

Renseignements médicaux et questionnaire sur les capacités fonctionnelles pour l'assurance de soins de longue durée

Avant de remplir le présent questionnaire, passez en revue les questions de la section 1, Admissibilité générale, pour déterminer si une proposition devrait être présentée.

Prénom de la personne à assurer	Nom	Preuve d'assurabilité numéro (réservé au siège social)
---------------------------------	-----	--

1 Admissibilité générale

Il est important que vous fournissiez des renseignements complets et véridiques dans la proposition pour que nous puissions l'évaluer correctement. Si vous doutez de la pertinence d'un renseignement, transmettez-le quand même. Si vous négligez de fournir des renseignements importants dont vous êtes au courant, la compagnie pourrait refuser vos demandes de règlement futures et annuler tous les contrats qu'elle a établis sur votre tête. Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.

Nota : Au besoin, utiliser la section 4 pour fournir des renseignements supplémentaires en réponse à une question de la section 1.

1. Taille cm pi et po Poids kg lb

2. Avez-vous perdu/gagné plus de 10 lb ou 4,5 kg au cours des **12 derniers mois**? Oui Non
Si «oui», donnez des précisions ci-dessous, y compris combien de poids vous avez perdu/gagné et la raison du changement de poids.

3. Avez-vous **déjà** reçu un diagnostic de l'une ou l'autre des affections ci-dessous ou été traité pour l'une ou l'autre de ces affections ou avez-vous **déjà** consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour l'une ou l'autre des raisons ci-dessous :

	Oui	Non
a) anémie falciforme (drépanocytose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) cirrhose du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) deux ou plus (individuellement ou combinés) : mini-AVC, accident ischémique transitoire (AIT), accident vasculaire cérébral (AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) dystrophie musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) fibrose kystique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) insuffisance cardiaque congestive chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) lupus érythémateux disséminé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) maladie de Huntington	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) myélome multiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) paraplégie, hémiparaplégie ou quadriplégie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) perte de mémoire, sénilité, démence, confusion ou syndrome cérébral organique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) schizophrénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) sclérose en plaques ou trouble de démyélinisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) syndrome de Marfan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) syndrome de post-poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) syndrome d'immunodéficience acquise (sida), séropositivité au VIH ou syndrome apparenté au sida (SAS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) usage actuel de médicaments narcotiques contre la douleur plus d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) vessie neurogène ou insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Utilisez-vous des appareils médicaux ou de l'équipement médical pour usage thérapeutique tels qu'un nébuliseur (masque) pour usage chronique, un appareil pour la dialyse, une sonde d'alimentation, un lit d'hôpital, un soulève-personne, une voiturette motorisée, une canne à plusieurs pieds, un appareil à oxygène, un masque respiratoire, un monte-escalier, un déambulateur ou un fauteuil roulant? Oui Non

PIMEDIQF



1 Admissibilité générale (suite)

- 5. A-t-il été recommandé que vous subissiez des examens médicaux ou des tests ou que vous consultiez un professionnel de la santé sans que les examens ou les consultations aient encore eu lieu ou que les résultats en soient encore connus (**exclure les examens préventifs de routine**)? Oui Non
- 6. Avez-vous besoin de l'aide ou de la surveillance d'une autre personne pour vous laver, vous habiller, vous servir des toilettes, vous déplacer (comme vous coucher ou vous lever du lit, vous asseoir ou vous lever d'une chaise), pour la continence ou pour vous nourrir? Oui Non
- 7. Avez-vous besoin de l'aide ou de la surveillance d'une autre personne pour **plus d'une** des activités suivantes : vous servir du téléphone, gérer vos finances, utiliser les moyens de transport, faire les courses, la lessive ou le ménage, préparer les repas ou cuisiner ou prendre des médicaments? Oui Non

Si vous avez répondu «oui» aux questions n^{os} 3, 4, 5, 6 ou 7, vous n'êtes pas admissible à l'assurance de soins de longue durée que nous offrons. Veuillez abandonner cette proposition.

- 8. a) Dans votre famille biologique (père, mère, frères ou soeurs), y a-t-il des personnes qui ont **déjà** reçu le diagnostic d'une des affections suivantes **avant l'âge de 65 ans** : maladie du coeur, accident vasculaire cérébral (AVC)/accident ischémique transitoire (AIT), cancer (y compris leucémie, lymphome et maladie de Hodgkin), diabète ou maladie de Parkinson? Oui Non
- b) Dans votre famille biologique (mère, père, soeurs ou frères), y a-t-il des personnes qui ont **déjà** reçu le diagnostic d'une des affections suivantes : maladie de Huntington, maladie polykystique des reins, sclérose en plaques, dystrophie musculaire, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique (aussi appelée SLA ou maladie de Lou Gehrig), rétinite pigmentaire ou tout autre trouble ou maladie héréditaire? Oui Non

Si «oui» en réponse à a) ou b), remplir le tableau suivant. **Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**

Lien avec le membre de la famille	Affection (s'il s'agit du cancer, préciser le type)	Âge au début de l'affection	Âge si en vie	Âge au décès

- 9. i) Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous fumé des cigarettes, des cigarillos, des petits ou des gros cigares ou la pipe ou fait usage de marijuana, de haschisch, de noix d'arec, de tabac à chiquer, de gomme ou de timbres à la nicotine ou d'un produit quelconque contenant de la nicotine ou du tabac?
 Oui Non

Si «oui», précisez le genre et la date de la dernière fois où vous en avez fait usage.

Produit(s)	Quantité consommée et fréquence
Produit	Date de la dernière consommation (jj-mm-aaaa)

- ii) Avez-vous **déjà** consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé ou été traité pour ce qui suit ou en avez-vous **déjà** présenté quelque signe ou symptôme :

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non |
| a) accident vasculaire cérébral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) anévrisme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) artérite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) cancer du poumon, de la gorge ou de la bouche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) cardiomyopathie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) insuffisance cardiaque congestive (ICG) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) maladie coronarienne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) maladie de l'artère carotide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) maladie vasculaire périphérique (MVP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) neuropathie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1 Admissibilité générale (suite)

Si vous avez répondu «oui» à la question n° 9 i) et «oui» pour l'une des affections à la question n° 9 ii), vous n'êtes pas admissible à l'assurance de soins de longue durée que nous offrons. Veuillez abandonner cette proposition.

iii) Avez-vous déjà consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé ou été traité pour ce qui suit ou en avez-vous déjà présenté quelque signe ou symptôme :

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non |
| a) asthme (exclure l'asthme dans l'enfance) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) bronchite chronique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) emphysème | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) fibrose pulmonaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) dyspnée (essoufflement), apnée du sommeil ou tout autre trouble pulmonaire ou respiratoire (exclure les rhumes et les gripes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

À l'exclusion de l'utilisation de la noix d'arc, du tabac à chiquer, de la gomme ou de timbres à la nicotine au cours des 12 derniers mois, si vous avez répondu «oui» à la question n° 9 i) et «oui» pour l'une des affections à la question n° 9 iii), vous n'êtes pas admissible à l'assurance de soins de longue durée que nous offrons. Veuillez abandonner cette proposition.

2 Renseignements personnels sur la personne à assurer

Nota : Au besoin, utiliser la section 4 pour fournir des renseignements supplémentaires en réponse à une question de la section 2.

1. Résidez-vous au Canada dans les 12 derniers mois? Oui Non
Si «non», donnez des précisions.

2. Citoyenneté
 Citoyen canadien Résident permanent Autre Si autre :

Indiquer la citoyenneté	Pays de naissance	Date d'arrivée au Canada (jj-mmm-aaaa)
Statut actuel au Canada	Intentions de résidence	

3. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada, ou avez-vous l'intention de le faire au cours des 12 prochains mois? (Exclure les voyages ou les séjours aux États-Unis de moins de 6 mois.) Oui Non
Si «oui», donnez des précisions.

4. a) Emploi
b) Si vous êtes sans emploi ou à la retraite, est-ce pour des raisons de santé?..... Oui Non

Si «oui», donnez des précisions ci-dessous, y compris pourquoi vous êtes sans emploi et depuis combien de temps, quel emploi vous exerciez et si (ou quand) vous prévoyez exercer un emploi rémunéré.

c) Si vous êtes un étudiant, donnez des précisions ci-dessous, y compris le programme d'études et la date de fin des études.

5. Avez-vous un contrat d'assurance de soins de longue durée en vigueur auprès d'une compagnie, y compris la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie? Oui Non
Si «oui», donnez les précisions suivantes :

Compagnie d'assurance	Date de l'établissement du contrat (mm-aaaa)	Montant de la prestation hebdomadaire	Remplacez-vous ce contrat?
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Numéro du contrat

2 Renseignements personnels sur la personne à assurer (suite)

6. Avez-vous une ou des propositions d'assurance-vie, d'assurance-invalidité, d'assurance maladies graves ou d'assurance de soins de longue durée actuellement à l'étude ou qui sont envisagées? Oui Non
Si «oui», indiquez le nom de la ou des compagnies, le type du ou des contrats, le ou les montants demandés et le montant total des nouvelles assurances qui prendront effet.

--

7. Avez-vous **déjà** eu une ou des propositions d'assurance-vie, d'assurance-invalidité, d'assurance maladies graves ou d'assurance de soins de longue durée ayant fait l'objet d'un refus, d'une surprime ou d'une modification quelconque? Oui Non
Si «oui», donnez des précisions, y compris la date de la proposition, la décision, la raison et le nom de la compagnie.

--

8. Quel est votre revenu annuel gagné, y compris le salaire, les commissions et les bonis? \$

9. Quel est votre revenu annuel provenant d'autres sources, y compris rentes, dividendes, intérêts et revenus immobiliers?

<input type="text" value=""/>	\$
-------------------------------	----

Source des revenus

--

10. À combien estimez-vous votre avoir personnel net au Canada? \$

11. Quel est le total du revenu annuel (revenu gagné et revenu d'autres sources), pour votre conjoint ou partenaire (s'il y a lieu)?

<input type="text" value=""/>	\$
-------------------------------	----

12. Au cours des **5 dernières années**, avez-vous fait une faillite personnelle ou d'entreprise ou fait l'objet d'une requête de mise en faillite? Oui Non
Si «oui», donnez des précisions.

Circonstances entourant la faillite	Date de libération (jj-mm-aaaa)

13. Avez-vous **déjà** été traité pour consommation d'alcool ou de drogues ou vous a-t-on **déjà** dit d'en réduire la quantité ou la fréquence ou de recevoir des services de counselling, des traitements ou des conseils médicaux en lien avec votre consommation? Oui Non
Si «oui», indiquez le type de counselling ou de traitement et les dates auxquelles vous avez reçu ces services. Veuillez inclure toute participation à des associations comme les Alcooliques Anonymes ou Narcotiques Anonymes.

Type de counselling ou de traitement	Date des services (jj-mm-aaaa)

14. Consommez-vous de l'alcool? Oui Non
Si «oui», indiquez le type et la quantité que vous consommez en moyenne par semaine.

Produit (spiritueux, vin ou bière)	Quantité consommée en moyenne par semaine

15. Au cours des **10 dernières années**, avez-vous été accusé ou reconnu coupable d'une infraction liée à la conduite d'un véhicule sous l'effet de l'alcool ou d'une drogue ou au refus de passer l'alcootest? Oui Non
Si «oui», donnez des précisions.

--

--

2 Renseignements personnels sur la personne à assurer (suite)

16. Au cours des **10 dernières années**, avez-vous fait l'usage de marijuana ou de haschisch, de cocaïne, de LSD, d'ecstasy ou d'autres drogues psychotropes, d'héroïne, de fentanyl ou d'autres narcotiques, de stéroïdes anabolisants ou d'autres drogues visant à améliorer la performance? Oui Non
Si «oui», remplissez le tableau ci-dessous.

Produit(s)	Quantité consommée et fréquence	Date de la dernière consommation (jj-mm-aaaa)

17. Au cours des **10 dernières années**, avez-vous été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle ou êtes-vous actuellement en probation, en libération conditionnelle ou en libération d'office? Oui Non
Si «oui», donnez des précisions.

--

18. Au cours des **5 dernières années**, avez-vous reçu un revenu pour invalidité (par exemple, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou d'une autre commission des accidents du travail, du Régime de rentes du Québec (RRQ) ou du Régime de pensions du Canada (RPC), d'une assurance pour invalidité de courte ou de longue durée) en raison d'une maladie ou blessure pour une période de **plus de 2 semaines**? Oui Non
Si «oui», donnez des précisions.

--

3 Renseignements médicaux

Nota : Au besoin, utiliser la section 4 pour fournir des renseignements supplémentaires en réponse à une question de la section 3.
Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.

1. Nom et adresse de la clinique ou du médecin habituels.

a) Avez-vous une clinique ou un médecin habituels? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si «oui», nom de la clinique ou du médecin ou autre professionnel de la santé habituels.		
Adresse		Ville		Province
Numéro de téléphone	Date de la première consultation (mm-aaaa)	Date de la dernière consultation (mm-aaaa)	Nom au dossier (si différent du nom légal)	
Répondre à b) s'il a été répondu «oui» en a). b) Au cours des 5 dernières années , avez-vous vu ce médecin ou cette clinique pour un examen médical ou un bilan de santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si «oui», date du plus récent examen médical ou bilan de santé : (jj-mm-aaaa)	
Répondre à c) s'il a été répondu «non» en a). c) Au cours des 5 dernières années , avez-vous vu un médecin ou une clinique pour un examen médical ou un bilan de santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si «oui», date du plus récent examen médical ou bilan de santé : (jj-mm-aaaa)	
Si «oui», nom et adresse du médecin consulté.				

2. Au cours des **3 dernières années**, avez-vous eu un examen physique complet? Oui Non

3 Renseignements médicaux (suite)

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3. Avez-vous déjà été traité pour ce qui suit ou en avez-vous déjà présenté des symptômes : | | |
| a) accident vasculaire cérébral (AVC), anévrisme, accident ischémique transitoire (AIT), mini-AVC, engourdissement ou faiblesse d'un bras ou d'une jambe, paralysie, trouble de la vue, névrite optique, perte permanente ou temporaire de la vue d'un œil, étourdissements, évanouissements, perte d'équilibre ou de sensation, neuropathie, tremblements ou autre maladie ou trouble d'ordre neurologique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) anomalie de la glycémie, intolérance au glucose ou diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) hépatite (y compris porteur d'hépatite), jaunisse ou autre trouble ou maladie du foie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) hypertrophie d'une glande ou d'un ganglion lymphatique, hémophilie, anémie, ou autre maladie ou trouble du sang ou de la coagulation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) cancer, tumeur, kyste, polype, anomalie à la cytologie du col de l'utérus («test Pap») ou toute autre masse anormale ou tumeur maligne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) maladie ou trouble des reins, de la vessie ou de la prostate, y compris protéines ou globules rouges (sang) dans l'urine, taux de l'antigène prostatique spécifique (APS) anormal ou incontinence urinaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) maladie de Crohn, colite ulcéreuse, ulcère gastroduodénal ou gastrique, incontinence fécale, saignement rectal ou intestinal, diarrhée persistante ou autre maladie ou trouble de l'intestin, de l'estomac ou du pancréas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) épilepsie, paralysie cérébrale, commotion cérébrale, évanouissements, pertes de connaissance, étourdissements, maux de tête violents ou autre maladie ou trouble du cerveau ou du système nerveux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) dépression, anxiété, épuisement professionnel, dépression nerveuse, autre maladie ou trouble d'ordre mental, affectif ou nerveux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) fibromyalgie, fatigue, syndrome de fatigue chronique, syndrome myofascial, syndrome de la douleur chronique ou dysfonction temporo-mandibulaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) arthrite, ostéopénie, ostéoporose ou amputation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) crise cardiaque, angine de poitrine, douleurs à la poitrine, insuffisance cardiaque congestive (ICG), artérite, maladie coronarienne, pouls irrégulier, maladie vasculaire périphérique (MVP), ou autre maladie ou trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) asthme, bronchite chronique, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), fibrose pulmonaire, apnée du sommeil, dyspnée (essoufflement) ou autre trouble pulmonaire ou respiratoire (exclure les rhumes et les gripes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Au cours des 2 dernières années , avez-vous été traité pour ce qui suit ou en avez-vous présenté quelque symptôme : | | |
| a) hyperthyroïdie, hypothyroïdie, ou autre trouble de la glande thyroïde ou autre trouble endocrinien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) cécité ou surdité, ou tout autre trouble ou maladie des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche (exclure les examens médicaux de routine qui n'ont pas nécessité de suivi, par exemple dans les cas suivants : amygdalectomie, adénoïdectomie, sinusite ou tout autre trouble ou maladie exigeant le port de lunettes, de verres de contact ou de tubes dans les oreilles) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) maladie de la peau, lésions cutanées, infections chroniques, grain de beauté anormal ou naevus dysplasique (sauf dermite due à l'herbe à puce, dermite de contact, acné, rosacée, coups de soleil et eczéma) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Au cours des **5 dernières années**, avez-vous fait une ou des chutes?..... Oui Non

6. Donnez des précisions pour toute réponse **affirmative** aux questions n^{os} 3, 4 ou 5.

Numéro de la question	Symptômes/affections	Précisions, y compris diagnostic, traitement et état actuel, ainsi que dates pertinentes pour chaque cas	Nom et adresse des médecins, établissements médicaux ou hôpitaux consultés pour les symptômes/affections

3 Renseignements médicaux (suite)

7. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous pris des médicaments d'ordonnance ou des médicaments en vente libre? Oui Non
 Si «oui», remplissez le tableau ci-dessous.

Médicaments	Raison des médicaments	Date première utilisation (jj-mm-aaaa)	Posologie actuelle	Date du changement le plus récent de la posologie (jj-mm-aaaa)	Date dernière utilisation (jj-mm-aaaa)

8. Au cours des **5 dernières années**, avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé, avez-vous été traité ou avez-vous présenté des signes ou des symptômes en lien avec une maladie ou un trouble des os, des articulations, des tendons, des muscles ou des membres y compris, entre autres, des genoux, des hanches, des épaules, du cou ou du dos?..... Oui Non

9. Au cours des **2 dernières années**, avez-vous eu des douleurs qui ont duré **plus d'une semaine** ou qui sont réapparues **plus d'une fois** au même endroit (peu importe la durée) ou avez-vous été traité pour ce genre de douleurs?..... Oui Non
 Si «oui», veuillez remplir le **Questionnaire sur la douleur – Assurance de soins de longue durée (F298)** et le joindre au présent formulaire.

10. Au cours des **5 dernières années**, avez-vous subi des examens ou tests diagnostiques, comme une radiographie, une électrocardiographie, une scintigraphie, un examen par IRM, une échographie, une biopsie, une analyse sanguine ou une analyse d'urine? (**Exclure les examens ou tests que vous nous avez déjà mentionnés sur ce formulaire. Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.**) Oui Non
 Si «oui», remplissez le tableau ci-dessous.

Examen/test et raison	Date de l'examen ou du test (mm-aaaa)	Résultats du test	Précisions sur toute anomalie
		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	
		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	
		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	
		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	

11. Avez-vous connaissance de symptômes ou de problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement? Oui Non

12. **À part les affections qui ont déjà été déclarées**, au cours des **5 dernières années**, avez-vous souffert d'une maladie ou d'un problème de santé pour lequel vous avez dû ou devez subir des examens ou des tests, suivre un traitement ou être en observation? Êtes-vous présentement en attente d'examen ou de résultats de tests à la suite d'une consultation médicale? **Ne nous parlez ni de tests génétiques ni des résultats de tests génétiques.** Oui Non

13. Prévoit-on ou vous a-t-on recommandé une intervention chirurgicale, des tests diagnostiques ou un traitement médical, ou en a-t-on discuté?..... Oui Non

3 Renseignements médicaux (suite)

14. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous suivi des traitements de physiothérapie, de chiropractie, de massothérapie ou d'acupuncture ou d'autres traitements pour une affection ou un symptôme, quel qu'il soit? Oui Non
 Si «oui», remplissez le tableau ci-dessous.

Type de traitement	Date début du traitement (mm-aaaa)	Date du traitement le plus récent (jj-mm-aaaa)	Affections/symptômes ayant entraîné le traitement et état actuel	Précisions, y compris fréquence du traitement, si en cours ou terminé, et date du dernier traitement si terminé

15. À part pour les affections qui ont déjà été déclarées, au cours des **5 dernières années**, avez-vous consulté d'autres médecins ou professionnels de la santé, été patient dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement médical, ou subi une opération ou suivi un autre traitement? Oui Non

16. Donnez des précisions pour toute réponse **affirmative** aux questions n^{os} 8, 10, 11, 12, 13 ou 15.

Numéro de la question	Date (jj-mm-aaaa)	Précisions, y compris affections/symptômes, problèmes de santé, incident, ce qui a été envisagé, recommandé et effectué, ainsi que les résultats de tout test ou traitement	Précisions, y compris le nom et l'adresse de chaque médecin traitant et sa spécialité, chaque établissement médical ou hôpital, les dates des consultations, visites et traitements

5 Déclaration

La personne à assurer confirme :

- qu'elle était présente quand a été remplie la partie qui la concerne de ce questionnaire;
- qu'elle a revu toutes ses réponses et déclarations consignées dans ce questionnaire;
- que ces renseignements sont complets et véridiques et que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie peut s'y fier;
- qu'elle comprend que si ses réponses à toutes les questions ne sont pas véridiques et complètes (si elle fait de fausses déclarations), la compagnie peut annuler le contrat.

6 Autorisation de la personne à assurer

La personne à assurer autorise :

- les médecins et autres professionnels de la santé, les hôpitaux, cliniques et autres établissements médicaux, les compagnies d'assurance, les agences d'investigation, le MIB, Inc. ou tout autre organisme ou établissement, y compris les membres du groupe Financière Sun Life, dont fait partie la compagnie, ou toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements sur son état, à donner à la compagnie, à ses représentants, à ses fournisseurs de services ou à ses réassureurs les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion de l'assurance et à un règlement d'assurance, et ces renseignements seulement;
- les examens médicaux, radiographies, électrocardiographies, profils sanguins et tests de dépistage du VIH (sida) et de l'hépatite que peut nécessiter la tarification de la présente proposition;
- la compagnie à fournir les renseignements personnels nécessaires obtenus pour la tarification, et ces renseignements seulement, à son médecin, au MIB, Inc., à la compagnie d'assurance à laquelle une proposition d'assurance a été soumise sur sa tête, s'il y a lieu, et pour toute maladie infectieuse ou transmissible, au médecin-hygiéniste lorsque la loi l'exige.

Province de signature	Date (jj-mm-aaaa)	Signature de la personne à assurer X
-----------------------	-------------------	---

Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

7 Déclaration du spécialiste en ASLD/conseiller

Je confirme avoir passé en revue avec la personne à assurer toutes ses réponses consignées dans ce questionnaire, et je déclare qu'à ma connaissance, ces renseignements sont complets et véridiques et que le questionnaire comporte tous les éléments pertinents à l'assurance demandée.

Je confirme avoir vu la personne à assurer signer le présent formulaire.

Date (jj-mm-aaaa)	Signature du conseiller/spécialiste en ASLD X	Numéro du conseiller/spécialiste en ASLD	Numéro du centre financier
Date (jj-mm-aaaa)	Signature du superviseur X		

N'envoyer qu'un seul exemplaire de ce document.

Conseillers du réseau de carrière :

l'original ou une télécopie au numéro sans frais 1-866-487-4745.