

Écrire en lettres moulées et à l'encre; répondre à toutes les questions.

## 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 trois dernières années, avez-vous utilisé un quelconque produit du tabac, de la marijuana, des produits contenant de la nicotine ou des substances de remplacement de la nicotine?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Si vous répondez «Oui» à l'une des questions qui suivent, vous n'êtes pas admissible à la protection.</b>   |                          |                          |
| 2. Avez-vous déjà eu ou été traité pour l'une des affections qui suivent, ou avez-vous déjà présenté un symptôme connu de l'une de ces affections :  |                          |                          |
| a) Un accident vasculaire cérébral (y compris un accident ischémique transitoire), une crise cardiaque, une insuffisance coronaire ou une cardiopathie valvulaire grave, p. ex. une sténose aortique?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Un cancer/une tumeur maligne?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Une pathologie ophtalmique avancée?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Une sclérose en plaques ou une paralysie?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Une maladie ou un trouble chronique ou progressif des reins, des poumons, du foie, du pancréas ou de la moelle épinière pouvant provoquer une insuffisance de l'organe ou nécessiter une transplantation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Le SIDA, le VIH ou des infections chroniques ou inexplicables?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Au cours des cinq dernières années, avez-vous déjà souffert, été diagnostiqué ou avez présenté un symptôme connu d'un trouble médical relié à l'une des affections qui suivent :                          |                          |                          |
| a) Tension artérielle élevée non contrôlée ou non traitée, souffle cardiaque associé à une cardiopathie connue, ou électrocardiogramme anormal associé à un trouble cardiaque possible ou confirmé?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Diabète, trouble intestinal ou digestif, à l'exception des troubles fonctionnels, p. ex. le syndrome de l'intestin irritable?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Hospitalisation en raison d'un problème médical relié à un trouble respiratoire grave?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Utilisation de drogues engendrant la dépendance ou traitements ou conseils médicaux concernant la consommation de drogues ou d'alcool?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Est-ce qu'une demande d'assurance-vie vous a déjà été refusée, ou vous a-t-on offert une protection à un taux plus élevé que les taux courants?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous déjà consulté, reçu des traitements ou présenté un symptôme connu concernant l'une des affections suivantes :   |                          |                          |
| a) Une déficience auditive avancée?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) La maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, une maladie des motoneurones ou autres maladies neurodégénératives?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Est-ce votre taille et votre poids se trouvent à l'extérieur des paramètres indiqués dans le tableau ci-dessous?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Homme :

Femme:

Taille	Poids min. (lb)	Poids max. (lb)	Taille	Poids min. (lb)	Poids max. (lb)	Taille	Poids min. (lb)	Poids max. (lb)	Taille	Poids min. (lb)	Poids max. (lb)
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 pi 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 pi 10 po	141	219	4 pi 10 po	90	155	5 pi 10 po	127	219
4 pi 11 po	103	160	5 pi 11 po	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 pi 7 po	128	201	6 pi 7 po	185	285	5 pi 7 po	115	201	6 pi 7 po	167	285

## RÉGIME ET PROTECTION

La protection est offerte par unités de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 100 000 \$ (ou 20 unités). Les primes de première année sont basées sur des tables établies en fonction de votre âge, de votre sexe et de vos habitudes à l'égard du tabagisme au moment de votre demande. La prime de renouvellement augmente sur base d'âge atteint à chaque anniversaire de police. La protection est réduite de 50 % lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, et prend fin à l'âge de 70 ans. Veuillez prendre note que la prime minimum est de 7,50 \$ par mois. Vous devez donc acheter suffisamment d'unités pour atteindre la prime minimum. Par exemple, si vous êtes un homme âgé de 25 ans, vous devez acheter au moins 3 unités, c'est-à-dire une protection de 15 000 \$ pour répondre à l'exigence concernant la prime minimum.

Étape 1 : Veuillez choisir votre taux unitaire initial en fonction de votre âge, votre sexe et votre usage du tabac :

Âge	Homme		Femme	
	Non fumeur	Fumeur	Non fumeur	Fumeur
Under 25	<input type="checkbox"/> 0,40 \$	<input type="checkbox"/> 0,43 \$	<input type="checkbox"/> 0,38 \$	<input type="checkbox"/> 0,45 \$
25-29	<input type="checkbox"/> 0,60 \$	<input type="checkbox"/> 0,67 \$	<input type="checkbox"/> 0,65 \$	<input type="checkbox"/> 0,70 \$
30-34	<input type="checkbox"/> 0,78 \$	<input type="checkbox"/> 0,98 \$	<input type="checkbox"/> 1,00 \$	<input type="checkbox"/> 1,33 \$
35-39	<input type="checkbox"/> 1,26 \$	<input type="checkbox"/> 1,92 \$	<input type="checkbox"/> 1,52 \$	<input type="checkbox"/> 2,39 \$
40-44	<input type="checkbox"/> 2,21 \$	<input type="checkbox"/> 3,63 \$	<input type="checkbox"/> 2,45 \$	<input type="checkbox"/> 4,00 \$
45-49	<input type="checkbox"/> 3,61 \$	<input type="checkbox"/> 6,43 \$	<input type="checkbox"/> 3,72 \$	<input type="checkbox"/> 6,62 \$
50-54	<input type="checkbox"/> 5,96 \$	<input type="checkbox"/> 11,73 \$	<input type="checkbox"/> 5,25 \$	<input type="checkbox"/> 11,30 \$
55-59	<input type="checkbox"/> 9,55 \$	<input type="checkbox"/> 20,65 \$	<input type="checkbox"/> 7,20 \$	<input type="checkbox"/> 17,53 \$
60-64	<input type="checkbox"/> 14,93 \$	<input type="checkbox"/> 34,82 \$	<input type="checkbox"/> 10,00 \$	<input type="checkbox"/> 23,94 \$

Étape 2 : Veuillez choisir le nombre d'unités de protection désiré : \_\_\_\_\_

Étape 3 : Calcul de la prime mensuelle initiale : Veuillez calculer votre prime mensuelle en multipliant le taux unitaire que vous avez choisi (à l'étape 1) par le nombre d'unités de couverture (étape 2) :

$$\frac{\text{Taux unitaire initial}}{\text{Unités de couverture}} \times \text{Unités de couverture} = \text{Prime mensuelle totale}$$

## DÉTAILS CONCERNANT LE PAIEMENT

PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE (Joindre un chèque annulé)

J'ai joint un chèque annulé. Ces services sont destinés à un usage (cochez une case) :  personnel  professionnel

J'autorise Assurance-Vie ACE INA et l'établissement bancaire désigné à prélever la prime pour l'assureur en vertu du Régime d'assurance maladies graves du RAEO du montant de \$ \_\_\_\_\_ (votre prime mensuelle) le premier jour ouvré (ou un jour proche) de chaque mois sur le compte indiqué par le chèque annulé ci-joint.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

*La deuxième signature est requise s'il s'agit d'un compte joint.*

Je renonce à mon droit de notification préalable de 10 jours avant le premier prélèvement automatique; cependant, Assurance-Vie ACE INA est tenue de m'informer par écrit au moins 10 jours avant toute modification du montant du prélèvement automatique, sauf en cas de réduction du taux d'imposition. Je peux retirer mon autorisation à tout moment par écrit ou par téléphone, en observant un préavis de 30 jours. Pour obtenir un échantillon de formulaire d'annulation ou plus d'informations sur mon droit d'annulation de l'autorisation de prélèvement automatique, il me suffit de communiquer avec mon établissement bancaire ou de consulter le site Web [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). Je dispose de certains recours légaux en cas de non-conformité d'un prélèvement automatique à la présente autorisation. Par exemple, j'ai le droit de percevoir le remboursement de tout prélèvement non autorisé ou non conforme à la présente autorisation de prélèvement automatique. Pour en savoir plus sur mes recours légaux, je peux communiquer avec mon établissement bancaire ou consulter le site Web [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

CARTE DE CRÉDIT

J'autorise le prélèvement des primes pour l'assureur en vertu du Régime d'assurance maladies graves du RAEO sur le compte suivant : (cochez une case)

VISA  MASTERCARD

Numéro de compte # : \_\_\_\_\_

Expiry \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

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

Assurance-Vie ACE INA (ACE), l'assureur en vertu du Régime d'assurance maladies graves du RAEO, 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<sup>e</sup> étage, Toronto, ON M5X 1A6. ACE peut à l'occasion offrir d'autres produits ou services endossés par le RAEO 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 ET AUTORISATION

**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.

**AUTHORISATION :** Je souscris par la présente au Régime d'assurance maladies graves du RAEO. J'ai lu et compris les conditions juridiques, l'énoncé concernant la confidentialité des renseignements personnels, ainsi que l'Avis d'échange d'information. Je reconnais que ma protection n'entrera en vigueur que le premier jour du mois au cours duquel l'Assurance-Vie ACE INA traitera mon formulaire d'inscription et qu'on m'informerait de l'entrée en vigueur de ma police. J'ai également lu et compris les caractéristiques, restrictions et exclusions du Régime d'assurance maladies graves du RAEO. Je vous autorise à porter mes primes à ma carte de crédit.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Signature du proposant \_\_\_\_\_

Nom du proposant \_\_\_\_\_

ADRESSE POSTALE : RÉGIME D'ASSURANCE MALADIES GRAVES DU RAEO, CP 160, SUCC WATERLOO, WATERLOO (ONTARIO) N2J 9Z9