

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

ASSURANCE-PRÊT UNIVERSELLE, ASSURANCE-VIE ET PROGRAMME SUPÉRIEUR

Nom :		Date de naissance	
-------	--	-------------------	--

SECTION A

Taille	Pieds	Pouces	Poids	Livres	Variation dans les 12 mois	Lbs	Kilos
	Mètres	Centimètres		Kilos	Perte <input type="checkbox"/> Gain <input type="checkbox"/>	Cause :	

Antécédents familiaux	Âge si vivant	Âge si décédé	État de santé ou cause de décès
Père			
Mère			
Frère(s) Nombre :			
Soeur(s) Nombre :			

Un de vos parents, frères, soeurs ou grands-parents sont-ils décédés ou ont-ils souffert, de diabète, cancer ou tumeur, accident cérébro-vasculaire, tension artérielle élevée, maladie de coeur, maladie des reins, chorée de Huntington, polypose du colon, atteinte de neurone moteur, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer ou toute autre maladie héréditaire ? OUI NON

Si oui, veuillez donner les détails incluant l'âge au moment du diagnostic : _____

SECTION B

1- Nom et adresse du médecin et/ou clinique qui a en main votre dossier médical complet : _____

2- Date et raison de votre dernière consultation médicale ? _____
AAAA/MM/JJ

3- Avez-vous passé des tests de laboratoire ou autres épreuves diagnostiques ? Oui Non Si oui, lesquels : _____

4- Traitements et/ou médicaments prescrits : _____

SECTION C

Au cours de votre vie, avez-vous déjà été soigné pour l'une ou l'autres des maladies énumérées ci-dessous ou en avez-vous ressenti les symptômes ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez un des troubles suivants ?

- | | | OUI | NON |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|
| a) Système cardiovasculaire : douleur entre la poitrine, palpitations, pression artérielle élevée, souffle au cœur, crise cardiaque, angine ou autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins incluant le cholestérol, ACV, troubles circulatoires ou tout autre chirurgie cardiaque? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | | |
| b) Système respiratoire : asthme, bronchite chronique, emphysème, crachements de sang, tuberculose, allergies ou tout autre trouble respiratoire? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | | |
| c) Système digestif : colite, polypes, ulcère, hémorragie intestinale, gastrique ou tout autre trouble de l'estomac, du pancréas, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose) ou des intestins, maladie de Crohn, colite ulcéreuse? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | | |
| d) Système génito-urinaire : sucre, albumine, sang ou pus dans les urines, calcul ou autre trouble des reins, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux ou maladie transmise sexuellement? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | | |
| e) Système endocrinien : diabète, hypothyroïdie, hyperthyroïdie, ou toute autre affection endocrinienne ou glandulaire? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | | |
| f) Système musculosquelettique : rhumatisme, rhumatisme articulaire aigu, arthrite, goutte, fibromyalgie ou affection des muscles ou des os y compris la colonne vertébrale, le dos et les articulations? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | | |

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| g) Système neurologique : pertes de mémoire, convulsions, épilepsie, perte de conscience, céphalée, paralysie, Alzheimer, maladie de Parkinson, dystrophie musculaire, sclérose en plaques, maladie dégénérante, ou toute autre maladie touchant la moelle épinière, le cerveau, les nerfs périphériques? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | |
| h) Troubles nerveux : dépression, épuisement (burn out), insomnie, fatigue chronique, anxiété, tentative de suicide ou autre désordre mental ou nerveux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | |
| i) Système immunitaire : Syndrome immuno-déficitaire acquis (SIDA), affection liée au SIDA (para-SIDA) ou tout autre déficience du système immunitaire ou subi une épreuve indiquant la présence du virus du SIDA ou d'anticorps au virus du SIDA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | |
| j) Troubles de la vue : glaucome ou autre affection des yeux nécessitant l'opinion et / ou traitement par un ophtalmologiste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | |
| k) Troubles auditifs et / ou perte d'équilibre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | |
| l) Troubles de la bouche ou de la gorge? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | |
| m) Troubles dermatologiques : psoriasis, eczéma, dermatose, dermatite, maladie de Behcet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | |
| n) Kyste, tumeur, cancer, gonflement des ganglions lymphatiques ou métastases? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | |
| o) Anémie, maladie du sang ou troubles sanguins? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | |
| p) Autres désordres physiques ou mentaux non mentionné ci-dessus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | |

SECTION D

Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous :

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Été examiné, conseillé ou soigné par un médecin ou autre praticien outre ceux mentionnés ci-dessus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Date et raison : _____ | | |
| Examens subis et résultat : _____ | | |
| Vous a-t-on prescrit des médicaments ou des traitements suite à ces examens? | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Détails : _____ | | |
| Nom et adresse du médecin : _____ | | |
| b) Suivi des traitements dans un hôpital, une clinique ou un sanatorium ou avez-vous été hospitalisé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | |
| c) Été médicalement inapte à travailler de façon continue (c'est-à-dire non absent plus de 5 jours consécutifs) dans votre emploi habituel ou inapte à effectuer vos occupations quotidiennes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | |
| d) Consulté ou reçu des soins paramédicaux d'un des spécialistes suivants : chiropraticien, orthothérapeute, physiothérapeute, psychiatre ou psychologue? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | |
| e) Déjà eu une proposition d'assurance qui fut rejetée, ajournée, retirée ou acceptée à des conditions spéciales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | |
| f) Est-ce que des accusations d'acte(s) criminel (s) ont déjà été portées contre vous? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Détails : _____ | | |

- g) Été accusé d'infraction au code de la route pour facultés affaiblies ou eu une suspension de permis dans les 5 dernières années ou eu 3 infractions ou plus dans les 2 dernières années? OUI NON
- Détails : _____

Pour les femmes seulement :

- h) Fait une fausse couche, souffert de pré-éclampsie, subie une césarienne ou eu d'autres complications de grossesse incluant le diabète ?
- i) Êtes-vous enceinte présentement ?
- Si oui, date prévue de l'accouchement ? _____

SECTION E

Au cours des deux (2) dernières années :

- a) Avez-vous voyagé ou résidé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis d'Amérique pendant plus d'un mois durant la même année ou avez-vous l'intention de le faire au cours des deux (2) prochaines années ? OUI NON
- Si oui, veuillez SVP préciser l'endroit, la date et la durée du séjour : _____
- _____
- b) Praticqué des sports hasardeux (notamment : alpinisme, plongée sous-marine, parachutisme, course automobile, aviation ou autre) ?
- Détails : _____

SECTION F

Présentement:

- a) Êtes-vous activement au travail à temps plein ? OUI NON
- Si non, détails : _____
- b) Recevez-vous les soins d'un médecin ou autre praticien ou prenez-vous des médicaments ou suivez-vous une diète ?
- Détails : _____
- c) Avez-vous été avisé de vous soumettre à un examen, un traitement, une hospitalisation, une opération ou référé à un spécialiste, ce qui n'aurait pas encore été fait ?
- Détails : _____
- d) Prévoyez-vous consulter un médecin ou autre professionnel de la santé ou spécialiste des soins paramédicaux?
- Détails : _____
- e) Avez-vous manifesté des symptômes ou des malaises concernant votre santé pour lesquels vous n'avez pas consulté un professionnel de la santé ?
- Détails : _____
- f) Faites-vous usage de tabac ou produits dérivés du tabac (incluant la cigarette électronique) ?
- Si oui, quel genre de tabac : _____ Quantité par jour : _____
- Si non, avez-vous déjà fait usage de tabac sous toutes ses formes?
- Genre de tabac : _____ Quantité par jour : _____
- Quand avez-vous cessé de fumer? _____
- Avez-vous cesser de fumer pour des raisons de santé ou sur recommandation d'un médecin?
- Si oui, raison : _____
- Nom et adresse du médecin : _____
- g) Faites-vous usage de boissons alcooliques?
- Si oui, genre et fréquence hebdomadaire : _____

- h) Avez-vous déjà fait un plus grand usage d'alcool dans le passé? OUI NON
 Si oui,
 1. type, quantité et fréquence hebdomadaire _____
 2. date de cessation ou de diminution _____
- i) Avez-vous déjà été traité pour usage abusif d'alcool ou été conseillé de réduire votre consommation d'alcool ou vous êtes vous déjà joint à un organisme de soutien en raison de ces problèmes? OUI NON
 Si oui, détails : _____
- j) Faites-vous usage de drogues? OUI NON
 Si oui, genre et fréquence hebdomadaire : _____
- k) Avez-vous déjà fait usage de drogues ou avez-vous déjà fait une plus grande consommation de drogues? OUI NON
 Si oui, détails : _____
- l) Présentez-vous des défauts physiques ou des séquelles d'accident? OUI NON
 Détails : _____

SECTION G (AVENANT POUR ENFANT)

- a) L'un ou l'autre de vos enfants à charge a-t-il déjà souffert des maladies, affections ou troubles ci-dessous : OUI NON
1. affections des yeux ou des oreilles ou affaiblissement de la vue ou de l'ouïe ? OUI NON
 2. rhumatisme articulaire aigu, rhumatisme, affections des os ou des articulations ? OUI NON
 3. maladies du coeur, évanouissements, palpitations, essoufflements ou douleurs thoraciques ? OUI NON
 4. troubles pulmonaires, notamment la bronchite ou l'asthme ? OUI NON
 5. affections des reins, cancer ou tumeur ? OUI NON
 6. convulsions, dépression nerveuse ou affection cérébrale ou du système nerveux ? OUI NON
 7. le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA), le complexe relié au SIDA (CRS) ou tout autre problème du système immunitaire ? OUI NON
 8. toute maladie, affection ou blessure non mentionnées ci-dessus ? OUI NON
- b) Au cours des cinq (5) dernières années, l'un de vos enfants a-t-il souffert d'une maladie ou affection autre que celles mentionnées ci-dessus ? OUI NON
- c) L'un ou plusieurs de vos enfants à charge souffre-t-il d'une déficiencce physique ou mentale quelconque ou de symptômes de maladie ou d'affection ? OUI NON
- d) L'un ou plusieurs de vos enfants à charge fait-il ou a-t-il déjà fait usage de drogues ? OUI NON
 Si oui, a-t-il déjà fait une plus grande consommation de drogues qu'actuellement ? OUI NON

Pour toute réponse positive aux questions ci-dessus, veuillez fournir tous les détails demandés ci-dessous : (Si plus d'espace est requis, annexer une feuille).

QUESTION #	NOM DE L'ENFANT	NATURE, DATE ET DURÉE DES MALADIES OU BLESSURES	TRAITEMENTS / RÉSULTATS / MÉDICAMENTS	NOMS ET ADRESSES, AU COMPLET, DES MÉDECINS ET HÔPITAUX

e) Veuillez préciser la taille et le poids de chacun de vos enfants : _____

DÉCLARATION

Par les présentes, je, soussigné(e),

- 1) déclare que les réponses et renseignements contenus dans cette déclaration de santé sont vrais et complets et qu'ils constituent la base sur laquelle la garantie d'assurance doit être établie;
- 2) comprends et accepte que, si quelque fausse déclaration ou omission importante a été faite, l'Assureur ne soit tenu à aucune obligation en vertu de toute assurance qui me soit émise par la suite de l'acceptation de ma demande d'assurance. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance.

Signé à _____

Ce _____

SIGNATURE DE L'ASSURÉ PRINCIPAL

SIGNATURE DU PRENEUR

SIGNATURE DU TÉMOIN