

ADULTE – SÉRIE DE QUESTIONS COMPLÈTE

Numéro de la police

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

Répondez à cette série de questions pour un assuré dont l'âge tarifié est de 18 ans et plus qui demande tout montant de protection d'assurance.

- Le (les) titulaire(s) et l'assuré(s) doivent remplir ce questionnaire avec l'aide d'un représentant en assurance de personnes autorisé de leur choix (le « conseiller »).
- Ce questionnaire Adulte - Série de questions complète fait partie intégrante de la proposition dont le numéro de la police figure dans le haut de la page (la « proposition ») ayant été soumise à l'Empire Vie.

Veillez écrire lisiblement avec un crayon à l'encre noire. N'utilisez pas de marqueurs ni de crayons à mine. Assurez-vous de cocher clairement les cases. N'utilisez pas de guillemets de répétition.

Si vous faites une erreur, rayez-la et apposez vos initiales à côté de celle-ci, puis apportez la correction. N'effacez pas et n'utilisez pas de liquide correcteur. Apposez vos initiales à côté de tout ajout effectué après avoir signé le questionnaire. La proposition constitue un document juridique, qui fait partie intégrante du contrat d'assurance, si un contrat est établi et prend effet.

Prénom de l'assuré 1	Initiale	Nom de famille
Date de naissance de l'assuré 1	[j j - m m - a a a a]	
Prénom de l'assuré 2	Initiale	Nom de famille
Date de naissance de l'assuré 2	[j j - m m - a a a a]	
Nom et adresse du médecin/de l'infirmier clinicien de l'assuré 1		
Nom et adresse du médecin/de l'infirmier clinicien de l'assuré 2		

Renseignements médicaux	Assuré 1	Assuré 2
1. Je comprends que je dois répondre à toutes les questions de façon véridique.	<input type="radio"/> oui	<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	_____ <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	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

ADULTE – SÉRIE DE QUESTIONS COMPLÈTE (SUITE)

Numéro de la police

Renseignements médicaux (suite)		Assuré 1	Assuré 2	
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	<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	<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	<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	<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	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
6. a) À quand remonte votre dernière consommation de produits à base de nicotine ou de tabac? 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	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 le produit et la 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	<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	<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	<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	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Renseignements sur les antécédents familiaux		Assuré 1	Assuré 2	
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)? Si vous répondez « oui » à cette question, veuillez fournir des détails ci-dessous. N'inscrivez aucun renseignement concernant un test génétique.		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> inconnu	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> inconnu	
Membre de la famille de : <input type="radio"/> l'assuré 1 <input type="radio"/> l'assuré 2				
Lien avec l'assuré	Maladie (si cancer, indiquez le type)	Âge au début de la maladie	Âge si en vie	Âge au décès
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Membre de la famille de : <input type="radio"/> l'assuré 1 <input type="radio"/> l'assuré 2				
Lien avec l'assuré	Maladie (si cancer, indiquez le type)	Âge au début de la maladie	Âge si en vie	Âge au décès
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Membre de la famille de : <input type="radio"/> l'assuré 1 <input type="radio"/> l'assuré 2				
Lien avec l'assuré	Maladie (si cancer, indiquez le type)	Âge au début de la maladie	Âge si en vie	Âge au décès
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Déclaration, attestation, autorisation et consentement**En signant ci-dessous, je déclare et j'atteste que :**

- J'ai compris le sens des questions posées ci-dessus et j'étais présent lors de l'enregistrement des réponses et des énoncés dans ce questionnaire;
- J'ai fourni les réponses et les énoncés me concernant en réponse aux questions de ce questionnaire, j'ai passé en revue mes réponses et mes énoncés consignés dans ce questionnaire et je confirme qu'ils sont complets et véridiques à ma connaissance à la date de la signature ci-dessous, et que l'Empire Vie peut s'y fier;
- Au cas où une réponse ou un énoncé consigné dans ce questionnaire contiendrait une fausse déclaration ou une omission importante dans le cadre de l'assurance demandée, l'Empire Vie pourrait annuler tout contrat qu'elle a établi en fonction de la proposition;

Je comprends et conviens que :

- les conditions de l'Autorisation de transmission de renseignements contenue dans la proposition s'appliquent aux renseignements personnels consignés dans ce questionnaire. Cela inclut sans s'y limiter mon consentement à ce que l'Empire Vie et d'autres parties nommées à la section « Renseignements importants à l'intention du consommateur » recueillent, utilisent et divulguent mes renseignements personnels aux fins décrites dans cet avis; et
- Ce questionnaire, y compris toutes les réponses et tous les énoncés qui y sont consignés, fait partie intégrante de la proposition.

Une copie de la présente Déclaration, attestation, autorisation et consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'assuré 1**X**

Prénom de l'assuré 1

Nom de famille

Signature de l'assuré 2**X**

Prénom de l'assuré 2

Nom de famille

Signature du titulaire (s'il n'est pas un assuré)**X**

Prénom du titulaire

Nom de famille

Fait à (ville et province)

Date

j | j | - | m | m | - | a | a | a | a