

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'infirmière clinicienne de l'assuré 1 :

Nom et adresse du médecin/de l'infirmière clinicienne 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 3 à 11, veuillez fournir des détails à la section « Détails additionnels » à la page 3. Vous devez 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) ainsi que les noms et les adresses de tous les professionnels de la santé 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?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b) cancer, tumeur, masse ou malignité (autre qu'un carcinome basocellulaire)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
c) maladie pulmonaire ou respiratoire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
d) diabète?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
e) maladie du foie, des reins, de la vessie, des intestins ou du système digestif?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
f) trouble bipolaire ou psychose, ou avez-vous déjà été hospitalisé pour un trouble psychiatrique?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
g) arthrite, lupus, dystrophie musculaire, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
h) 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
i) avez-vous déjà été accusé d'une infraction criminelle?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
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)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
c) fait usage de marijuana sur ordre d'un fournisseur de soins de santé?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Renseignements médicaux (SUITE)		Assuré 1	Assuré 2	
5. Au cours des 2 dernières années, avez-vous :				
a) eu un résultat anormal à une mammographie ou à un test d'imagerie mammaire?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
b) eu un résultat anormal à un test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
c) souffert d'une dépression pour laquelle on vous a prescrit des médicaments?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> 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?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
e) vu votre permis être suspendu?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
f) été accusé de conduite avec les facultés affaiblies?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
g) été accusé de plus de 3 infractions au Code de la route?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> 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?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
b) Quelle est votre consommation d'alcool par semaine? Remarque : 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	
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'exception des tests génétiques?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> 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?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> 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 60 ^e 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.		<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"/> Assuré 1 <input type="radio"/> 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 : <input type="radio"/> Assuré 1 <input type="radio"/> 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 : <input type="radio"/> Assuré 1 <input type="radio"/> 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'hélicoptère, du ski hors-piste, ou des sports extrêmes?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
11. a) Prévoyez-vous de voyager à l'extérieur du Canada, des États-Unis, du Mexique, du Royaume-Uni, de l'Europe ou des Caraïbes dans les 12 prochains mois?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<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	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

