

Questionnaire sur la douleur – Assurance de soins de longue durée



Preuve numéro (réservé au siège social)

Prénom de la personne à assurer	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Prénom du spécialiste en ASLD/conseiller	Nom	Numéro du spécialiste en ASLD/conseiller

1. Veuillez décrire dans quelle(s) partie(s) du corps vous avez ressenti ou vous ressentez encore des douleurs.

2. Quelle est ou quelle était la cause (diagnostic) de ces douleurs?

3. Quand avez-vous ressenti des douleurs la première fois?

Date (jj-mm-aaaa)

4. Quand avez-vous ressenti des douleurs la dernière fois?

Date (jj-mm-aaaa)

5. Indiquez la fréquence des douleurs au cours des 2 dernières années : quotidienne hebdomadaire
 mensuelle autre

Si «**autre**», veuillez fournir tous les renseignements.

6. Pour chaque épisode, veuillez préciser la durée des douleurs ressenties (heures, jours, semaines, mois).

7. Quelles activités aggravent ces douleurs?

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. Tous les autres conseillers : faites-nous parvenir le document par l'intermédiaire de votre AGP ou des Comptes nationaux.

PIMEDIQF

Numéro de contrat



Questionnaire sur la douleur – Assurance de soins de longue durée (suite)

Preuve numéro (réservé au siège social)

8. Avez-vous modifié vos activités en raison de ces douleurs? Oui Non
Si «oui», donnez des précisions dans l'espace ci-dessous.

9. Avez-vous de la difficulté à dormir en raison de ces douleurs? Oui Non
Si «oui», donnez des précisions dans l'espace ci-dessous.

10. Avez-vous des limitations quelconques associées à des activités comme rester debout, s'asseoir, se pencher ou soulever des objets?
 Oui Non Si «oui», donnez des précisions dans l'espace ci-dessous.

11. Au cours des 2 dernières années, avez-vous pris des médicaments pour vos douleurs? Oui Non
Si «oui», donnez des précisions dans le tableau ci-dessous.

Médicament	Date première utilisation (mm-aaaa)	Posologie actuelle	Date du changement le plus récent de la posologie (mm-aaaa)	Fréquence des médicaments (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, etc.)	Date dernière utilisation (mm-aaaa)

Déclaration : Je déclare que les réponses aux questions ci-dessus et mes énoncés sont véridiques et complets et qu'ils font partie intégrante de ma proposition d'assurance présentée en vue de la souscription auprès de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la Compagnie) d'un contrat d'assurance sur ma tête. Je comprends que si mes réponses à ces questions ne sont pas véridiques et complètes (si je fais de fausses déclarations), la compagnie peut annuler le contrat.

Lieu de signature (ville)	Lieu de signature (province)	Date (jj-mm-aaaa)	Signature de la personne à assurer 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. Tous les autres conseillers : faites-nous parvenir le document par l'intermédiaire de votre AGP ou des Comptes nationaux.

PIMEDIQF

Numéro de contrat

