

# PROPOSITION D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

*Écrire en lettres moulées et à l'encre; répondre à toutes les questions. \* Champs obligatoires pour le proposant*

## Inscription en ligne

### Proposant

Titre\* \_\_\_\_\_ Nom\* \_\_\_\_\_ Prénom\* \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_

Jour de naissance\* \_\_\_\_\_ JJ/MM/AA Sexe\*  Homme  Femme

### Adresse postale

*Veillez indiquer une adresse postale :*

Adresse\* \_\_\_\_\_

Ville\* \_\_\_\_\_ Province\* \_\_\_\_\_ Code postal\* \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone\* \_\_\_\_\_

Adresse électronique \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Au cours des 3 dernières années, avez-vous fait usage de toute forme de tabac, de marijuana, de produits à base de nicotine ou de substituts de nicotine ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si vous répondez «Oui» à n'importe laquelle des questions qui suivent, vous n'êtes pas admissible à l'assurance.**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 2. Avez-vous déjà consulté, reçu des traitements ou ressenti des manifestations en ce qui a trait à une affection telle que :   |                          |                          |
| a) accident vasculaire cérébral (y compris accident ischémique transitoire), crise cardiaque, maladie coronarienne, affection grave des valves du cœur, telle que sténose de l'aorte ?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) cancer ou tumeur maligne ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) maladie grave des yeux ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) sclérose en plaques ou paralysie ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) toute maladie chronique ou progressive, ou trouble des reins, des poumons, du foie, du pancréas ou de la moelle osseuse pouvant mener à la défaillance de l'organe atteint ou requérir une transplantation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) SIDA, VIH, infections chroniques ou inexplicables ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Au cours des 5 dernières années, avez-vous éprouvé les affections suivantes, reçu un diagnostic ou ressenti des symptômes de troubles médicaux relatifs à une affection ou à une situation telle que :       |                          |                          |
| a) hypertension artérielle non traitée ou non contrôlée, murmure cardiaque associé à une maladie cardiaque connue, ou ECG anormal associé au risque ou à l'existence d'un événement cardiaque ?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) diabète, troubles digestifs ou intestinaux, compte non tenu de troubles fonctionnels tels que le syndrome du côlon irritable ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) hospitalisation pour un problème relié à des troubles respiratoires graves ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) utilisation de drogues créant une accoutumance, traitements ou conseils médicaux relatifs à la consommation de drogues ou d'alcool ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vous a-t-on déjà refusé une assurance vie ou a-t-on accepté de vous couvrir moyennant une surprime ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous déjà consulté, reçu des traitements ou ressenti des manifestations en ce qui a trait à une affection telle que :   |                          |                          |
| a) surdité grave ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, maladie du motoneurone ou autres troubles neurodégénératifs ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Votre stature (taille-poids) est-elle absente du tableau qui suit ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Hommes

### Femmes

Taille	Poids min.	Poids max.	Taille	Poids min.	Poids max.	Taille	Poids min.	Poids max.	Taille	Poids min.	Poids max.
4 pi 8 po	95	145	5 pi 8 po	132	207	4 pi 8 po	86	145	5 pi 8 po	119	207
4 p 9 po'	98	150	5 pi 9 po	137	213	4 pi 9 po	88	150	5 pi 9 po	123	213
4 pi 10 po	100	155	5 pi10 po	141	219	4 pi 10 po	90	155	5 pi 10 po	127	219
4 pi 11 po	103	160	5 pi	145	225	4 pi 11 po	93	160	5 pi 11 po	131	225
5 pi 0 po	105	165	6 pi 0 po	150	233	5 pi 0 po	95	165	6 pi 0 po	135	233
5 pi 1 po	108	170	6 pi 1 po	155	241	5 pi 1 po	97	170	6 pi 1 po	140	241
5 pi 2 po	111	175	6 pi 2 po	160	249	5 pi 2 po	100	175	6 pi 2 po	144	249
5 pi 3 po	114	180	6 pi 3 po	165	257	5 pi 3 po	103	180	6 pi 3 po	149	257
5 pi 4 po	118	185	6 pi 4 po	170	265	5 pi 4 po	106	185	6 pi 4 po	153	265
5 pi 5 po	121	190	6 pi 5 po	175	272	5 pi 5 po	109	190	6 pi 5 po	158	272
5 pi 6 po	124	195	6 pi 6 po	180	279	5 pi 6 po	112	195	6 pi 6 po	162	279
5 pi7 po	128	201	6 pi 7 po	185	285	5 pi 7 po	115	201	6 pi 7 po	167	285

## RÉGIME ET GARANTIES

Le capital assuré est offert par tranches de 25 000 \$ sous réserve d'un plafond de 100 000 \$. La prime de première année est fonction de votre âge, de votre sexe et de votre usage du tabac à la date de la proposition (prière de consulter le Tableau des primes). Les primes de renouvellement seront majorées selon l'âge atteint à chaque anniversaire de police suivant votre entrée dans une nouvelle fourchette d'âges. L'assurance prendra fin lorsque vous atteindrez l'âge de 70 ans.

Veillez choisir le capital assuré que vous désirez :  25 000 \$  50 000 \$  75 000 \$  100 000 \$

## OPTIONS DE RÈGLEMENT DES PRIMES – Convention de débit préautorisé ou carte de crédit

Option 1 : CONVENTION DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (CDP) (Joindre un chèque spécimen)  J'ai annexé un chèque annulé.

J'autorise par la présente Assurance-vie ACE INA et l'institution financière désignée à entreprendre les prélèvements de primes au titre du régime d'assurance maladies graves. Ladite somme de \_\_\_\_\_ \$ (votre prime mensuelle) sera imputée au cours des premiers jours ouvrables de chaque mois au compte dont le numéro figure sur le chèque annulé ci-joint.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*Deuxième signature requise pour un compte conjoint.*

J'ai renoncé à mon préavis d'au moins 10 jours avant mon premier prélèvement. Toutefois, Assurance-vie ACE INA m'enverra un avis écrit indiquant la nouvelle somme de tout nouveau prélèvement au moins 10 jours avant chaque changement de prime en vertu de la CDP, sauf en cas de réduction de taxes. Je peux révoquer mon autorisation en tout temps, par écrit ou par téléphone, sous réserve d'un préavis de 30 jours. Pour obtenir un exemplaire du formulaire de résiliation, ou pour obtenir des renseignements sur mon droit de résilier ma CDP, je peux communiquer avec mon institution financière ou me rendre au site [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). J'ai droit à certains recours (le cas échéant) si tout prélèvement n'est pas effectué conformément à la présente convention. Par exemple, j'ai le droit de recevoir un remboursement pour tout prélèvement non autorisé ou non conforme à la présente convention. Pour plus de renseignements sur mes recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou me rendre au site [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Option 2 : CARTE DE CRÉDIT

J'autorise le prélèvement des primes au titre du régime d'assurance maladies graves sur le compte suivant : (cochez une case)  VISA  MASTERCARD

Compte n° \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION ET AUTORISATION

Lorsque vous soumettez une demande de participation au régime d'assurance maladies graves («régime»), établi par Assurance-vie ACE INA («ACE-vie»), les renseignements déjà consignés aux dossiers d'assurances de ACE-vie et les renseignements demandés dans la demande de participation sont requis par ACE-vie, ses réassureurs et ses agents autorisés aux fins du traitement de votre demande de participation (et, si celle-ci est approuvée), aux fins de l'administration de votre police d'assurance, de l'étude de vos garanties et de vos demandes d'indemnisation. ACE-vie créera un dossier auquel elle versera les renseignements sur vos assurances, et, advenant un sinistre, elle y versera également les renseignements qu'elle obtiendra de vous-même ainsi que d'autres sources aux fins de l'étude de votre demande d'indemnisation et de l'administration des indemnités en vertu des garanties du régime. L'accès à ce dossier sera limité aux employés de ACE-vie, à ses agents autorisés et à ses réassureurs qui devront y accéder aux fins de l'administration du régime et du traitement des demandes d'indemnisation, ainsi qu'à d'autres personnes autorisées par la Loi. Vous pouvez demander d'examiner vos renseignements personnels contenus à ce dossier et d'y faire apporter des corrections en communiquant par écrit avec le Chargé de la protection de la vie privée, Assurance-Vie ACE INA, 25, Rue York, 14e étage, Toronto (ON) M5J 2V5. Pour complément d'information sur la protection de la vie privée chez ACE-vie, visitez le site [www.ace-ina-canada.com](http://www.ace-ina-canada.com). De temps à autre, des produits et services additionnels ou rehaussés pourraient vous être offerts. L'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels aux fins de vous proposer lesdits produits et services additionnels ou rehaussés sont laissées à votre discrétion. Si vous ne désirez pas que vos renseignements personnels soient utilisés ou divulgués par ACE-vie afin de vous offrir d'autres produits ou services, veuillez cocher ici

## AUTORISATION D'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET AVIS SUR LA VIE PRIVÉE

**DÉCLARATION :** Je déclare par la présente que les réponses et les déclarations qui précèdent sont complètes et vraies, et je comprends que tout renseignement incomplet ou faux en ce qui a trait à la présente demande de participation peut entraîner la résiliation de toute police. Je conviens également que la garantie demandée ne prendra effet que lorsque ma demande de participation aura été approuvée par Assurance-vie ACE INA.

**AUTORISATION :** Je soumetts par la présente une demande de participation au régime d'assurance maladies graves. J'ai lu et compris les dispositions de la présente demande de participation, y compris l'Autorisation d'utilisation des renseignements personnels et avis sur la vie privée. Je comprends que ma garantie ne prendra effet que le premier jour du mois suivant le mois au cours duquel Assurance-vie ACE INA (ACE-vie) traitera ma demande de participation, ce dont on m'informerait. J'ai aussi lu et compris les caractéristiques, restrictions et exclusions du régime d'assurance maladies graves. J'autorise par la présente le règlement de mes primes par prélèvements sur mon compte bancaire ou par imputation au compte de carte de crédit figurant à la présente.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Signature du participant \_\_\_\_\_

Nom du participant (en lettres moulées) \_\_\_\_\_

ADRESSE POSTALE : Régime d'assurance maladies graves de Pouvoir Syndical, Assurance-Vie ACE INA, CP 11233 SUCC BRM B, Toronto (ON) M7Y 2G1