

ENFANTS – SÉRIE DE QUESTIONS

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 les enfants assurés (âge tarifé entre 0 et 17 ans).

Prénom de l'enfant 1	Initiale	Nom de famille
Date de naissance de l'enfant 1	jj - mm - aaaa	
Prénom de l'enfant 2	Initiale	Nom de famille
Date de naissance de l'enfant 2	jj - mm - aaaa	
Nom et adresse du médecin personnel/de l'infirmière clinicienne de l'enfant 1 :		
Nom et adresse du médecin personnel/de l'infirmière clinicienne de l'enfant 2 :		

Renseignements médicaux	Enfant 1	Enfant 2
1. Je comprends que je dois répondre à toutes les questions de façon véridique.	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui
Si l'enfant à assurer a entre 0 et 2 ans, veuillez répondre à la question 2. Sinon, poursuivez à la question 3.		
2. L'enfant est-il né prématurément (moins de 37 semaines de grossesse)? Si oui, quel était son poids à la naissance?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non _____ <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non _____ <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb
Si l'assuré a entre 2 et 17 ans, veuillez répondre à la question 3.		
3. Quelle est la taille de l'assuré? Quel est le poids de l'assuré?	_____ <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 4 à 6, 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.		
4. L'assuré a-t-il déjà reçu un traitement pour ces conditions ou en a-t-il déjà présenté des symptômes :	Enfant 1	Enfant 2
a) souffle au cœur ou tout autre maladie ou trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b) cancer, tumeur, sarcome, leucémie, ou toute masse ou malignité?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
c) diabète, ou de tout autre maladie ou trouble endocrinien?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
d) hémophilie, trouble de saignement ou tout autre maladie ou trouble sanguin?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
e) maladie de Crohn, colite ulcéreuse, hépatite ou tout autre maladie ou trouble de l'intestin, de l'estomac ou du foie?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
f) asthme, fibrose kystique, ou tout autre maladie ou trouble pulmonaire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
g) dépression, trouble anxieux, trouble du déficit de l'attention ou tout autre maladie ou trouble psychiatrique, émotionnel ou nerveux?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
h) maladie ou trouble des reins ou des voies urinaires?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
i) dystrophie musculaire, sclérose en plaques, paralysie ou tout autre maladie ou trouble neurologique?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
j) syndrome de Down, retard de développement mental ou physique, autisme, syndrome d'Asperger, paralysie cérébrale ou tout autre maladie ou trouble congénital?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
k) épilepsie, convulsions, ou tout autre maladie ou trouble du cerveau?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
l) cécité ou surdité?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
m) syndrome de l'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
5. L'assuré a-t-il été hospitalisé (autre que lors de sa naissance), ou a-t-il subi une intervention chirurgicale (pour autre chose qu'une amygdalectomie, une appendicectomie, une réparation herniaire ou l'insertion de tubes dans les oreilles)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Renseignements médicaux (suite)		Enfant 1	Enfant 2	
6. Existe-t-il d'autres conditions ou symptômes médicaux (autre le rhume, la grippe, la varicelle, l'amygdalectomie, l'appendicectomie, la réparation herniaire ou les infections des oreilles) non encore mentionnés (à l'exclusion d'un test génétique) pour lesquels l'assuré :				
a) a reçu un traitement ou l'attend?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
b) est en observation ou attend des résultats d'analyses?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
c) n'a pas encore vu de médecin?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
7. Un membre de la famille biologique de l'assuré (père, mère, frères ou sœurs) 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), diabète, maladie du rein, maladie de Huntington, maladie de Parkinson ou fibrose kystique?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> inconnu	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> inconnu	
Si vous répondez « oui » à cette question, veuillez fournir des détails dans la section ci-dessous. Cependant, ne fournissez aucun renseignement concernant un test génétique.				
Membre de la famille de : <input type="radio"/> enfant 1 <input type="radio"/> enfant 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"/> enfant 1 <input type="radio"/> enfant 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"/> enfant 1 <input type="radio"/> enfant 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"/>
8. Tous les autres enfants dans la famille sont-ils assurés, ou y a-t-il une demande d'assurance en cours à leur sujet? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non				
a) Si oui, le montant pour les frères et sœurs est-il essentiellement égal (même capital assuré ou même prime)? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non – si le montant n'est pas égal, veuillez indiquer le type de protection et le montant pour les frères et sœurs, de même que la raison pour laquelle les montants ne sont pas équivalents :				
b) Si non, veuillez fournir la raison pour laquelle les frères et sœurs ne sont pas assurés ou pourquoi il n'y a pas de demande d'assurance en suspens. Veuillez également indiquer s'il n'y a pas d'autre enfant dans la famille :				
9. Pour une assurance vie individuelle ou une Protection MG individuelle seulement :				
a) Assurance totale en vigueur pour le père de l'assuré : Assurance vie _____ \$ Maladies graves _____ \$				
b) Assurance totale en vigueur pour la mère de l'assuré : Assurance vie _____ \$ Maladies graves _____ \$				
c) Emploi du père : _____ Revenu annuel : _____ \$				
d) Emploi de la mère : _____ Revenu annuel : _____ \$				

