

## Demande d'ajout d'un Avenant de Prestation Hospitalière

### Section A – Renseignements sur la police

N° de police :	Nom de la personne assurée :	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
Adresse :		No de téléphone

### Section B – Demande

**Veillez ajouter un avenant de Prestation hospitalière à la police susmentionnée qui entrera en vigueur une fois la sélection des risques terminée et la présente demande approuvée.**

Montant :  25 \$/jour  50 \$/jour  100 \$/jour

*Si vous avez répondu « Oui » à L'UNE OU L'AUTRE DES QUESTIONS de la section Détermination de l'admissibilité à la protection, VOUS N'AUREZ PAS DROIT à la protection.*

**1. Au cours des TROIS DERNIÈRES ANNÉES, avez-vous souffert de l'une des affections suivantes ou reçu un traitement à cet égard?**

- a) Insuffisance cardiaque ou maladie vasculaire périphérique;
- b) Cancer ou tumeur maligne;
- c) Infection chronique inhabituelle ou anomalie du système immunitaire incluant le SIDA / la séropositivité au VIH;
- d) Maladie terminale incurable;
- e) Greffe d'organe.

**Oui Non**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. En ce moment, êtes-vous hospitalisé ou confiné à un établissement de soins infirmiers?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

**3. Au cours des DEUX DERNIÈRES ANNÉES, avez-vous souffert de l'une des affections suivantes ou reçu un traitement à cet égard?**

- a) Crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, pontage aortocoronarien ou insuffisance coronaire exigeant une hospitalisation;
- b) Angine ou violentes douleurs à la poitrine exigeant une hospitalisation;
- c) Hypertension artérielle non contrôlée par des médicaments et / ou un médecin;
- d) Grave maladie du sang comme, par exemple, l'hémophilie, la thrombocytopénie ou de l'anémie grave;
- e) Troubles respiratoires chroniques exigeant l'administration d'oxygène
- f) Maladie du rein chronique;
- g) Maladie du foie chronique comme l'hépatite B ou C et la cirrhose;
- h) Maladie d'Alzheimer, démence, sclérose en plaques ou tentatives de suicide;
- i) Alcoolisme ou toxicomanie;
- j) Diabète exigeant des injections quotidiennes d'insuline.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Au cours des DEUX DERNIÈRES ANNÉES, avez-vous soumis une demande d'assurance vie qui a été refusée ou reportée?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

**5. Au cours des SIX DERNIERS MOIS, avez-vous subi des tests médicaux qui n'ont pas encore abouti à un diagnostic?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

## Section C - Déclaration et Autorisation

### Je déclare et j'autorise ce qui suit.

Toutes les déclarations et les réponses fournies, ainsi que toute autre preuve supplémentaire qui a pu être demandée par Foresters, compagnie d'assurance vie (la « Compagnie »), sont véridiques et complètes et peuvent être prises en compte et utilisées aux fins de vérification du caractère recevable de la modification demandée.

Je comprends que, si je ne réponds pas dûment et sincèrement à toutes les questions ci-dessus (si je fournis des réponses ou des déclarations fausses), la Compagnie peut annuler la police.

J'autorise la divulgation par un médecin, un praticien, un hôpital, une clinique, MIB Inc. ou tout autre établissement de santé ou lié à la santé, une compagnie d'assurance ou toute autre organisation, institution ou personne qui possède des renseignements sur moi ou sur mon état de santé à transmettre ces renseignements à la

Compagnie ou à son ou ses réassureurs.

Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original. J'autorise la Compagnie à transmettre un résumé de mon état de santé à MIB Inc., même si la présente demande est annulée ou retirée.

Lieu de signature (ville et province)	Date (aaaa/mm/jj)	Signatures
		Personne assurée
		Propriétaire (s'il ne s'agit pas de la personne assurée)
		Témoin / agent

### Avis Concernant le Bureau de Renseignements Médicaux (MIB)

Les renseignements relatifs à votre assurabilité seront traités de façon confidentielle. Il se peut toutefois que nous transmettions, ou que nos réassureurs le fassent, un résumé de ces renseignements à MIB Inc., anciennement appelée Bureau de renseignements médicaux, une association sans but lucratif de compagnies d'assurance, qui effectue des échanges de renseignements au nom de ses membres. Si vous soumettez une proposition d'assurance vie, d'assurance invalidité ou d'assurance maladie à une compagnie d'assurance membre du MIB ou si une demande de règlement est présentée à une telle compagnie d'assurance, le MIB lui communiquera, sur demande, les renseignements qu'il a sur vous. Si vous constatez des erreurs dans les renseignements que le MIB a sur vous, vous pouvez lui demander d'apporter les corrections requises. L'adresse du bureau des renseignements du MIB est : MIB, 330 University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 1R7. No de téléphone : 416-597-0590 et site Web : [www.mib.com](http://www.mib.com)

CPP011