

ENFANTS – SÉRIE DE QUESTIONS

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 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		
Prénom de l'enfant 2	Initiale	Nom de famille
Date de naissance de l'enfant 2		
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	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'assuré a entre 0 et 2 ans, veuillez répondre à la question 2. Sinon, poursuivez à la question 3.		
2. L'assuré 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 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 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 la coagulation, 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 respiratoire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
g) dépression, trouble anxieux, trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/TDAH), ou toute maladie ou tout 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 toute 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 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
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. L'un des parents, frères ou sœurs biologiques de l'assuré a-t-il reçu un diagnostic de l'une des conditions suivantes avant son 60^e anniversaire de naissance : cancer, crise cardiaque, insuffisance coronaire, AVC, cardiomyopathie, diabète, maladie polykystique des reins, maladie de Huntington, maladie de Parkinson ou fibrose kystique? 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"/> 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. a) Total de l'assurance en vigueur pour le(s) parent(s) de l'enfant 1 et de l'enfant 2: Parent 1 : Assurance vie _____ \$ Maladies graves _____ \$ Parent 2 : Assurance vie _____ \$ Maladies graves _____ \$				
c) Emploi du parent 1 : _____		Revenu annuel : _____ \$		
d) Emploi du parent 2 : _____		Revenu annuel : _____ \$		

Détails supplémentaires

Utilisez cette section pour fournir des détails concernant les réponses aux questions 4 à 6, incluant les dates des événements, 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 des tests génétiques) ainsi que les noms et les adresses de tous les professionnels de la santé et établissements médicaux.

Question n°	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'enfant 1 ou du tuteur légal (si mineur)

X

Prénom de l'enfant 1 ou du tuteur légal

Nom de famille

Signature de l'enfant 2 ou du tuteur légal (si mineur)

X

Prénom de l'enfant 2 ou du tuteur légal

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 |