d'emploi, le revenu prévu et la valeur nette.	Exigences : • Pour les montants excédant 150 000 \$, joindre une lettre d'accompagnement à la proposition.
Enfants	Une couverture allant jusqu'à 250 000 \$ peut être prise en considération, peu importe le montant de couverture dont bénéficient les parents. Pour les montants supérieurs à 250 000 \$ et allant jusqu'à 500 000 \$, les deux parents (le père et la mère) devraient avoir une assurance maladies graves, une assurance-invalidité ou une assurance de soins de longue durée, individuelle ou collective, détenue ou demandée (à moins de ne pas être assurables). Pour les montants supérieurs à 500 000 \$, le père et la mère devraient avoir une assurance maladies graves, une assurance-invalidité ou une assurance de soins de longue durée – individuelle ou collective – détenue ou demandée (à moins de ne pas être assurables) dont le montant est supérieur à celui qui est détenu ou demandé pour leurs enfants. Plafonds d'assurance maladies graves offerts : • 30 jours à 5 ans : 500 000 \$ • À partir de 6 ans : 1 000 000 \$	À moins d'être non assurables, les frères et sœurs devraient être couverts pour des montants semblables. Exigences : • Pour les montants excédant 250 000 \$, joindre une lettre d'accompagnement à la proposition.
Étudiants de niveau universitaire ou collégial et nouveaux diplômés	Une couverture allant jusqu'à 500 000 \$ peut être prise en considération. Une couverture allant jusqu'à 1 000 000 \$ peut être prise en considération pour les personnes à assurer qui étudient dans certains domaines qui leur rapporteront vraisemblablement un revenu élevé, en médecine ou en ingénierie par exemple.	Exigences : • Pour les montants excédant 500 000 \$, joindre une lettre d'accompagnement à la proposition.

Objectif	Ligne directrice pour la tarification	Notes
Faillite	Une couverture allant jusqu'à 150 000 \$ peut être prise en considération pour les personnes à assurer qui ont un emploi, mais qui n'ont pas été libérées de leur faillite. À la libération du failli, les lignes directrices ordinaires pour la tarification financière s'appliquent.	
Valeur nette à l'étranger	Le montant maximum que nous prendrons en considération est 50 % de la valeur nette de la personne à assurer. Le montant maximum que nous prendrons en considération en tenant compte uniquement de la valeur nette à l'étranger est de 1 000 000 \$. Remarques : La valeur nette est définie comme suit : • 100 % de la valeur nette au Canada • 50 % de la valeur nette à l'étranger vérifiable • 25 % de la valeur nette à l'étranger non vérifiable Assurance personnelle seulement; pas d'assurance d'entreprise. La personne à assurer doit être un résident du Canada.	Exigences : Nous exigeons une lettre d'accompagnement qui contient tous les renseignements sur la valeur nette à l'étranger ainsi que la vérification de l'actif à l'étranger : • les éléments d'actif à l'étranger détenus auprès d'une banque ou d'une société de placement seront pris en considération, sur présentation d'une copie des relevés de compte ou relevés bancaires en français ou en anglais pour les trois derniers mois; • les éléments d'actif à l'étranger seront pris en considération, sur présentation des états financiers en français ou en anglais produits par un cabinet comptable international réputé sur du papier à en-tête du cabinet; ou • une copie de la déclaration canadienne d'impôt sur le revenu confirmant les éléments d'actif à l'étranger.

Assurance d'entreprise

Objectif	Ligne directrice pour la tarification	Notes
Convention d'achat-vente	- Pour chaque propriétaire d'entreprise, nous prendrons en considération un montant équivalant à sa part de la juste valeur marchande actuelle de l'entreprise. - Dans le cas d'entreprises établies, nous pouvons également prendre en considération de l'assurance supplémentaire pour couvrir la croissance, à un taux de 5 % par année sur 5 ans au maximum.	À moins d'être non assurables, tous les propriétaires détenant plus de 10 % des parts d'une entreprise doivent disposer d'une couverture correspondant à leur part. Exigences : Le nom de tous les propriétaires, le pourcentage que détient chacun dans l'entreprise, la juste valeur marchande de l'entreprise et le montant d'assurance en vigueur et demandé sur la tête de chacun des propriétaires de l'entreprise.
Personne clé	Plafond d'assurance d'entreprise offert : 60 ans ou moins : 7 × le salaire annuel et la gratification de la personne à assurer. 61 ans ou plus : Utiliser un facteur qui correspond au nombre d'années qu'il reste jusqu'à l'âge de la retraite.	À moins d'être non assurables, toutes les personnes clés de l'entreprise doivent être assurées convenablement.
Protection contre les créanciers	Nous prendrons en considération un montant correspondant au montant de la dette dont est responsable l'actionnaire.	Exigences : Le montant, les modalités et le but du prêt ainsi que le nom du prêteur.
Couverture d'assurance collective pour les membres de la famille	Nous prendrons en considération les assurances souscrites par l'entreprise pour les membres de la famille de l'actionnaire unique (conjoint et enfants), sous réserve des lignes directrices énoncées ci-dessus.	La société doit être détenue par la famille, sans aucun actionnaire tiers (non membre de la famille).

Foire aux questions

FAQ pour vous aider à mieux comprendre l'approche du tarificateur

Qu'est-ce que la réassurance?

La réassurance est un processus par lequel nous, l'assureur direct/la compagnie d'assurance, partageons une partie du risque avec nos partenaires réassureurs. Dans ce cadre, nous versons aux réassureurs une partie des primes perçues auprès de nos propriétaires de contrat, en échange de laquelle ils conservent une partie du risque.

En recourant à la réassurance, nous créons un écosystème d'assurance plus robuste et plus souple, capable de mieux résister aux événements ou aux règlements à grande échelle et d'offrir aux Clients une meilleure offre ou un meilleur résultat.

Quelle est la durée de validité des exigences médicales (entrevue téléphonique, examen paramédical, signes vitaux, analyse d'urine avec test d'anticorps au VIH, bilan sanguin avec VIH, ECG, etc.)?

Les exigences médicales remplies dans les 12 derniers mois sont valables pour les Clients dont l'âge le plus proche est de 70 ans ou moins.

Pour les Clients dont l'âge le plus proche est de 71 ans ou plus, les exigences sont valables pendant 6 mois (y compris le Questionnaire destiné aux personnes du troisième âge).

Les questions d'ordre médical sont-elles différentes dans la proposition, l'entrevue téléphonique et l'examen paramédical?

Toutes les questions posées dans le cadre d'un examen paramédical sont d'ordre médical. Il faut donc utiliser la proposition pour répondre aux autres questions lorsqu'on se base sur un examen paramédical.

Quelles sont les stratégies permettant d'accélérer le processus d'obtention d'une déclaration du médecin traitant (DMT)?

Vous pouvez adopter les stratégies ci-après pour accélérer le temps de traitement de la DMT :

- Fournissez des renseignements précis sur le médecin, notamment son nom complet, le nom de la clinique, le numéro et nom de rue, la ville et le numéro de téléphone.
- Assurez-vous que le nom du patient est correctement orthographié, en tenant compte de toute nationalité étrangère ou du nom de jeune fille.
- Encouragez le Client à communiquer directement avec son médecin pour faciliter le processus.

Pourquoi la décision relative à une proposition d'assurance maladies graves est-elle parfois différente de la décision relative à une proposition d'assurance-vie?

Si les deux types d'assurance supposent une évaluation du risque, la tarification de l'AMG est davantage axée sur la probabilité de survenance d'affections bien précises au cours de la vie de la personne assurée, c'est-à-dire sur le risque de morbidité des Clients. En revanche, la tarification de l'assurance-vie évalue principalement le risque de décès prématuré de la personne assurée ou son risque de mortalité. La tarification de l'AMG exige généralement plus de déclarations de médecins traitants et d'évaluations des risques aggravés, le recours aux exclusions et un taux de refus légèrement plus élevé.

Un résultat positif de nicotine dans une analyse d'urine peut-il être dû à une exposition à la fumée de tabac secondaire?

La fumée secondaire ne devrait pas entraîner des taux de cotinine suffisants pour donner un résultat positif.

Le Client attend de passer certains tests médicaux. Doit-il soumettre une proposition d'assurance maintenant ou attendre d'avoir passé les tests?

Dans la plupart des cas, il est préférable d'attendre les résultats de tests avant de soumettre une proposition. On s'assure d'être transparent et exact, et on a de meilleures chances d'obtenir une couverture appropriée.

En disposant de renseignements médicaux complets, les assureurs peuvent évaluer plus précisément les risques et proposer une couverture et un coût appropriés.

Toutefois, il existe quelques exceptions. On peut envisager de soumettre une proposition avant d'avoir obtenu les résultats de tests s'il s'agit de tests de routine, de tests liés à l'âge et/ou de tests qui ne concernent pas des problèmes de santé bien précis (aucun symptôme ni antécédent familial).

Quelles sont les principales différences entre la médecine clinique et l'évaluation des risques d'assurance?

Bien que ces deux domaines requièrent des connaissances médicales, ils sont appliqués dans des contextes différents, à des fins différentes.

Objectif	• La médecine clinique met l'accent sur le diagnostic, la surveillance, la prévention et le traitement des maladies des patients. • Dans le domaine de l'assurance, nous nous basons sur l'expérience d'un grand groupe ou d'une grande cohorte pour évaluer le risque.
Interactions avec le patient	• Les médecins cliniciens sont en contact direct avec les patients et leur fournissent des soins pratiques, en tenant compte de leur bien-être mental. • Les médecins travaillant en assurance et les tarificateurs examinent généralement les dossiers et les rapports médicaux sans rencontrer les patients en personne.
Prise de décision	• Les décisions cliniques visent à améliorer l'état de santé des patients à long terme. • Les évaluations/décisions liées à l'assurance sont basées sur l'évaluation du risque à un moment donné, et font des projections quant à la probabilité qu'un événement se produise.
Portée	• La médecine clinique couvre un large éventail de spécialités médicales et de traitements. • L'évaluation des risques d'assurance est axée sur des renseignements médicaux et non médicaux, et sur le type de couverture recherchée. Par conséquent, différents résultats sont possibles selon le type de produit demandé, tel qu'une assurance-vie, une assurance maladies graves, une assurance-invalidité ou une assurance de soins de longue durée.
Délais	• La médecine clinique suppose des soins permanents aux patients et un suivi continu des patients. • Les évaluations des risques d'assurance sont effectuées sur la base des renseignements disponibles à un moment donné.
Compétences requises	• Les médecins cliniciens doivent posséder de solides compétences en matière de diagnostic et de traitement. • Les médecins d'assurance et les tarificateurs doivent posséder une expertise à la fois dans l'évaluation du dossier clinique et dans l'analyse des risques médicaux et non médicaux. Une approche plus globale doit être adoptée.

