

# ADULTE – SÉRIE DE QUESTIONS COMPLÈTE

Numéro de la police

Dans ce formulaire, 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 tarifé est de 18 ans et plus qui demande tout montant de protection d'assurance.

Prénom de l'assuré 1	Initiale	Nom de famille
Date de naissance de l'assuré 1	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> - <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> - <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>	
Prénom de l'assuré 2	Initiale	Nom de famille
Date de naissance de l'assuré 2	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> - <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> - <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>	
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="text"/> <input type="radio"/> cm <input type="radio"/> pi/po <input type="text"/> <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	<input type="text"/> <input type="radio"/> cm <input type="radio"/> pi/po <input type="text"/> <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb
<b>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.</b>		
<b>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 :</b>		
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







## Déclaration, attestation, autorisation et consentement

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

J'ai compris le sens des questions posées 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. L'Empire Vie peut annuler une police établie en fonction de ma proposition dans le cas où toute réponse ou tout énoncé recueilli ci-dessus contient une fausse déclaration ou une omission importante.

**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, toute compagnie d'assurance et MIB, Inc.) qui détient des renseignements personnels à mon sujet (y compris des renseignements médicaux, mais excluant les renseignements concernant tout test génétique), à transmettre ces renseignements à l'Empire Vie, à ses réassureurs, à ses agents ou à ses représentants.

**Je comprends** que l'Empire Vie peut utiliser 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 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

### Signature du témoin

X

Prénom du témoin

Nom de famille

Fait à (ville et province)

Date

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