

# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES

Si vous utilisez ce formulaire comme complément au D-0082 (Proposition d'assurance) ou au D-0024 (Proposition d'assurance temporaire individuelle), veuillez inscrire le numéro de la police dans le coin supérieur droit de chaque page de ce formulaire.

Numéro de la police

## 1. ASSURÉ/TITULAIRE

Nom (prénom, second prénom, nom de famille)

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

## 2. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Avez-vous un médecin/une infirmière clinicienne habituel(le)?  oui  non Si « oui », veuillez fournir les détails suivants (Si les dossiers de votre médecin habituel/infirmière clinicienne habituelle ne sont pas à jour et/ou sont incomplets, veuillez indiquer le nom du médecin/de l'infirmière clinicienne ou de la clinique qui a les dossiers à jour et complets à la section 2.6.) :

Nom du médecin ou de l'infirmière clinicienne (prénom, nom de famille)

Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa)

Adresse et numéro de téléphone du médecin ou de l'infirmière clinicienne

Raison de la dernière visite chez le médecin/l'infirmière clinicienne habituel(le)

Résultats de la dernière visite chez le médecin/l'infirmière clinicienne habituel(le)

Avez-vous vu un autre médecin/une autre infirmière clinicienne que votre médecin/infirmière clinicienne habituel(le) dans une clinique ou un hôpital?  oui  non Si « oui », veuillez fournir les détails :

Adresse et numéro de téléphone du médecin/de l'infirmière clinicienne/de la clinique/de l'hôpital

Raison de la dernière visite chez un autre médecin/une autre infirmière clinicienne, à une autre clinique, à un autre hôpital

Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa)

Résultats de la dernière visite chez un autre médecin/une autre infirmière clinicienne, à une autre clinique, à un autre hôpital

Taille

pi/po  
 cm

Poids

lb  
 kg

Changement de poids depuis un an  Gain  Perte

lb \_\_\_\_\_  kg \_\_\_\_\_

Raison (s'il s'agit d'une grossesse, veuillez fournir la date d'accouchement prévue)

## 2.1 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DES MEMBRES DE LA FAMILLE

**Est-ce que l'un de vos parents, frères ou soeurs biologiques, vivants ou décédés, a déjà souffert de l'une des conditions suivantes :** Si « oui », veuillez remplir la section ci-dessous pour le membre de la famille immédiate. Si inconnu, veuillez indiquer la raison à la section 2.6.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabète</li> <li>• Cancer</li> <li>• Hypertension artérielle</li> <li>• Accident vasculaire cérébral</li> <li>• Maladie du cœur</li> <li>• Polycystose des reins</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie du rein</li> <li>• Maladie de Huntington</li> <li>• Maladie d'Alzheimer</li> <li>• Maladie du motoneurone, y compris, mais sans s'y limiter, la SLA (sclérose latérale amyotrophique) ou la maladie de Lou Gehrig</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie de Parkinson</li> <li>• Maladie mentale</li> <li>• Suicide</li> <li>• Sclérose en plaques</li> <li>• Hépatite</li> <li>• Toute autre maladie héréditaire</li> </ul> |
|--|---|--|

oui  
 non  
 inconnu

Lien avec l'assuré

Maladie (Si cancer, indiquez le type)

Âge au début de la maladie

Âge si en vie

Âge au décès

Lien avec l'assuré

Maladie (Si cancer, indiquez le type)

Âge au début de la maladie

Âge si en vie

Âge au décès

## 2.2 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

**Avez-vous déjà souffert de l'une des conditions suivantes, subi des tests ou été traité pour l'une des conditions suivantes ou vous a-t-on déjà dit que vous pourriez souffrir de l'une d'entre elles :** Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 2.6. Nous vous prions d'indiquer la date, le diagnostic, le traitement, les résultats et la durée ainsi que le nom et l'adresse de tous les conseillers médicaux et établissements médicaux.

### A) Tête et système respiratoire

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Névrite optique</li> <li>• Troubles de la vue</li> <li>• Cécité</li> <li>• Glaucome</li> <li>• Surditte</li> <li>• Tout autre trouble ou problème relatif aux yeux, aux oreilles, au nez, à la gorge ou aux poumons :</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acouphène</li> <li>• Enrouement persistant</li> <li>• Crachements de sang</li> <li>• Perte de la parole</li> <li>• Apnée du sommeil</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuberculose</li> <li>• Sarcoidose</li> <li>• Fibrose kystique</li> <li>• Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bronchite</li> <li>• Asthme</li> <li>• Emphysème</li> </ul> |
|---|---|--|--|

oui  non

## 2.2 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

**Avez-vous déjà souffert de l'une des conditions suivantes, subi des tests ou été traité pour l'une des conditions suivantes ou vous a-t-on déjà dit que vous pourriez souffrir de l'une d'entre elles :** Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 2.6. Nous vous prions d'indiquer la date, le diagnostic, le traitement, les résultats et la durée ainsi que le nom et l'adresse de tous les conseillers médicaux et établissements médicaux.

### B) Troubles neurologiques

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Épilepsie ou convulsions</li> <li>• Évanouissements</li> <li>• Maux de tête</li> <li>• Étourdissements</li> <li>• Accident ischémique transitoire (AIT)</li> <li>• Accident vasculaire cérébral</li> <li>• Tremblements</li> <li>• Maladie de Parkinson</li> <li>• Tout autre trouble ou problème neurologique : _____</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie du motoneurone (maladie de Lou Gehrig/SLA)</li> <li>• Maladie d'Alzheimer</li> <li>• Déficience intellectuelle</li> <li>• Démence</li> <li>• Faiblesse des extrémités</li> <li>• Faiblesse musculaire</li> <li>• Sclérose en plaques</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fourmillement</li> <li>• Engourdissements</li> <li>• Perte d'équilibre</li> <li>• Perte de la parole</li> <li>• Paralyse cérébrale</li> <li>• Autisme</li> <li>• Trouble du développement</li> <li>• TDAH/DCA</li> </ul> | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
|--|--|---|---|

### C) Troubles psychologiques

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété</li> <li>• Dépression</li> <li>• Trouble bipolaire</li> <li>• Tout autre problème ou trouble émotionnel, comportemental ou psychiatrique : _____</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crises de panique</li> <li>• Schizophrénie</li> <li>• Déficience mentale</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tentative de suicide ou idées suicidaires</li> <li>• Trouble de l'alimentation</li> </ul> | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
|--|--|--|---|

### D) Cœur et système circulatoire

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs thoraciques</li> <li>• Angine</li> <li>• Essoufflement</li> <li>• Crise cardiaque (infarctus du myocarde)</li> <li>• Pontage ou angioplastie</li> <li>• ECG anormal</li> <li>• Tout autre problème ou trouble cardiaque, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire : _____</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouls irrégulier</li> <li>• Palpitations</li> <li>• Souffle cardiaque</li> <li>• Stimulateur cardiaque</li> <li>• Hypertension artérielle</li> <li>• Hypercholestérolémie</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accident ischémique transitoire (AIT)</li> <li>• Accident vasculaire cérébral</li> <li>• Maladie vasculaire périphérique</li> <li>• Enflure des chevilles</li> <li>• Caillot sanguin</li> </ul> | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
|---|---|--|---|

### E) Foie, estomac, vessie, reins et système reproducteur

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hépatite</li> <li>• Porteur de l'hépatite</li> <li>• Cirrhose</li> <li>• Jaunisse</li> <li>• Ulcère</li> <li>• Côlon irritable</li> <li>• Maladie de Crohn</li> <li>• Colite</li> <li>• Tout autre problème ou trouble de : _____</li> <li>• Estomac</li> <li>• Pancréas</li> <li>• Foie</li> <li>• Veuillez spécifier : _____</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diverticulite</li> <li>• Saignements du rectum</li> <li>• Diarrhée chronique</li> <li>• Sang dans les selles</li> <li>• Vésicule biliaire</li> <li>• Pancréatite</li> <li>• Maladie des reins, pierres aux reins ou néphrite</li> <li>• Intestins</li> <li>• Reins</li> <li>• Vessie ou uretères</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sang, protéines ou sucre dans l'urine</li> <li>• Prostatite</li> <li>• Infection transmissible sexuellement</li> <li>• Test Pap anormal</li> <li>• Prostate ou organes reproducteurs de l'homme</li> <li>• Utérus, ovaires ou col utérin</li> </ul> | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
|--|--|--|---|

### F) Seins (homme ou femme)

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biopsie, mammographie ou échographie mammaire anormale</li> <li>• Maladie fibrokystique</li> <li>• Kystes ou bosses</li> <li>• Tout autre changement ou anomalie des seins : _____</li> </ul> | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
|--|---|

### G) Systèmes sanguin, endocrinien et glandulaire

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anomalies de la thyroïde, de l'hypophyse, des glandes lymphatiques ou surrénales</li> <li>• Goitre</li> <li>• Diabète</li> <li>• Tout autre problème ou trouble sanguin ou glandulaire : _____</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Glycémie anormale</li> <li>• Anémie</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble de saignement</li> <li>• Hémophilie</li> </ul> | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
|--|---|---|---|

### H) Toute blessure ou tout trouble lié au système musculo-squelettique

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rhumatisme</li> <li>• Goutte</li> <li>• Polyarthrite rhumatoïde</li> <li>• Arthrose ou tout autre type d'arthrite</li> <li>• Tout autre trouble ou problème lié aux muscles, aux articulations, aux os ou à la colonne vertébrale : _____</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fibromyalgie</li> <li>• Fatigue chronique</li> <li>• Douleur chronique</li> <li>• Lupus érythémateux disséminé ou toute forme de lupus</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dystrophie musculaire</li> <li>• Paralyse</li> <li>• Amputation</li> </ul> | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
|---|--|---|---|

**2.2 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)**

**Avez-vous déjà souffert de l'une des conditions suivantes, subi des tests ou été traité pour l'une des conditions suivantes ou vous a-t-on déjà dit que vous pourriez souffrir de l'une d'entre elles :** Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 2.6. Nous vous prions d'indiquer la date, le diagnostic, le traitement, les résultats et la durée ainsi que le nom et l'adresse de tous les conseillers médicaux et établissements médicaux.

<p><b>I) Cancer et troubles dermatologiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumeur</li> <li>• Polype</li> <li>• Kyste ou bosses</li> <li>• Grossissement des ganglions lymphatiques</li> <li>• Toute autre forme d'affection ou de croissance maligne : _____</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndrome du naevus dysplasique</li> <li>• Nævus ou lésions de forme irrégulière qui ont changé d'apparence</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carcinome basocellulaire</li> <li>• Mélanome malin</li> </ul>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p><b>J) Troubles immunologiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout trouble immunologique, y compris le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)</li> <li>• Avez-vous déjà passé un test pour le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), ou vous a-t-on recommandé de le faire?</li> <li>• Toute infection inexpliquée</li> </ul>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

**2.3 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)**

Suivez-vous présentement des traitements ou prenez-vous des médicaments phytothérapeutiques, holistiques ou sur ordonnance? **Si « oui », veuillez indiquer le nom, la posologie et la raison à la section 2.6.**

oui    non

**2.4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)**

Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails, **y compris les dates**, à la section 2.6.

**A) Au cours des 10 dernières années, avez-vous déjà fait usage de :**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cocaine</li> <li>• Héroïne</li> <li>• LSD</li> <li>• Marijuana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hachisch</li> <li>• Excitants</li> <li>• Hallucinogènes</li> <li>• Amphétamines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Narcotiques</li> <li>• Barbituriques</li> <li>• Tranquillisants, médicaments similaires ou médicaments non prescrits</li> </ul>
--	---	--

oui    non

**B) Consommez-vous des boissons alcoolisées? Si « oui », veuillez préciser ci-dessous :**

_____ bouteille(s) de bière par <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> semaine <input type="radio"/> mois	_____ verre(s) de vin par <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> semaine <input type="radio"/> mois	_____ oz/ml d'alcool par <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> semaine <input type="radio"/> mois
--	--	---

**C) Avez-vous déjà décidé ou vous a-t-on déjà recommandé de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues ou avez-vous déjà subi un traitement ou adhéré à un organisme en raison de votre consommation d'alcool ou de drogues ou avez-vous déjà été condamné pour conduite avec facultés affaiblies ou conduite « au-delà de la limite légale » prévue à l'article 253 a) ou b) du Code criminel du Canada?**  
**Si « oui », veuillez indiquer les dates du traitement et les dates de la condamnation à la section 2.6.**

oui    non

**D) Au cours des 10 dernières années, avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies, de conduite imprudente ou dangereuse, ou a-t-on déjà suspendu votre permis de conduire?**  
**Si « oui », veuillez fournir les détails, y compris le type d'infraction et les dates, à la section 2.6.**

oui    non

**E) Avez-vous eu d'autres infractions aux règlements de la circulation dans les 3 dernières années?**  
**Si « oui », veuillez fournir les détails, y compris le type et les dates, à la section 2.6.**

oui    non

**F) Au cours des 15 dernières années, avez-vous utilisé des produits du tabac, nicotine ou non nicotine tels que: cigarettes, cigarillos, pipes, petits cigares, gros cigares, cigarettes électroniques, noix de bétel, marijuana, haschisch, timbre de nicotine, gomme de nicotine, tabac à chiquer, à priser ou tout autre forme de produits du tabac?**  
**Si « oui », veuillez fournir les détails ci-dessous.**

Type	Quantité	Fréquence (jour, semaine, mois, année)	Date dernière utilisation (ou a l'intérieur de 1, 2 ou 15 ans)	Usage unique? Veuillez fournir la date :

**2.5 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)**

**Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 2.6.**

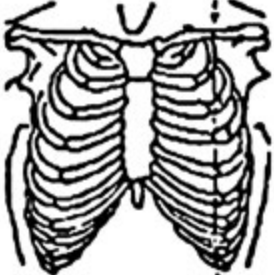
<p><b>A) Au cours des 5 dernières années, avez-vous été blessé ou malade, opéré, hospitalisé, testé ou traité pour toute condition qui n'est pas mentionnée ci-dessus?</b></p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p><b>B) Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu, ou vous a-t-on conseillé d'avoir, une consultation, un examen médical ou un test diagnostique, notamment une imagerie par résonance magnétique (IRM), un tomodensitogramme, un électrocardiogramme, une radiographie ou une analyse sanguine?</b></p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p><b>C) Avez-vous constaté, ou vous plaignez-vous de, tout symptôme concernant votre santé pour lequel vous n'avez pas encore consulté un médecin?</b></p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p><b>D) Avez-vous déjà été invalide ou reçu des prestations de revenu d'invalidité?</b></p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p><b>E) Si vous êtes âgée de 50 ans et moins, êtes-vous actuellement enceinte? Si « oui », veuillez fournir des détails concernant toute complication à la section 2.6.</b></p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non



# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES (suite)

Numéro de la police

Si l'assuré doit subir un examen, ce formulaire doit être rempli par l'examineur.

Nom du conseiller		<b>Hommes seulement</b>					<p><b>Si l'assuré est âgé de 70 ans ou plus, veuillez répondre aux questions suivantes :</b></p> <p><b>a</b> Cette personne semble-t-elle vive d'esprit?</p> <p><b>b</b> Semble-t-elle dépressive?</p> <p><b>c</b> A-t-elle besoin de l'aide d'une autre personne pour répondre aux questions?</p> <p><b>d</b> A-t-elle de la difficulté à marcher? A-t-elle fait une chute au cours de la dernière année?</p> <p><b>Commentaires :</b></p>	
1.	Taille <input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm	Poids <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg	Poitrine <input type="radio"/> po <input type="radio"/> cm	Abdomen <input type="radio"/> po <input type="radio"/> cm				
Avez-vous pesé et mesuré cette personne? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non								
<b>Y a-t-il eu un changement de poids prononcé durant les 12 derniers mois?</b> <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non								
2.	<b>Tension artérielle (assis – sans exercice) :</b>	Systolique	Diastolique	Systolique	Diastolique	Systolique		Diastolique
Recommencez après 15 minutes si le 1 <sup>er</sup> est supérieur à 140/90 (il faut inscrire tous les relevés)								
3.	<b>Pouls :</b>	Au repos		Après exercice		3 minutes plus tard		
	Irrégularités par minute :	Au repos		Après exercice		3 minutes plus tard		
4.	<b>Coeur : Y a-t-il :</b>							
	Hypertrophie <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Dyspnée <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non						
	Souffle(s) <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Oedème <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non						
	(veuillez décrire ci-dessous – si plus d'un, veuillez décrire séparément)							
	Constant <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non							
	Transmis <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non							
	Systolique <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Indiquez :						
	Présystolique <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Pointe, par <input checked="" type="checkbox"/>						
	Diastolique <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Région des souffles, par <input type="checkbox"/>						
	Après exercice : Augmenté <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Point de l'intensité maximum, par <input type="checkbox"/>						
		Transmission, par <input checked="" type="checkbox"/>						
5.	<b>À l'examen, avez-vous constaté les anomalies suivantes :</b> (Veuillez encercler ce qui s'applique et préciser)							
	<b>a</b> Yeux, oreilles, nez, bouche, pharynx? (Si la vue ou l'ouïe sont nettement affaiblies, veuillez en indiquer le degré et la correction.)					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
	<b>b</b> Peau, ganglions lymphatiques, varices ou artères périphériques?					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
	<b>c</b> Système nerveux (y compris réflexes, démarche, paralysie des mouvements volontaires)?					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
	<b>d</b> Système respiratoire?					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
	<b>e</b> Abdomen (y compris cicatrices)?					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
	<b>f</b> Système génito-urinaire (y compris prostate)?					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
	<b>g</b> Système endocrinien (y compris thyroïde et seins)?					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
	<b>h</b> Système musculo-squelettique (y compris colonne vertébrale, articulations, amputations, difformités)?					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
	<b>i</b> Y a-t-il une ou des hernies?					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
6.	<b>a</b> Êtes-vous au courant d'autres antécédents médicaux?					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
	<b>b</b> Êtes-vous au courant d'un abus d'alcool, de cigarettes ou de drogues?					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
	<b>c</b> Les antécédents médicaux et les résultats du présent examen seront-ils envoyés à une autre compagnie?					<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
7.	Analyse d'urine	Albumine	Sucre	Lorsque le capital demandé est inférieur à 100 000 \$, veuillez envoyer un échantillon s'il y a présence de sucre ou d'albumine, si la pression artérielle est de 160/100 ou plus ou s'il y a eu des maladies des organes génito-urinaires au cours des deux dernières années.				
Envoyez-vous un échantillon d'urine au laboratoire? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non								
<b>Femmes seulement :</b> Y a-t-il une indication que l'assurée proposée est menstruée? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non								
8.	<b>Recommandez-vous l'acceptation comme risque de premier ordre?</b>							
Examiné pour une assurance de \$								
La personne qui effectue l'examen doit confirmer l'identité de l'assuré en vérifiant l'original de l'un des documents suivants émis par le gouvernement :								
<input type="radio"/> Passeport <input type="radio"/> Carte d'assurance maladie provinciale (sauf au Manitoba, en Ontario et à l'Î.-P.-É.)								
<input type="radio"/> Permis de conduire (avec photo et signature) <input type="radio"/> Autre _____								
Lieu d'émission (province, territoire, pays)			No du document		Date d'expiration (jj/mm/aaaa)			
Signature de la personne qui a effectué l'examen			Nom de la personne qui a effectué l'examen (en lettres moulées)					
Nom de l'établissement paramédical			Ville		Province			

**Ce rapport d'examen doit être envoyé dans une enveloppe scellée à L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, Kingston, Ontario. Les honoraires sont payés par chèque par le siège social. Veuillez ne pas accepter de paiement d'autres sources.**