



Surmonter les objections :
je ne comprends pas
les définitions

La voie de la réussite

Conseils d'experts sur la façon d'aborder
les ventes d'assurance maladies graves

Réservé aux conseillers



La façon d'aborder les exigences très détaillées de la définition d'une affection couverte fait partie des difficultés auxquelles doivent faire face les conseillers. Ces définitions se servent de la terminologie médicale pour décrire :

- le type d'affection couverte;
- le type de diagnostic médical précis qui doit être posé afin que l'affection soit admissible comme affection couverte;
- les éléments qui empêcheront la cliente ou le client d'être admissible à présenter une demande de réclamation;
- le moment où il est possible de présenter une demande de réclamation en raison d'une affection grave couverte.

Habituellement, les clients s'opposent aux définitions en disant « c'est trop compliqué » ou « je ne comprends pas cette définition ». Ils croient ne pas bien saisir ce qui est couvert.

Cette objection est moins susceptible de se produire si vous prenez le temps :

- de discuter des définitions du contrat avant de les montrer à votre cliente ou votre client;
- de discuter de la valeur des définitions détaillées dans un processus de demandes de réclamation d'assurance maladies graves plus objectif (le module de cette série intitulé « Demandes de réclamation d'assurance maladies graves » aborde ce sujet).

Certaines couvertures d'assurance maladies graves ont été conçues pour verser une prestation pour une affection habituellement assez grave pour entraîner des difficultés au moment du diagnostic. Le fait d'éliminer le diagnostic de maladies dont le degré est moins grave au moyen d'exclusions fait en sorte que :

- **le prix est plus accessible;**
- **les demandes de réclamation sont évaluées sans que les requérants admissibles aient à démontrer des difficultés financières afin d'obtenir le versement de leurs prestations.**

Les compagnies d'assurance maintiennent l'abordabilité de l'assurance maladies graves en ajoutant des exclusions dans leurs contrats, éliminant ainsi les affections qui ne sont pas assez graves pour causer des difficultés et, par conséquent, elles ne sont pas couvertes. Par exemple, les assureurs excluront habituellement les affections (ou offriront le versement partiel des prestations dans le cadre d'affections) qui :

- **ont une forte probabilité d'un rétablissement rapide ou complet;**
- **n'auront pas d'incidence importante financière ou émotionnelle pour la famille au diagnostic; ou**
- **ne requièrent pas de traitement et de procédures de rétablissement intensifs.**

Les définitions des affections graves couvertes détaillées permettent d'assurer l'objectivité dans le cadre de l'admissibilité aux prestations (satisfaction aux conditions de la définition) plutôt que la subjectivité (une autre personne détermine l'admissibilité en fonction des preuves médicales, son témoignage et son jugement à savoir si votre client a subi une perte financière ou si votre client peut ou ne peut pas reprendre les tâches de son travail et pendant combien de temps, etc).

Autrement dit, si votre cliente ou votre client :

- 1** reçoit un diagnostic qui satisfait aux conditions contractuelles, elle ou il obtiendra le versement de la prestation, peu importe l'incidence de la maladie;
- 2** reçoit un diagnostic qui ne satisfait pas aux conditions contractuelles, elle ou il n'obtiendra pas le versement de la prestation, peu importe l'incidence de la maladie.

Les définitions médicales détaillées permettent de déterminer ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas; elles éliminent le fait qu'une personne détermine si votre cliente ou votre client est admissible aux prestations en fonction de son jugement de la gravité de la maladie et de l'incidence sur votre client. Votre client n'a pas besoin de fournir des factures médicales et de justifier son absence du travail pour obtenir le versement de la prestation. Il est admissible ou non, seulement en fonction des définitions détaillées de l'affection couverte du contrat.



Argumentaire du conseiller :

Le docteur Marius Barnard, le médecin qui a créé l'assurance maladies graves, était d'avis que la couverture devrait englober les événements catastrophiques et, lorsque ces événements se produisaient, il ne restait qu'à verser l'argent et laisser la personne choisir la façon dont elle souhaite utiliser cette somme¹.

Je préférerais avoir une définition qui est plus détaillée et précise concernant l'admissibilité à la couverture et connaître le montant exact que je recevrai si je satisfais à ces exigences, au lieu d'une définition qui pourrait entraîner des déceptions ou une divergence d'opinion au moment d'effectuer la demande de réclamation ou un paiement reposant sur la preuve d'une perte financière.

Choisiriez-vous la même chose?

¹ Source : <https://www.tonictoronto.com/critical-illness-insurance/>



Argumentaire du conseiller :

L'assurance maladies graves n'a pas été conçue par un actuaire ou une compagnie d'assurance. Elle a été conçue par un médecin nommé Dr Marius Barnard. Pourquoi est-ce si important?

Selon les conceptions historiques de plusieurs types d'assurance, si l'assurance maladies graves avait été créée et conçue par une compagnie d'assurance, elle aurait probablement fonctionné de cette façon :

1. **Démontrer la gravité de la maladie ou de l'affection au moyen d'une preuve jugée satisfaisante à la compagnie d'assurance.**
2. **Démontrer que la maladie grave cause des difficultés financières, comme des dépenses médicales non couvertes, des reçus de médicaments sur ordonnance ou une perte de salaire.**
3. **La prestation aurait été versée et aurait pu couvrir ces coûts ou non.**

L'objectif du docteur Marius Barnard se fondait sur ceux qui avaient survécu à la maladie. Il voulait concevoir un régime qui verserait une somme forfaitaire suivant le diagnostic d'une maladie grave admissible². Grâce à ce fondement :

1. **Si vous souffrez d'une affection ou d'une maladie grave admissible qui satisfait aux conditions contractuelles, vous n'avez pas à démontrer à la compagnie d'assurance que vous avez subi une perte financière.**
2. **Vous connaissez et recevez le montant exact de la prestation indiqué dans le contrat.**
3. **Vous décidez de la façon d'utiliser l'argent qui vous convient le mieux pendant votre rétablissement.**

Période d'exclusion pour certaines des affections couvertes

Afin d'aider les clients à comprendre leur couverture, il est extrêmement important que vous leur mentionniez la présence d'une clause dans leur contrat qui ne couvre pas le cancer ou la tumeur cérébrale bénigne pour les 90 premiers jours suivant l'entrée en vigueur de leur contrat. La présence de cette clause dans les contrats d'assurance maladies graves vise à empêcher les gens de souscrire une couverture d'assurance avant de consulter une ou un médecin pour des symptômes existants qui pourraient faire l'objet d'une demande de réclamation.

Sans cette clause, il existe un risque qu'une personne qui croit ressentir des symptômes d'une affection couverte tente d'obtenir une couverture avant d'aller chez le médecin pour recevoir un diagnostic. Ce comportement s'appelle l'antisélection et les compagnies d'assurance tentent de s'assurer que leurs produits ne sont pas exposés à ce risque.

Comme vous pouvez l'imaginer, si cette clause n'était pas en place, le volume de demandes de réclamation serait plus élevé, entraînant ainsi l'augmentation du coût du produit. En même temps, il est important que vous partagiez les éléments positifs, soit que la majorité des affections couvertes n'est pas assujettie à la période d'exclusion de 90 jours et bénéficie de la couverture immédiatement à partir du moment où le contrat entre en vigueur. Même si la plupart des conseillers et des clients se préoccupent davantage de la période d'exclusion de 90 jours en raison de l'incidence du cancer, il est important que vous sachiez que la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson (y compris les syndromes parkinsoniens atypiques) ont une période d'exclusion semblable d'un an.



² Source : <http://www.aspirewealth.ca/critical-illness-coverage-explained-by-dr-marius-barnard/>



Argumentaire du conseiller :

Certaines personnes se demandent quand elles peuvent présenter une demande de réclamation après avoir obtenu leur couverture d'assurance maladies graves. Vous pouvez présenter une demande de réclamation à la date d'entrée en vigueur de la couverture et être admissible à une prestation pour toutes les affections, sauf dans les cas suivants :

- **cancer**
- **tumeur cérébrale bénigne**
- **sclérose en plaques**
- **maladie de Parkinson ou syndromes parkinsoniens atypiques**

Par exemple, si votre couverture est entrée en vigueur le 1^{er} août et que vous avez le malheur de subir une crise cardiaque le 2 août, la demande de réclamation est admissible au paiement en vertu du contrat si toutes les conditions sont satisfaites. Le cancer n'est pas couvert pendant les 90 premiers jours simplement parce que s'il l'était, certains symptômes du cancer pourraient se manifester chez certaines personnes, comme une bosse, et celles-ci pourraient obtenir une couverture avant d'aller voir le médecin pour recevoir le diagnostic d'un cancer admissible en vertu de cette assurance.

Afin de prévenir cette éventualité, les compagnies d'assurance ont établi une clause de 90 jours dans leurs contrats puisque la plupart des gens ne risqueraient pas de demeurer sans diagnostic pendant une période si longue, particulièrement pour une affection qui pourrait rapidement devenir mortelle si le diagnostic n'est pas posé à temps. La sclérose en plaques et la maladie de Parkinson ont une période d'exclusion plus longue, soit une période d'un an, puisque les symptômes apparaissent habituellement des mois avant qu'un diagnostic précis puisse être posé. La bonne nouvelle est qu'en réduisant ces types de risque, les compagnies d'assurance peuvent continuer de vous offrir une protection abordable à vous ainsi qu'à votre famille.



À propos de l'Équitable

Chez l'Équitable, nous croyons en la force de travailler ensemble. Cela oriente notre façon de collaborer les uns avec les autres, la façon dont nous aidons nos clients et nos partenaires, et la façon dont nous soutenons les communautés où nous vivons et travaillons.

Ensemble, nous et nos partenaires de partout au Canada offrons des solutions en matière d'assurance individuelle, d'assurance collective et d'épargne-retraite. Ainsi, nous aidons nos clients à se protéger aujourd'hui tout en préparant demain.

Nous croyons que le monde est meilleur lorsque nous travaillons ensemble à bâtir une vie Équitable pour tous.



^{MC} et ^{MD} indiquent respectivement une marque de commerce et une marque déposée de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada.

1906FR (2020/09/14)