

PERSONNE À ASSURER (Écrire en lettres moulées et à l'encre; répondre à toutes les questions.) Nouvelle proposition Remise en vigueur

M Mme Mlle Nom _____ Prénoms _____

Adresse du domicile _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone _____

Meilleur moment pour
appeler A.M.
P.M.

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____ Sexe Homme Femme Préférence langagière Anglais Français

Affiliation du proposant : _____ Courriel _____

Votre conjoint demande-t-il également de l'assurance? Non Oui Si oui, nom du conjoint : _____

Remplir une proposition distincte et l'annexer à celle-ci.

PROPRIÉTAIRE – S'IL DIFFÈRE DE LA PERSONNE À ASSURER

Nom _____ Prénoms _____ Lien avec la personne à
assurer _____

Adresse de facturation _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone _____

QUESTIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

SECTION A (Si on répond « oui » à l'une des questions de la section A, nous ne pouvons pas vous offrir l'assurance.)

1. Actuellement,

- a. Devez-vous utiliser ou utilisez-vous un appareil ou un accessoire médical tel que : un fauteuil roulant, un cadre de marche, une canne multipode, des béquilles, un lit d'hôpital, une voiturette motorisée, un monte-escalier, un appareil de dialyse ou un appareil à oxygène? Non Oui
- b. Avez-vous besoin d'aide ou de surveillance pour vous laver, vous nourrir, vous vêtir, vous servir des toilettes, marcher, vous déplacer ou rester continent? Non Oui
- c. Avez-vous besoin d'aide ou de surveillance pour vous acquitter d'au moins deux des activités quotidiennes suivantes : prendre des médicaments, faire la lessive, le ménage, les courses ou préparer les repas? Non Oui

2. Avez-vous déjà consulté ou reçu avis de consulter un professionnel de la santé, reçu un traitement ou un diagnostic, ou présenté des symptômes à l'égard d'une des affections suivantes :

- a. Cancer qui s'est disséminé à partir du foyer initial, lymphome ou myélome multiple? Non Oui
- b. Sclérodémie, lupus érythémateux disséminé, sarcoïdose ou fibrose kystique? Non Oui
- c. Désordre plaquettaire, hémophilie ou hémochromatose? Non Oui
- d. Amputation attribuable à une maladie ou à un problème médical ou greffe d'organes? Non Oui
- e. Ataxie, myélite transverse, myasthénie ou syndrome de post-poliomyélite? Non Oui
- f. Maladie d'Alzheimer, perte de mémoire, sénilité, démence ou syndrome cérébral organique? Non Oui
- g. Plus d'un accident vasculaire cérébral ou d'un accident ischémique transitoire (AIT), individuellement ou combinés? Non Oui
- h. Maladie de Parkinson, dystrophie musculaire, chorée de Huntington ou maladie du motoneurone? Non Oui
- i. Maladie de Lou Gehrig (SLA), trouble de démyélinisation ou sclérose en plaques? Non Oui
- j. Dialyse, insuffisance rénale, hépatite, cirrhose ou trouble du foie? Non Oui
- k. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), para-sida, VIH positif ou troubles liés au sida? Non Oui

3. Si vous utilisez ou avez utilisé au cours des 24 derniers mois un produit contenant du tabac sous une forme quelconque, répondre à la question suivante. Si non, passer à la Section B.

Avez-vous déjà été traité, reçu avis de vous faire traiter ou reçu un diagnostic à l'égard d'une des affections suivantes :

- a. Maladie pulmonaire obstructive chronique, asthme, emphysème ou cancer du poumon? Non Oui
- b. Affection de l'artère carotide, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT) ou mini-AVC? Non Oui
- c. Diabète, intolérance au glucose, hypoglycémie ou hyperglycémie? Non Oui
- d. Insuffisance cardiaque congestive, maladie vasculaire périphérique ou maladie de Raynaud? Non Oui

Si on répond « oui » à l'une des questions de la section A, nous ne pouvons pas vous offrir l'assurance.

SECTION B

1. Au cours des 5 dernières années (60 mois), avez-vous consulté un professionnel de la santé, reçu un diagnostic, été traité ou reçu avis de vous faire traiter à l'égard d'une des affections suivantes :

- a. Polyarthrite rhumatoïde ou ostéoartrite, arthrose, maladie osseuse dégénérative ou ostéoporose? Non Oui
- b. Discopathie dégénérative, trouble ou chirurgie au dos ou au cou? Non Oui
- c. Maladie ou trouble des os, des articulations, de la hanche, du genou ou de l'épaule, amputation ou chirurgie? Non Oui
- d. Cancer (sauf le cancer de la peau), leucémie, mélanome ou tumeur? Non Oui
- e. Diabète, trouble du métabolisme du glucose, de la glande thyroïde ou d'autres glandes? Non Oui
- f. Emphysème, bronchite chronique ou maladie pulmonaire obstructive chronique? Non Oui
- g. Asthme ou tout autre trouble pulmonaire ou respiratoire? Non Oui
- h. Épilepsie, crises, convulsions, évanouissements ou chutes? Non Oui
- i. Fatigue chronique, syndrome de fatigue chronique, virus d'Epstein-Barr ou fibromyalgie? Non Oui
- j. Crise cardiaque, chirurgie cardiaque, douleurs thoraciques, angine, maladie coronarienne ou pontage coronarien? ... Non Oui
- k. Arythmie, palpitations ou rythme cardiaque irrégulier? Non Oui
- l. Maladie du système circulatoire ou affection vasculaire, anévrisme, affection de l'artère carotide ou chirurgie? Non Oui
- m. Accident vasculaire cérébral, mini-AVC ou accident ischémique transitoire (AIT) unique? Non Oui
- n. Paralyse, cécité, engourdissement, tremblements, perte d'équilibre ou trouble réduisant le mouvement? Non Oui
- o. Maladie ou trouble mental ou nerveux, psychose, dépression, anxiété ou tentative de suicide? Non Oui
- p. Abus de drogue ou d'alcool, boulimie, anorexie ou autre trouble de l'alimentation? Non Oui
- q. Tout autre trouble non mentionné ci-dessus? Non Oui

Donner des détails sur les réponses affirmatives. (Si l'espace est insuffisant, utiliser des feuilles distinctes portant la date et votre signature.)

Maladie	Date du diagnostic (JJ/MM/AAAA)	Date des derniers symptômes (JJ/MM/AAAA)	Médecin traitant	Traitement

SECTION C

- 1. Quelle est votre taille? _____ cm pi/po
- 2. Quel est votre poids? _____ kg lb
- 3. Donner le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre médecin de premier recours ou du médecin qui possède vos antécédents médicaux les plus complets et les plus à jour.

Nom du médecin	Adresse	Téléphone
Dernière visite (JJ/MM/AAAA)	Raison de la visite	

4. Donner le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du dernier médecin que vous avez consulté.

Nom du médecin	Adresse	Téléphone
Dernière visite (JJ/MM/AAAA)	Raison de la visite	

- 5. Avez-vous utilisé un produit contenant du tabac, y compris des produits de sevrage du tabac, au cours des 24 derniers mois? Non Oui

6. Consommez-vous des boissons alcoolisées? Non Oui
Si oui, quel genre et à quelle fréquence? _____
7. Vous a-t-on conseillé de limiter ou de réduire votre consommation d'alcool?..... Non Oui
Si oui, quand et pourquoi? _____
8. Avez-vous jamais fait usage de cocaïne, de barbituriques, de marijuana ou d'autres stupéfiants ou drogues engendrant une dépendance? Non Oui
Si oui, quand et pendant combien de temps? _____
9. Avez-vous jamais consulté un professionnel de la santé ou vous a-t-on conseillé de vous faire traiter pour l'usage de drogues ou de médicaments prescrits ou non engendrant une dépendance? Non Oui
Si oui, quand et pendant combien de temps? _____
10. À part les renseignements fournis précédemment, avez-vous jamais présenté des symptômes ou des problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté de médecin ni reçu de traitement?..... Non Oui
11. Au cours des 24 derniers mois, vous a-t-on :
- a. Traité dans un établissement de soins infirmiers, de réadaptation ou de convalescence ou une résidence-services?.. Non Oui
- b. Donné des soins à domicile, des traitements de physiothérapie ou des soins dans un centre de jour?..... Non Oui
- c. Conseillé de vous faire traiter dans un hôpital, un établissement psychiatrique, de soins infirmiers, de réadaptation, de convalescence, une résidence-services ou tout autre établissement de soins de santé? Non Oui
Si oui, quand et pourquoi? _____

12. Indiquer tous les médicaments pris ou prescrits au cours des 24 derniers mois et fournir les détails demandés ci-dessous.

Nom du médicament	Dose et fréquence	Médecin prescripteur	Raison des médicaments	Date de première utilisation (JJ/MM/AAAA)	Date de dernière utilisation (JJ/MM/AAAA)

13. Dans votre famille naturelle (père, mère, frères, sœurs), y a-t-il des personnes, vivantes ou mortes, qui ont souffert d'une des maladies suivantes : maladie polykystique des reins, fibrose kystique, hémophilie, sclérose en plaques, chorée de Huntington, maladie du motoneurone, dystrophie musculaire, maladie d'Alzheimer, démence ou toute autre forme de maladie héréditaire? Non Oui
Si oui, fournir les renseignements demandés ci-dessous.

Membre de la famille	Maladie	Âge au début de la maladie	Âge (si toujours vivant)	Âge au décès	Cause de décès
Mère					
Père					
Sœur(s)					
Frère(s)					

14. Avez-vous déjà une assurance de soins de longue durée ou de soins à domicile (ou une autre proposition à l'étude)? Non Oui
Si oui, fournir les renseignements suivants :

Compagnie : _____ Numéro de police : _____ Prestation maximale par jour : _____ \$

CHOIX DE RÉGIME

Choisir UNE option de prestation viagère maximale : 50 000 \$ 100 000 \$

PAIEMENT DE LA PRIME

MasterCard

VISA

Prélèvements automatiques

Numéro de la carte _____

Numéro de compte _____

Expiration
(MM/AAAA) _____

OU

Annexer un chèque portant la mention « nul ».

Veillez retirer mensuellement du compte chèque dont le numéro paraît sur le chèque ci-joint les fonds nécessaires pour payer les primes d'assurance.

Signature _____

Signature _____

Date _____

Date
(JJ/MM/AAAA) _____

AUTORISATION POUR PERSONNE DÉLÉGUÉE (facultatif)

Je délègue la personne suivante pour recevoir, à part moi, un avis de la déchéance ou de la résiliation de cette assurance de soins de longue durée en cas de défaut de paiement de la prime. Il est entendu qu'un tel avis ne sera émis que 10 jours après la date d'échéance d'une prime qui reste en souffrance.

Nom _____ Prénoms _____ Lien avec la
personne à assurer _____

Adresse postale _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Téléphone _____

DÉCLARATION ET AUTORISATION D'OBTENIR ET DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Utilisation de vos renseignements personnels : Assurance-Vie ACE INA (ACE), l'assureur en vertu du régime d'assurance de soins de longue durée, ses réassureurs et ses agents autorisés ont besoin des renseignements exigés relativement à votre proposition et des renseignements contenus dans les dossiers d'assurance actuels d'ACE pour traiter votre proposition et, si on l'accepte, pour administrer votre police, évaluer les garanties et les demandes de règlement. ACE ouvrira un dossier pour y verser les renseignements vous concernant et les renseignements obtenus de vous ou d'autres sources lors d'une demande de règlement. Ce dossier servira à évaluer votre demande de règlement et à payer les garanties prévues en vertu de la police. L'accès à ce dossier sera limité au personnel d'ACE, aux agents autorisés et aux réassureurs qui doivent y accéder pour gérer la police et traiter les demandes de règlement, ainsi qu'aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vous pouvez examiner les renseignements personnels que renferme ce dossier ou demander qu'ils soient corrigés en écrivant à : Responsable de la protection de la vie privée, Assurance-Vie ACE INA, The Exchange Tower, 130, rue King Ouest, 12^e étage, Toronto ON M5X 1A6. ACE peut à l'occasion offrir d'autres produits ou services ou des améliorations aux produits existants. Vous êtes libre de consentir ou non à ce que vos renseignements personnels soient utilisés afin de vous offrir ces produits ou services. Si vous ne souhaitez pas qu'ACE utilise vos renseignements personnels dans ce but, veuillez cocher cette case.

DÉCLARATION : Je certifie que les réponses et les déclarations ci-dessus sont vraies et complètes. Je reconnais que toute dissimulation, présentation de renseignements inexacts ou fausse déclaration à l'égard de cette proposition entraînera l'annulation de la police. Je reconnais et j'accepte que toute assurance découlant de cette proposition prendra effet uniquement lorsque Assurance-Vie ACE INA aura approuvé cette proposition.

AUTORISATION : J'autorise, pour une période minimale de douze mois et une période maximale de vingt-quatre mois à compter de la date de la présente, tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement de soins de santé, établissement à vocation médicale ou à vocation connexe, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout organisme d'indemnisation des travailleurs, tout organisme des gouvernements fédéral, provinciaux ou territoriaux, toute société, entreprise, institution ou association à communiquer à Assurance-Vie ACE INA ou à ses représentants tout renseignement sur mon état de santé ou tout renseignement ou dossier me concernant, et à échanger de tels renseignements, dans le cadre de la proposition d'assurance que je présente à Assurance-Vie ACE INA.

Je donne à une photocopie ou à une version électronique de la présente autorisation la même valeur que l'original.

Fait à _____, le _____ 20 _____

Signature du proposant _____

Nom du proposant (en lettres moulées) _____

ADRESSE POSTALE : Assurance soins de longue durée de ACE-Vie, 14—50, boul. Galaxy, CP 56368 SUCC BRM B, Toronto ON M7Y 9C1