

Numéro de contrat :		Date de naissance :	_j_ _ _m_ _ _a_ _
Nom de l'assuré principal :			

Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fait usage de tabac ou de produits dérivés du tabac tels que timbres/gommes de nicotine et/ou cigarette électronique et ce, quelle qu'en soit la fréquence ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

***Si vous avez répondu oui, vous n'êtes pas admissible au changement de taux fumeur à non-fumeur***  
***Si vous avez répondu non, veuillez compléter les questions d'assurabilité suivantes selon le type de protections et le(s) montant(s) d'assurance(s) que vous détenez :***

**Questions d'assurabilité :**

**Étape 1 – Différé – Maximum 50 000\$ - Protection permanente (V100)**

<b>1) Au cours de votre vie, avez-vous reçu un diagnostic, été suivi, hospitalisé et/ou traité pour l'une des maladies suivantes :</b>	
a. de syndrome immunodéficitaire acquis (SIDA) ou subi des tests ayant donné un résultat séropositif au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b. Insuffisance cardiaque ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c. Fibrose kystique, maladie d'Alzheimer, démence, chorée de Huntington, maladie de Parkinson, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), dystrophie musculaire, dystrophie myotonique, ou toute forme d'ataxie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d. <b>Pour les personnes de moins de 18 ans</b> , diabète de type 1, paralysie cérébrale, cardiopathie congénitale, trisomie 21 ou trouble du spectre de l'autisme (TSA) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>2) Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous reçu un diagnostic de leucémie, lymphome, tumeur maligne ou toute forme de cancer (sauf un carcinome basocellulaire) ou été traité pour l'une de ces maladies ?</b>	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>3) Présentement :</b>	
a. Êtes-vous hospitalisé ou dans un établissement de soins infirmiers, y compris un centre ou un foyer destiné aux personnes en perte d'autonomie, confiné au lit ou à un fauteuil roulant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b. Subissez-vous ou attendez-vous de subir des tests à des fins diagnostiques ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Étape 2 – Différé Plus – Maximum 200 000\$ - Protection permanente (V100) et/ou temporaire (T15, T20, T25)**

<b>1) Au cours de votre vie :</b>	
a. Avez-vous subi une amputation à la suite d'une maladie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b. Avez-vous souffert d'hépatite C ou de tout autre type d'hépatite chronique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>2) Au cours des cinq (5) dernières années :</b>	
a. Avez-vous subi une greffe d'organe ou de moelle osseuse ou vous a-t-on conseillé de subir une telle intervention en raison de votre état de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b. Avez-vous consommé des drogues dures, qui n'étaient pas prescrites par un médecin, ou avez-vous pris de la méthadone avec ou sans ordonnance d'un médecin ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>3) Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous reçu un diagnostic, été suivi, hospitalisé et/ou traité pour l'une des maladies ou états suivants :</b>	
a. Infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral (AVC), maladie coronarienne, angine, pontage coronarien, angioplastie ou maladie vasculaire périphérique (sauf varices ou phlébite superficielle) ? ①	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

① Un suivi de routine ou de prévention n'est pas visé par la question pour les conditions énumérées à la question 3) a. Un traitement préventif ne l'est pas non plus. Cependant, l'usage quotidien de Nitroglycérine (Nitro) ou tout usage d'anticoagulants est visé par la question (cet usage n'est pas considéré comme préventif)

b. Maladie du foie chronique (y compris la cirrhose et la fibrose), maladies des reins chroniques ou maladie respiratoire chronique qui requiert l'administration d'oxygène (excluant l'apnée du sommeil) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

<b>4) Au cours des douze (12) derniers mois :</b>							
a. Suite à une dépression ou tout trouble mental ou nerveux							
I. Avez-vous été hospitalisé ?						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
II. Votre médication a-t-elle été changée (modification de la posologie, ajout d'un autre médicament ou remplacement d'un médicament) ?						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
III. Avez-vous cessé de prendre vos médicaments sans que votre médecin vous ait conseillé de le faire ?						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
b. Avez-vous subi une chirurgie à la suite d'un anévrisme ou êtes ou êtes-vous en attente d'une telle chirurgie ?						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
c. Votre médication pour traiter le diabète ou l'hypertension artérielle a-t-elle été changée (modification de la posologie, ajout d'un autre médicament ou d'insuline, remplacement d'un médicament) ?						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>5) Pour les personnes âgées de 15 ans et plus, votre poids est-il plus élevé que le poids correspondant à votre taille indiqué dans le tableau ci-dessous ?</b>						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Taille/pieds	Poids/livres	Taille/mètres	Poids/Kilo	Taille/pieds	Poids/livres	Taille/mètres	Poids/Kilo
4,08	175	1,42	79	5,08	250	1,73	113
4,09	181	1,45	82	5,09	250	1,75	113
4,10	187	1,47	85	5,10	260	1,78	118
4,11	193	1,50	88	5,11	270	1,80	122
5,00	200	1,52	91	6,00	270	1,83	122
5,01	200	1,55	91	6,01	280	1,85	127
5,02	210	1,57	95	6,02	290	1,88	132
5,03	210	1,60	95	6,03	290	1,90	132
5,04	220	1,63	100	6,04	300	1,93	136
5,05	230	1,65	104	6,05	310	1,96	141
5,06	230	1,68	104	6,06	320	1,98	145
5,07	240	1,70	109				

<b>Étape 3 – Immédiat – Maximum 200 000 \$ - Protection permanente (V100) et/ou temporaire (T15, T20, T25)</b>	
1) Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous soumis une proposition d'assurance vie qui a été refusée ou différée par une compagnie d'assurance autre qu'iA Groupe financier ou iA Excellence ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Étape 4 – Immédiat Plus – Maximum 300 000 \$ - Protection permanente (V100) et/ou temporaire (T15, T20, T25)</b>	
1) Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous reçu un diagnostic, été suivi, hospitalisé et/ou traité pour l'une des maladies ou états suivants :	
a. Infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral (AVC), maladie coronarienne, angine, pontage coronarien, angioplastie ou maladie vasculaire périphérique (sauf varices ou phlébite superficielle) ? ①	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b. Souffle cardiaque ou ischémie cérébrale transitoire (ICT) ? ①	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

① Un suivi de routine ou de prévention n'est pas visé par la question pour les conditions énumérées à la question 3) a. Un traitement préventif ne l'est pas non plus. Cependant, l'usage quotidien de Nitroglycérine (Nitro) ou tout usage d'anticoagulants est visé par la question (cet usage n'est pas considéré comme préventif)

c. Leucémie, lymphome, tumeur maligne ou toute forme de cancer (sauf un carcinome basocellulaire) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d. Toute forme d'épilepsie ou de convulsions ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2) Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été hospitalisé pour trouble du rythme cardiaque ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3) Au cours des cinq (5) dernières années, vous a-t-on conseillé de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues, avez-vous été traité ou avez-vous adhéré à un groupe de soutien dû à votre usage d'alcool ou de drogues ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>4) Au cours des douze (12) derniers mois :</b>	
a. Avez-vous été hospitalisé pour douleurs thoraciques ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b. Votre poids a-t-il diminué de 40 livres ou plus (sauf à la suite d'un accouchement) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c. Votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou est-il actuellement suspendu ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<b>5) Au cours des deux (2) prochaines années :</b>	
a. Serez-vous amené à voyager dans des régions de guerre, de conflit ou à haut risque? <i>En cas de doute, veuillez vous référer à la liste des pays classifiés « Éviter tout voyage » ou « Éviter tout voyage non-essentiel » du site officiel du Gouvernement du Canada : <a href="http://voyage.gc.ca/voyager/avertissements">http://voyage.gc.ca/voyager/avertissements</a></i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b. Avez-vous l'intention de résider à l'extérieur du Canada ou des États-Unis pour une durée de plus de 6 mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>6) Antécédents familiaux :</b>	
Un membre de votre famille immédiate (père, mère, frère ou sœur) a-t-il reçu le diagnostic des maladies suivantes ?	
a. Maladie de Huntington ou maladie polykystique des reins avant l'âge de 60 ans ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Je déclare que les informations fournies plus haut sont vraies et complètes et constituent la base sur laquelle la modification du statut de tabagisme est établie et toute fausse déclaration peut en entraîner son annulation.

Je comprends et j'accepte que la présente modification entre en vigueur à la date de son acceptation par l'Excellence, Compagnie d'assurance vie.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
Ville Date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré

\_\_\_\_\_  
Signature du preneur (si autre que l'assuré)

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant

#### AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS

Aux fins de l'établissement de l'assurabilité, de gestion de mon dossier et d'étude des sinistres, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant entre autres mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mon admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, MIB Inc., les agents de renseignements personnels, les intermédiaires de marché, toute institution financière, le preneur, mon employeur, incluant la régie d'assurance santé et sécurité au travail, la régie d'assurance automobile, la régie d'assurance maladie, la régie des rentes du Québec et/ou du Canada et l'assurance emploi du Canada, à les communiquer à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie. De même, j'autorise L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, à communiquer auxdits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements. Pour les mêmes fins et pour recueillir le même type de renseignements, je consens également à ce que L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie ou ses réassureurs puissent demander un rapport d'enquête à mon sujet et utiliser les renseignements qu'ils détiennent dans d'autres dossiers dont l'objet est accompli. Le présent consentement vaut également pour la cueillette, l'utilisation et la communication de renseignements concernant mes enfants mineurs. Si l'Excellence, Compagnie d'assurance-vie effectue une demande d'accès dans le cadre de l'établissement de mon assurabilité, mon consentement vaut jusqu'à ce qu'une décision finale soit rendue sur mon assurabilité. Aucune modification ou altération du présent consentement n'influera sur son contenu ni ne liera l'Assureur. Dans l'éventualité où il serait révoqué, l'assurance prendra automatiquement fin. J'autorise L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale aux fins fiscales et administratives. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom de l'assuré

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré

\_\_\_\_\_  
Date