



RÉGIME D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

# Questionnaire médical-assurance maladies graves



No. de police **CO10367302**

## RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE (Prière de répondre à toutes les questions à l'encre et de signer et dater le formulaire)

Prénom, initiale(s), nom \_\_\_\_\_ No. d'identification de l'AFPC \_\_\_\_\_  
 Adresse du domicile \_\_\_\_\_ No. de référence \_\_\_\_\_  
 Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_  
 Téléphone (D) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_ Date de naissance 

--	--	--	--	--	--

  
 Sexe  Homme  Femme Statut de fumeur  Fumeur  Non-fumeur (AA/MM/JJ)

## NOM DU CONJOINT (le cas échéant)

Prénom, initiale(s), nom \_\_\_\_\_ Date de naissance du conjoint 

--	--	--	--	--	--

  
 Sexe  Homme  Femme Statut de fumeur  Fumeur  Non-fumeur (AA/MM/JJ)

## RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS – LES CAS ÉCHÉANT – (Prière d'indiquer le nom et la date de naissance de votre plus jeune enfant seulement)

Prénom, initiale(s), nom \_\_\_\_\_ Date de naissance de l'enfant 

--	--	--	--	--	--

  
 (AA/MM/JJ)

## QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

	MEMBRE		CONJOINT	
	Oui	Non	Oui	Non
1) 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, telles que sténose de l'aorte, ou tout type de chirurgie cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) cancer ou tumeur bénigne ou maligne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) affection grave des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) sclérose en plaques ou paralysie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) toute maladie chronique ou progressive ou troubles des reins, des poumons, du foie, du pancréas ou de la moelle osseuse pouvant mener à la défaillance d'un organe ou requérir une transplantation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) SIDA, VIH, infections chroniques ou inexplicables ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 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, angine, souffle 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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) hospitalisation pour troubles respiratoires graves ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Vous a-t-on déjà refusé une assurance vie ou accepté de vous couvrir seulement moyennant une surprime ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Votre stature (taille-poids) est-elle absente du tableau qui suit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hommes

Taille	Poids min.	Poids max.	Taille	Poids min.	Poids max.
4 pi 8 po	95	145	5 pi 8 po	132	207
4 pi 9 po	98	150	5 pi 9 po	137	213
4 pi 10 po	100	155	5 pi 10 po	141	219
4 pi 11 po	103	160	5 pi 11 po	145	225
5 pi 0 po	105	165	6 pi 0 po	150	233
5 pi 1 po	108	170	6 pi 1 po	155	241
5 pi 2 po	111	175	6 pi 2 po	160	249
5 pi 3 po	114	180	6 pi 3 po	165	257
5 pi 4 po	118	185	6 pi 4 po	170	265
5 pi 5 po	121	190	6 pi 5 po	175	272
5 pi 6 po	124	195	6 pi 6 po	180	279
5 pi 7 po	128	201	6 pi 7 po	185	285

### Femmes

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



# Questionnaire médical-assurance maladies graves

	MEMBRE		CONJOINT	
	Oui	Non	Oui	Non
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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) troubles psychiatriques, détérioration mentale ou perte des facultés intellectuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) goutte, arthrite, sclérodermie, dystrophie musculaire, ataxie, lupus érythémateux systémique, myélite transverse, myasthénie grave, syndrome post-poliomyélite, sarcoïdose ou fibrose kystique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) amputation attribuable à une affection ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Actuellement :				
a) Utilisez-vous ou avez-vous besoin d'utiliser des aides techniques ou médicaux tels que : fauteuil roulant, déambulateur, canne multipode, béquilles, lit d'hôpital, dialyse, oxygène, triporteur ou, monte-escalier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous besoin d'aide ou de surveillance pour effectuer une des activités suivantes : prendre un bain, manger, vous habiller, utiliser les toilettes, marcher, vous transférer ou maintenir votre continence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous besoin d'aide ou de surveillance pour effectuer deux ou plus des activités quotidiennes suivantes : prendre vos médicaments, faire des travaux d'entretien domestique, faire la lessive, faire les courses ou préparer les repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SÉLECTION DU MONTANT DE COUVERTURE (par tranches de 10 000 \$)

	�ge	Homme non-fumeur	Homme fumeur	Femme non-fumeuse	Femme fumeuse
<input type="checkbox"/> Couverture du membre _____ \$	Jusqu'à 24	1,00 \$	1,36 \$	1,00 \$	1,36 \$
<input type="checkbox"/> Couverture du conjoint / de la conjointe _____ \$	25-29	1,00	1,36	1,10	1,36
	30-34	1,42	2,06	1,67	2,40
<b>Le maximum de la couverture disponible pour le membre et pour le / la conjoint (e) est de 150 000 \$ et, ce, par tranches de 10 000 \$.</b>	35-39	2,02	2,94	2,30	3,42
	40-44	3,02	5,08	3,24	5,94
<input type="checkbox"/> Je demande la couverture pour mon (mes) enfant (s) au montant de 5 000 \$ pour chaque enfant et j'atteste qu'il (s) est (sont) en état de bonne santé. Un enfant est admissible s'il est �g� de plus de 14 jours mais de moins de 21 ans mais pas plus de 25 ans s'il est étudiant à temps plein. La cotisation mensuelle totale pour la couverture de maladies graves des enfants est de 0,75 \$ par famille.	45-49	4,92	10,08	4,52	9,26
	50-54	8,12	18,53	6,37	12,95
	55-59	12,65	31,30	8,74	19,60
	60-64	21,32	51,15	12,56	27,68

## DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE POUR LE MEMBRE

Je désigne par la présente le bénéficiaire révocable (irrévocable dans la province de Québec) de tout capital assuré d'assurance vie ou d'assurance décès ou mutilation accidentels payable en vertu de ma participation au présent régime. Si le bénéficiaire est mineur, le fiduciaire désigné ci-après touchera tout capital assuré payable à un bénéficiaire mineur en vertu de la présente police. Le fiduciaire donnera quittance à la compagnie d'assurance en ce qui a trait aux sommes qu'il aura touchées. J'autorise par la présente le fiduciaire à dépenser tout ou partie des sommes touchées ou de l'intérêt généré par lesdites sommes, pour assurer la subsistance et les études du bénéficiaire mineur.

**Attention :** Dans la province de Québec, si vous désignez comme bénéficiaire votre conjoint légal ou votre conjoint de fait, cette désignation sera réputée irrévocable à moins que vous ne cochiez la case qui suit.

Par la présente, je déclare la désignation de bénéficiaire suivante :

**Révocable**, Je me réserve le droit de modifier la présente désignation de bénéficiaire en tout temps.

Nom complet du bénéficiaire \_\_\_\_\_

Fiduciaire (le cas échéant) \_\_\_\_\_

Lien avec le membre \_\_\_\_\_

## AUTORISATION

**Politique de confidentialité** — Lorsque vous soumettez une demande de participation au régime d'assurances collectives de ACE INA, établi par la ACE INA Life Insurance («ACE»), les renseignements d j consignés aux dossiers d'assurances de ACE et les renseignements demandés dans la demande de participation sont requis par ACE, 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 demandes d'indemnisation et de l'investigation de déclarations dolosives. ACE 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, 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 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, ACE INA Life Insurance, The Exchange Tower, 130 King Street West, 12th Floor, Toronto, ON, M5X 1A6.

Je demande par la présente à participer aux garanties offertes en vertu du régime d'assurances collectives de ACE INA, garanties auxquelles je suis ou peux devenir admissible. Par ailleurs, j'autorise toutes retenues sur mon salaire requises aux fins de l'administration desdites garanties. Je déclare que les renseignements fournis à la présente sont vrais, exacts et complets, et que je ne possède ni n'ai demandé aucune autre garantie en vertu du présent régime.

Je déclare par la présente que les réponses et les déclarations qui pr c dent sont complètes et vraies, et je conviens que toute garantie établie en vertu de la présente demande de participation ne prendra effet que si,   la date d'entrée en vigueur de l'assurance, je suis activement au travail à temps complet. Je conviens également que la garantie demand e ne prendra effet que lorsque ma demande de participation aura été approuvée par la compagnie d'assurance.

J'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique et établissement de santé, toute compagnie d'assurances ou toute autre organisation, institution ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé à communiquer lesdits renseignements à la compagnie d'assurance ou à ses réassureurs. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signé à \_\_\_\_\_, le (date) \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Signature du membre (obligatoire) \_\_\_\_\_

Signature du / de la conjoint (e) (le cas échéant) \_\_\_\_\_