Numéro de la police

ADULTE – SÉRIE DE QUESTIONS COURTE

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 entre 18 et 45 ans qui demande une protection d'assurance vie équivalente ou inférieure à 300 000 $ et/ou une Protection MG de l'Empire Vie équivalente ou inférieure à 75 000 $.**
- **Le montant maximal d'une protection d'assurance vie qu'il est possible de demander à l'aide de la série Adulte - Série de questions courte est de 300 000 $. Ce montant comprend toute protection en vigueur demandée au moyen de la série Adulte - Série de questions courte.**

Exemple : La proposition d'assurance vie de 150 000 $ de Marie a été approuvée après qu'elle ait répondu à la série Adulte – Série de questions courte. Si elle veut, à tout moment avant ses 45 ans, demander une protection d'assurance vie additionnelle de 150 000 $, elle peut le faire en répondant de nouveau à la série de questions courte. Toutefois, si elle veut demander une protection additionnelle de 200 000 $, elle devra répondre à la série Adulte – Série de questions complète.

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.	◯ oui	◯ oui
2. Quelle est votre taille? Quel est votre poids?	_____ ◯ cm ◯ pi/po _____ ◯ kg ◯ lb	_____ ◯ cm ◯ pi/po _____ ◯ kg ◯ lb
Si vous répondez « oui » à une ou plusieurs des questions 3 à 11, veuillez fournir des détails dans la section « Détails additionnels » à la page 3. Veuillez inclure les dates des évènements, 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) ainsi que les noms et adresses de tous les professionnels et établissements médicaux.		
3. Avez-vous déjà eu les conditions suivantes, ou vous a-t-on déjà dit que vous les aviez eues :		
a) crise cardiaque, chirurgie cardiaque, arythmie, chirurgie coronaire, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), cardiomyopathie ou tout autre maladie ou trouble du cœur?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
b) cancer, tumeur, masse ou malignité (autre qu'un carcinome basocellulaire)?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
c) maladie pulmonaire ou respiratoire?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
d) diabète?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
e) maladie du foie, des reins, de la vessie, des intestins ou du système digestif?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
f) trouble bipolaire, psychose, trouble de l'alimentation, ou avez-vous déjà été hospitalisé pour un trouble psychiatrique?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
g) arthrite, lupus, dystrophie musculaire, sclérose en plaques ou sclérose latérale amyotrophique (SLA)?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
h) syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou test positif pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
i) avez-vous déjà été accusé d'une infraction criminelle?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non

Empire Vie MD

ADULTE – SÉRIE DE QUESTIONS COURTE (SUITE)

Numéro de la police

Renseignements médicaux (SUITE)	Assuré 1	Assuré 2
4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous :		
a) été admis dans un hôpital ou un centre de réhabilitation pendant plus de 2 jours consécutifs (pour autre chose qu'un accouchement)?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
b) 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).	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
c) consommé de la marijuana prescrite 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).	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
5. Au cours des 2 dernières années, avez-vous :		
a) eu un résultat anormal à une mammographie ou à un test d'imagerie mammaire?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
b) eu un résultat anormal à un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
c) souffert d'une dépression pour laquelle on vous a prescrit des médicaments?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
d) souffert de douleur chronique, de fatigue chronique, de fibromyalgie, de paralysie, ou d'une blessure au dos, à la colonne vertébrale ou au cou?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
e) vu votre permis de conduire être suspendu?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
f) été accusé de conduite avec les facultés affaiblies?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
g) été accusé de plus de 3 infractions relatives à la conduite?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
6. a) **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :** fait usage de plus de 12 gros cigares, ou de tout autre produit du tabac, incluant la cigarette, la cigarette électronique, le cigarillo, la pipe, le tabac à chiquer, la gomme ou les timbres à la nicotine ou les noix de bétel?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
b) 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.	◯ moins de 1 ◯ 1 à 14 ◯ 15 à 21 ◯ 22 à 28 ◯ 29 à 35 ◯ plus de 35 ◯ aucune	◯ moins de 1 ◯ 1 à 14 ◯ 15 à 21 ◯ 22 à 28 ◯ 29 à 35 ◯ plus de 35 ◯ aucune
7. Vous a-t-on conseillé de subir des tests cliniques ou des traitements non encore effectués, ou attendez-vous les résultats d'un test clinique, à l'exclusion d'un test génétique?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
8. Avez-vous conscience de symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un fournisseur de soins de santé ou avez-vous une condition médicale ou une maladie non mentionnée ci-dessus?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
9. L'un de vos parents, frères ou sœurs biologiques a-t-il reçu un diagnostic de l'une des conditions suivantes avant son 60e anniversaire de naissance : cancer, crise cardiaque, insuffisance coronaire, accident vasculaire cérébral (AVC), cardiomyopathie, diabète, maladie polykystique des reins, maladie de Huntington ou maladie de Parkinson? **Si vous répondez « oui » à cette question, veuillez fournir des détails dans la section ci-dessous. N'inscrivez aucun renseignement concernant un test génétique.**	◯ oui ◯ non ◯ inconnu	◯ oui ◯ non ◯ inconnu

Membre de la famille de : ◯ Assuré 1 ◯ 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

Membre de la famille de : ◯ Assuré 1 ◯ 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

Membre de la famille de : ◯ Assuré 1 ◯ 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

10. Au cours des 3 dernières années, avez-vous volé à titre de pilote, d'étudiant pilote ou de membre d'équipage, ou avez-vous fait de la plongée sous-marine, du parachutisme, du deltaplane, de la course automobile, de l'alpinisme, de l'héliski, du ski hors-piste, ou des sports extrêmes?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
11. a) Prévoyez-vous voyager à l'extérieur du Canada ou aux États-Unis au cours des 12 prochains mois?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non
b) Prévoyez-vous de changer de pays de résidence au cours des 12 prochains mois?	◯ oui ◯ non	◯ oui ◯ non

ADULTE – SÉRIE DE QUESTIONS COURTE (SUITE)

Numéro de la police

Détails additionnels

Utilisez cette section pour fournir des détails concernant les réponses aux questions 3 à 11, incluant les dates des évènements, la durée, le traitement, le diagnostic, si le problème est résolu ou actuel, les dates et les résultats de tout test effectué (à l'exception d'un test génétique) ainsi que les noms et les adresses de tous les professionnels de la santé et établissements médicaux.

Question nº	Assuré	Détails

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 un 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

MD Marque déposée de **L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie**. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Empire Vie MD

D-0061-FR-06/20