

# PROPOSITION D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

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

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPOSANT

### Proposant

Titre \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AA) Sexe  Homme  Femme

### Adresse postale

*Veillez indiquer une adresse postale :*

Adresse du domicile \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ 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 l'assurance.</b>   |                          |                          |
| 2. Avez-vous déjà consulté, reçu des traitements ou présenté un symptôme connu concernant l'une des affections suivantes :   |                          |                          |
| 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, vous a-t-on diagnostiqué ou avez-vous 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 du côlon 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 assurance 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

	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

L'assurance est offerte par unités de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 100 000 \$ (ou 20 unités). Les primes de première année sont établies en fonction de l'âge, du sexe et de l'usage du tabac au moment de la demande. La prime augmente au renouvellement selon l'âge atteint à chaque anniversaire contractuel. L'assurance est réduite de 50 % lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, et elle prend fin à l'âge de 70 ans. Veuillez noter 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 non fumeur âgé de 40 ans, vous devez acheter au moins 4 unités, c'est-à-dire 20 000 \$ d'assurance pour respecter l'exigence concernant la prime minimum.

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

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

Étape 2 - Unités d'assurance: Veuillez choisir le nombre d'unités d'assurance 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 d'assurance (étape 2) :

$$\frac{\text{Taux unitaire initial}}{\text{Unités d'assurance}} \times \text{Unités d'assurance} = \text{Prime mensuelle totale}$$

## MODE DE PAIEMENT - Carte de crédit ou prélèvements automatiques

Option n° 1 – Carte de crédit : Veuillez inscrire les détails concernant le paiement :

MasterCard  VISA

Numéro de la carte\* \_\_\_\_\_ Date d'expiration\* \_\_\_\_\_ (MM/AA)

Signature du titulaire de la carte \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

Option n° 2 – Prélèvements automatiques : J'autorise Assurance-Vie ACE INA à effectuer des prélèvements automatiques sur le compte ci-dessous.

Établissement \_\_\_\_\_ Numéro d'établissement \_\_\_\_\_

Numéro de transit \_\_\_\_\_ Numéro de compte \_\_\_\_\_

Pour nous aider à coder avec exactitude tous les renseignements nécessaires, veuillez annexer à la présente un chèque portant la mention «NUL».

Signature du titulaire du compte \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

## 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.

**AUTORISATION :** Je souscris par la présente au Régime d'assurance maladies graves du RAEO. J'ai lu et compris les termes de la proposition, y compris l'énoncé concernant l'autorisation d'obtenir et de divulguer des renseignements personnels. Je reconnais que mon assurance n'entrera en vigueur que le premier jour du mois au cours duquel l'Assurance-Vie ACE INA traitera ma proposition d'assurance 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 au débit de la carte de crédit ou du compte bancaire indiqué.

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

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

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

ADRESSE POSTALE : Régime d'assurance maladies graves du RAEO, CP 160, succursale Waterloo, Waterloo, ON, N2J 9Z9