



Les demandes de
réclamation d'assurance
maladies graves

La voie de la réussite

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

Réservé aux conseillers



Même si le marché de l'assurance maladies graves est relativement jeune comparativement à celui de l'assurance vie et de l'assurance invalidité, un nombre important de Canadiens ont souscrit et effectué des demandes de réclamation au titre de leur assurance maladies graves.

L'âge moyen des requérants pour le produit ÉquiVivre de l'Équitable^{MD} est de 46 ans. Si on les considère séparément, on pourrait croire à tort que les maladies graves au Canada se produisent seulement chez une personne dans la mi-quarantaine. En fait, l'âge moyen des requérants tient compte de l'âge moyen de souscription qui est de 42 ans et non de l'âge moyen auquel on pourrait s'attendre à ce qu'une maladie grave se produise.

Par exemple, au Canada :

- L'âge moyen pour souffrir d'une crise cardiaque est de 71 ans¹.
- Le risque d'un accident vasculaire cérébral (AVC) double tous les 10 ans après l'âge de 55 ans².
- Sept Canadiens sur 100 000 de moins de 19 ans subiront un AVC².
- La probabilité de recevoir le diagnostic d'un cancer augmente chaque décennie à compter de l'âge de 30 ans³.
- Le cancer est une maladie qui touche surtout les personnes âgées de 50 ans et plus, mais peut se produire à tout âge³.
- En moyenne, on compte environ 943 nouveaux cas de cancer par année chez les enfants de 0 à 14 ans³.



Païement des demandes de réclamation

Dès la première rencontre avec votre cliente ou client, il est important de créer les bonnes attentes concernant ce qui peut déclencher une demande de réclamation d'assurance maladies graves. Un diagnostic doit pouvoir satisfaire objectivement aux définitions contractuelles pour être admissible à une prestation d'assurance maladies graves. Par exemple, ce ne sont pas tous les cancers qui satisferont à la définition contractuelle dans le contrat de votre cliente ou client. Les exigences détaillées et les définitions minimisent la subjectivité au moment de présenter une demande de réclamation. L'assurance maladies graves se différencie de plusieurs autres types d'assurance, comme l'assurance auto, l'assurance habitation et l'assurance invalidité. D'autres types d'assurance ne reposent pas seulement sur des composantes objectives, comme un événement qui se produit (exigences objectives), mais dans la plupart des cas, ils comportent une composante subjective où une cliente ou un client doit également démontrer comment cet événement le touche.

Il est préférable d'établir les attentes liées à la demande de réclamation dès la toute première conversation concernant l'assurance maladies graves jusqu'au moment où votre client pense avoir une demande de réclamation valable. Vous pouvez établir les attentes liées à la demande de réclamation en fournissant à votre cliente ou client les renseignements suivants :

1

les définitions détaillées des maladies graves de son contrat en fonction desquelles la demande de réclamation sera évaluée;

2

une explication des définitions précises ainsi que les causes d'exclusion au titre des définitions;

3

les renseignements à propos du processus objectif d'évaluation des demandes de réclamation d'assurance maladies graves et la raison pour laquelle une définition détaillée ainsi que des exclusions approfondies sont importantes;

4

une bonne compréhension de la différence entre le diagnostic d'une affection grave d'un médecin et la définition d'un contrat d'assurance maladies graves.

En établissant les bonnes attentes en ce qui a trait aux demandes de réclamation dès le départ, vous aidez à réduire toute déception potentielle au moment de présenter une demande de réclamation.

Il est important de ne pas donner votre avis à savoir si une affection pourrait se traduire par une demande de réclamation d'assurance maladies graves réussie ou non. Vous devriez toujours encourager votre client à soumettre une demande de réclamation au titre d'une maladie grave qu'il juge admissible au titre de son contrat. Bien que cela puisse mener au refus d'une demande de réclamation, cela permet à votre client de ne pas manquer l'occasion de recevoir une prestation à laquelle il a droit.



Contestabilité

L'assurance maladies graves est vendue et souscrite en fonction de l'assurabilité de la cliente ou du client au moment de la vente. Bien que les questions posées dans la demande, ainsi que les autres renseignements médicaux fournis, nous aident à déterminer si la personne est assurable en fonction de son style vie, ses antécédents familiaux et des facteurs de risque à la santé qui pourraient entraîner une maladie grave, elles permettent également d'éliminer le risque qu'une personne souffrant d'une maladie grave fasse la demande d'une couverture et présente une demande de réclamation immédiatement. Par conséquent, il est très important que vous guidiez votre cliente ou client afin qu'il divulgue tous les renseignements exacts et détaillés pendant le processus de demande. Même si toutes les mesures sont en place afin de déterminer que les clients sont en santé au moment d'établir le contrat, en raison de facteurs aléatoires et imprévisibles quant à la santé, certaines demandes de réclamation d'assurance maladies graves pourraient se produire peu après l'établissement du contrat⁴.

Une demande de réclamation effectuée au cours des deux premières années suivant l'établissement du contrat ou la date de remise en vigueur est passée en revue plus attentivement qu'une demande de réclamation soumise après une période d'entrée en vigueur plus longue. Pendant cette période, l'assureur passe en revue les renseignements au dossier, y compris les réponses données dans la proposition d'assurance, afin de savoir si tout renseignement aurait pu être caché ou erroné, que cela soit intentionnel ou non, d'une importance telle que cela aurait entraîné une décision de tarification différente. L'assureur peut également obtenir une preuve médicale supplémentaire pour évaluer la demande de réclamation. Cette période de deux ans s'appelle la période de contestabilité dans la plupart des contrats d'assurance maladies graves.

¹ Source : Aller au cœur du problème – <https://www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/iavc/2017-heart-month/coeuretavc-bulletindesante-2015.ashx>

² Source : Risquez-vous de faire un accident vasculaire cérébral? – <https://www.coeuretavc.ca/ce-que-nous-faisons/centre-des-medias/communiqués-de-presse/lincidence-de-lavc-est-en-hausse-au-pays>

³ Source : Société canadienne du cancer <https://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-101/cancer-statistics-at-a-glance/?region=qc>

⁴ Source : Polices canadiennes d'assurance individuelle maladies graves – Étude sur l'expérience de morbidité 2016 Institut canadien des actuaires



Le fait d'expliquer la période de contestabilité à votre cliente ou client, s'il a soumis une demande de réclamation pendant cette période, lui permettra de comprendre pourquoi une période plus longue pourrait être nécessaire avant de recevoir une décision au titre de cette demande.



Rapports des médecins

Afin de déterminer si une demande de réclamation est payable, les agents d'indemnisation doivent examiner les critères utilisés par la ou le médecin pour poser le diagnostic et comparer ces renseignements avec la définition du contrat du client concernant l'affection en question. Les exigences relatives au diagnostic d'une maladie grave par le médecin de votre cliente ou client pourraient ne pas être les mêmes que celles nécessaires à l'admissibilité d'une demande de réclamation au titre de cette affection en vertu de la couverture d'assurance maladies graves.

Au moment de la demande de réclamation, votre client devra remplir un formulaire de demande de réclamation qui comprend l'autorisation afin que l'assureur puisse communiquer avec les médecins de votre cliente ou client pour obtenir les rapports médicaux. Une décision à savoir si une demande de réclamation est payable ne peut être effectuée jusqu'à ce que ces rapports médicaux soient reçus et passés en revue. Des retards de traitement des demandes de réclamation peuvent se produire pendant que l'assureur attend ces renseignements ou d'autres précisions de votre client ou de son médecin.



Une décision à savoir si une demande de réclamation est payable ne peut être effectuée jusqu'à ce que ces rapports médicaux soient reçus et passés en revue.

Conseils à l'intention des conseillers sur le traitement des demandes de réclamation

Vous pouvez aider vos clients à gérer leurs attentes en matière de demandes de réclamation et faciliter le traitement de celles-ci si vous :



soulignez l'importance de divulguer tous les renseignements correctement et précisément en répondant aux questions pendant le processus de proposition d'assurance;



les aidez à mieux comprendre les facteurs qui pourraient retarder une décision relative à une demande de réclamation;



leur fournissez les définitions détaillées des affections graves couvertes;



expliquez que, peu importe le diagnostic d'une affection d'un médecin qui porte le nom d'une affection couverte, la demande de réclamation n'est payable que si le diagnostic satisfait aux exigences contractuelles pour cette affection couverte.

Argumentaire du conseiller au moment de la demande de réclamation

Nous pouvons faire en sorte de faciliter le processus de votre demande de réclamation d'assurance maladies graves et de minimiser le risque de retards ou de complications pendant la revue de votre demande de réclamation en nous assurant d'aborder quelques points.

Comme nous en avons déjà parlé lorsque vous avez souscrit cette couverture, le contrat énonce des définitions détaillées des affections qui sont couvertes. Vous et votre médecin devez être en mesure de comprendre que, pour qu'un paiement soit admissible, l'affection pour laquelle vous avez reçu un diagnostic doit satisfaire aux exigences de cette affection couverte selon la définition de votre contrat. Je peux vous donner ce libellé contractuel immédiatement.

La durée pour passer en revue une demande de réclamation varie considérablement, souvent en fonction du temps qu'il faut pour que les médecins impliqués fournissent les renseignements requis à la compagnie d'assurance. D'après mon expérience, dès que la compagnie d'assurance a obtenu tous les renseignements dont elle a besoin de votre part et de celle de votre médecin, les décisions sont prises rapidement.

Cela faciliterait le processus de demande de réclamation si vous pouviez encourager votre médecin à remplir le rapport de façon détaillée dès que possible. Cela permettrait de recevoir une décision de la compagnie d'assurance plus rapidement.



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.

1914FR (2020/09/14)