

EXAMEN MÉDICAL

Dans le présent document, le masculin singulier est utilisé comme générique pour désigner des personnes, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Numéro de la police

1. Renseignements de l'assuré

Nom (prénom, second prénom, nom de famille)	Date de naissance j j - m m - a a a a
Nom et adresse du médecin/de l'infirmière clinicienne	

2. Renseignements médicaux

1. Je comprends que je dois répondre à toutes les questions de façon véridique.	<input type="radio"/> oui
2. Quelle est votre taille? Quel est votre poids?	_____ <input type="radio"/> cm <input type="radio"/> pi/po _____ <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb

Si vous répondez « oui » à une ou plusieurs des questions suivantes, veuillez fournir des détails dans la section « Détails additionnels » à la page 3. Veuillez inclure les dates des événements, la durée, le traitement, le diagnostic, si le problème est réglé ou actuel, les dates et les résultats de tout test effectué (à l'exclusion d'un test génétique) et les noms et les adresses de tous les professionnels et établissements médicaux.

3. Avez-vous déjà eu, vous a-t-on déjà dit que vous aviez eu ou avez-vous reçu un traitement ou des conseils pour les conditions suivantes :

a) crise cardiaque, chirurgie cardiaque, souffle au cœur, trouble des valvules cardiaques, cardiomyopathie, rythme cardiaque irrégulier, stimulateur cardiaque, douleurs thoraciques, essoufflement ou tout autre maladie ou trouble du cœur?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b) anévrisme, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), maladie d'Alzheimer, démence, déficience intellectuelle, perte de mémoire, tremblements, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, épilepsie, convulsions, paralysie cérébrale, blessure à la tête, hydrocéphalie, perte de conscience, perte de l'usage de la parole, perte de l'audition ou perte de la vue?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
c) cancer, tumeur, polype, kyste, masse, malignité, nævus dysplasique ou changement d'apparence d'un grain de beauté (couleur ou taille)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
d) dépression, anxiété, stress post-traumatique, trouble bipolaire, psychose, trouble de l'alimentation ou avez-vous été hospitalisé pour tout trouble psychologique ou nerveux, ou avez-vous déjà envisagé ou essayé de vous suicider?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
e) diabète, hyperglycémie, glycosurie ou tout trouble des glandes endocriniennes ou thyroïdiennes?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
f) caillots sanguins, trouble de la circulation, maladie vasculaire périphérique, hypertension, hypercholestérolémie, enflure des chevilles ou des jambes, anémie, hémophilie ou tout trouble sanguin?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
g) sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA), faiblesse musculaire, fourmillements ou engourdissement des extrémités ou toute maladie du motoneurone?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
h) apnée du sommeil, emphysème, tuberculose, asthme, bronchite chronique, ou tout autre maladie ou trouble pulmonaire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
i) hépatite, porteur de l'hépatite, cirrhose, pancréatite ou tout trouble du foie, de la vessie, des reins, du pancréas ou de la vésicule biliaire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
j) arthrite, polyarthrite rhumatoïde, arthrose, lupus, dystrophie musculaire, paralysie ou toute autre maladie ou tout autre trouble des articulations, des muscles ou du tissu conjonctif (à l'exclusion des blessures)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
k) syndrome d'immunodéficience acquise (sida), ou test positif pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu, ou vous a-t-on dit que vous aviez eu, ou avez-vous reçu un traitement ou des conseils pour :

a) un résultat anormal à une mammographie, à un test d'imagerie mammaire, au test Pap, à un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique, ou un trouble de la prostate?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b) un ulcère, une colite ulcéreuse, la maladie de Crohn, une diverticulite, des saignements intestinaux ou rectaux, une jaunisse, ou tout trouble de l'estomac, de l'intestin ou du système digestif?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
c) une douleur chronique, une fatigue chronique, une fibromyalgie, ou toute blessure au dos, à la colonne vertébrale, au cou ou au système musculo-squelettique?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

5. À l'exclusion des tests génétiques, avez-vous, au cours des 5 dernières années :

a) subi une chirurgie, été hospitalisé (autre que pour un accouchement), reçu une recommandation de consultation d'un médecin ou de tout autre fournisseur de soins de santé ou d'effectuer toute analyse clinique dont les résultats ne sont pas encore connus?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b) reçu la recommandation de subir des tests cliniques, des traitements ou une intervention chirurgicale non encore effectués, ou avez-vous conscience de symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un fournisseur de soins de santé?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

2. Renseignements médicaux (suite)

6. a) Quel énoncé décrit le mieux vos antécédents de consommation de tabac et de nicotine? Note : l'usage de la nicotine et du tabac comprend l'usage de la cigarette, de la cigarette électronique, du cigarillo, du petit cigare, du gros cigare, de la pipe, du tabac à chiquer, du timbre ou de la gomme à la nicotine, de la noix de bétel et de tout autre produit du tabac ou de la nicotine.		Dernière consommation : <input type="radio"/> au cours des 12 derniers mois <input type="radio"/> il y a 12 à 24 mois <input type="radio"/> il y a 2 à 15 ans <input type="radio"/> il y a plus de 15 ans <input type="radio"/> aucun usage passé
b) Si vous avez consommé au cours des 12 derniers mois, veuillez préciser : Produit : _____ Fréquence de consommation/quantité consommée : _____		
7. Consommation d'alcool et de drogue		
a) Quelle est votre consommation d'alcool par semaine? Note : une unité d'alcool représente un verre de vin, une bière ou 1,5 oz d'alcool fort.		<input type="radio"/> moins de 1 <input type="radio"/> 1 à 14 <input type="radio"/> 15 à 21 <input type="radio"/> 22 à 28 <input type="radio"/> 29 à 35 <input type="radio"/> plus de 35 <input type="radio"/> aucune
b) Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait usage de marijuana, de cocaïne, d'héroïne, d'opiacés non prescrits, d'ecstasy, d'amphétamines ou de toute drogue non prescrite par votre fournisseur de soins de santé, autre que des médicaments en vente libre? Note : si la réponse est « oui », indiquez la fréquence de la consommation (nombre de fois par jour/semaine/mois).		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
c) Au cours des 10 dernières années, avez-vous reçu une prescription de marijuana par un fournisseur de soins de santé? Note : si la réponse est « oui », indiquez la fréquence de la consommation (nombre de fois par jour/semaine/mois).		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
d) Avez-vous déjà reçu ou demandé, ou vous a-t-on déjà conseillé de prendre un traitement ou de demander de l'aide pour votre consommation d'alcool ou de drogue, et/ou avez-vous été admis(e) dans un établissement en raison de votre consommation d'alcool ou de drogue?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

3. Renseignements sur les antécédents familiaux

8. L'un de vos parents, frères ou sœurs biologiques a-t-il reçu un diagnostic de l'une des conditions suivantes avant son 65^e anniversaire de naissance : cancer, tumeur, leucémie, lymphome, maladie de Hodgkin, maladie cardiaque, crise cardiaque, insuffisance coronaire, accident vasculaire cérébral (AVC), cardiomyopathie, diabète, maladie polykystique des reins, maladie d'Alzheimer, démence, maladie de Huntington, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, maladie du motoneurone ou sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig)?				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> inconnu
Si vous répondez « oui » à cette question, veuillez fournir des détails ci-dessous. N'inscrivez aucun renseignement concernant un test génétique.				
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
_____	_____	_____	_____	_____
Lien avec l'assuré	Maladie (si cancer, indiquez le type)	Âge au début de la maladie	Âge si en vie	Âge au décès
_____	_____	_____	_____	_____

4. Renseignements personnels

9. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été accusé de conduite avec les facultés affaiblies, de conduite dangereuse ou imprudente, ou votre permis a-t-il été suspendu?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
10. Au cours des 3 dernières années, avez-vous :		
a) été accusé de plus d'une infraction relative à la conduite d'un véhicule à moteur?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
b) volé à titre de pilote, d'élève pilote ou de membre d'équipage, ou en avez-vous l'intention?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
c) fait de la plongée sous-marine, du parachutisme, du deltaplane, de la course de véhicules à moteur, de l'alpinisme, de l'hélicski, du ski hors-piste, des sports extrêmes, ou avez-vous l'intention de prendre part à l'une de ces activités ou à toute autre activité dangereuse?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
11. a) Prévoyez-vous voyager à l'extérieur du Canada ou aux États-Unis au cours des 12 prochains mois?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b) Prévoyez-vous de changer de pays de résidence au cours des 12 prochains mois?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
12. À l'exception des accusations déjà mentionnées, avez-vous déjà été accusé d'infractions criminelles ou des accusations contre vous sont-elles en attente de jugement?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
13. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail pendant plus de 2 semaines en raison d'un problème médical ou d'une blessure et/ou avez-vous demandé ou reçu des prestations d'invalidité?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

6. Déclaration, attestation, autorisation et consentement

En signant ci-dessous, je confirme ce qui suit :

Je comprends les questions ci-dessus et j'étais présent lors de l'enregistrement des réponses et des énoncés.

J'ai revu les réponses recueillies et je confirme qu'elles sont complètes et véridiques à ma connaissance à la date de la signature ci-dessous; au cas où une réponse ou un énoncé inscrit ci-dessus contiendrait une fausse déclaration ou une omission importante, l'Empire Vie pourrait annuler toute police qu'elle a établie en fonction de ma proposition.

Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels aux fins décrites dans la section « Vos renseignements personnels et votre vie privée » de ma proposition.

J'autorise toute personne ou organisation publique ou privée (incluant tout professionnel ou praticien de la santé et tout établissement de santé ou de services sociaux à vocation publique ou privée, tout assureur et MIB, Inc.) qui détient des renseignements personnels à mon sujet (incluant l'information médicale, mais excluant l'information concernant tout test génétique) à transmettre ces renseignements à l'Empire Vie, à ses réassureurs et à ses agents ou représentants.

Je comprends que l'Empire Vie peut recourir à des tiers fournisseurs de services situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage de mes renseignements personnels. Je comprends par ailleurs que l'Empire Vie ne demandera pas aux assurés de subir tout test génétique ni de fournir les résultats de tout test génétique dans le cadre de la proposition.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'assuré**X**

Prénom de l'assuré

Nom de famille

Signature du témoin**X**

Prénom du témoin

Nom de famille

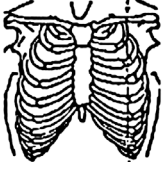
Fait à (ville et province)

Date

EXAMEN MÉDICAL (suite)

Nom de l'assuré	Numéro de la police
------------------------	----------------------------

À être rempli par l'examineur

<p>1. Taille <input type="radio"/> pi/po Poids <input type="radio"/> lb Poitrine (hommes seulement) <input type="radio"/> in Abdomen (hommes seulement) <input type="radio"/> po <input type="radio"/> cm <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> cm <input type="radio"/> cm</p> <p>Avez-vous pesé cette personne? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Avez-vous mesuré cette personne? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Y a-t-il eu un changement de poids prononcé durant les 12 derniers mois? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>2. Tension artérielle (assis – sans exercice) :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Systolique</td> <td style="width: 20%;">1^e prise :</td> <td style="width: 20%;">2^e prise :</td> <td style="width: 20%;">3^e prise :</td> </tr> <tr> <td>Diastolique</td> <td>1^e prise :</td> <td>2^e prise :</td> <td>3^e prise :</td> </tr> </table> <p>Recommencez après 15 minutes si la 1^e prise est supérieure à 140/90 (il faut inscrire toutes les prises)</p> <p>3. Pouls Au repos : Après exercice : 3 minutes plus tard :</p> <p>Irrégularités par minute Au repos : Après exercice : 3 minutes plus tard :</p> <p>4. <input type="radio"/> Échantillon envoyé au laboratoire de Dynacare</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px 0;"> VEUILLEZ PLACER L'AUTOCOLLANT AVEC LE CODE BARRE DU LABORATOIRE ICI </div> <p>Femmes seulement : Y a-t-il une indication que l'assurée proposée est menstruée? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>5. Si l'assuré est âgé de 70 ans ou plus, veuillez répondre aux questions suivantes :</p> <p>a. Cette personne semble-t-elle vive d'esprit? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non b. Semble-t-elle dépressive? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non c. A-t-elle besoin de l'aide d'une autre personne pour répondre aux questions? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non d. A-t-elle de la difficulté à marcher? A-t-elle fait une chute au cours de la dernière année? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Commentaires :</p>	Systolique	1 ^e prise :	2 ^e prise :	3 ^e prise :	Diastolique	1 ^e prise :	2 ^e prise :	3 ^e prise :	<p>7. Coeur : Y a-t-il :</p> <p>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</p> <p>(veuillez décrire ci-dessous – si plus d'un, veuillez décrire séparément)</p> <p>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 Présystolique <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Diastolique <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Après exercice : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Augmenté <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Indiquez :</p> <p>Pointe, par 6</p> <p>Région des souffles, par <input type="radio"/></p> <p>Point de l'intensité maximum, par <input type="radio"/></p> <p>Transmission, par →</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div> <p>8. À l'examen, avez-vous constaté les anomalies suivantes : (Veuillez encercler ce qui s'applique et préciser)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">a. Yeux, oreilles, nez, bouche, pharynx? (Si la vue ou l'ouïe sont nettement affaiblies, veuillez en indiquer le degré et la correction.)</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> <tr> <td>b. Peau, ganglions lymphatiques, varices ou artères périphériques?</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> <tr> <td>c. Système nerveux (y compris réflexes, démarche, paralysie des mouvements volontaires)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> <tr> <td>d. Système respiratoire?</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> <tr> <td>e. Abdomen (y compris cicatrices et hernies)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> <tr> <td>f. Système génito-urinaire (y compris prostate)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> <tr> <td>g. Système endocrinien (y compris thyroïde et seins)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> <tr> <td>h. Système musculo-squelettique (y compris colonne vertébrale, articulations, amputations, difformités)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> </table> <p>9. a Êtes-vous au courant d'autres antécédents médicaux? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>b Êtes-vous au courant d'un abus d'alcool, de cigarettes ou de drogues? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>c Les antécédents médicaux et les résultats du présent examen seront-ils envoyés à une autre compagnie? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p>	a. 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. Peau, ganglions lymphatiques, varices ou artères périphériques?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	c. Système nerveux (y compris réflexes, démarche, paralysie des mouvements volontaires)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	d. Système respiratoire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	e. Abdomen (y compris cicatrices et hernies)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	f. Système génito-urinaire (y compris prostate)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	g. Système endocrinien (y compris thyroïde et seins)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	h. Système musculo-squelettique (y compris colonne vertébrale, articulations, amputations, difformités)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Systolique	1 ^e prise :	2 ^e prise :	3 ^e prise :																						
Diastolique	1 ^e prise :	2 ^e prise :	3 ^e prise :																						
a. 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. Peau, ganglions lymphatiques, varices ou artères périphériques?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																								
c. Système nerveux (y compris réflexes, démarche, paralysie des mouvements volontaires)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																								
d. Système respiratoire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																								
e. Abdomen (y compris cicatrices et hernies)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																								
f. Système génito-urinaire (y compris prostate)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																								
g. Système endocrinien (y compris thyroïde et seins)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																								
h. Système musculo-squelettique (y compris colonne vertébrale, articulations, amputations, difformités)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Lieu d'émission</td> <td style="width: 30%;">N° du document</td> <td style="width: 40%;">Date d'expiration (jj/mm/aaaa)</td> </tr> </table> <p>Signature de la personne qui a effectué l'examen X</p> <p>Nom de l'établissement paramédical, ville et province</p>	Lieu d'émission	N° du document	Date d'expiration (jj/mm/aaaa)	<p>Nom de la personne qui a effectué l'examen (en lettres moulées)</p>																					
Lieu d'émission	N° du document	Date d'expiration (jj/mm/aaaa)																							

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.