

Émission Modification N° de police : _____

Flex Bleue (Plan Flex) Blue Vision (Plan Global) Tangible Plan Hypothécaire

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

ASSURÉ 1 <input type="checkbox"/> Assuré principal <input type="checkbox"/> Emprunteur		N° de proposition	Sexe	Date de naissance
Nom	Prénom		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	JJ/MM/AAAA
Taille	Poids			
ASSURÉ 2 <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Coemprunteur		N° de proposition	Sexe	Date de naissance
Nom	Prénom		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	JJ/MM/AAAA
Taille	Poids			

**Cochez « Conjoint » dans le cas où l'assuré principal a souscrit une couverture couple ou familiale.
Cochez « Coemprunteur » dans le cas où la personne à assurer est coemprunteur.**

Si vous avez choisi une assurance qui comporte une couverture familiale ou monoparentale, veuillez remplir cette section.

Nom	Prénom	Taille	Poids	Récente variation de poids et raison

Veuillez compléter les sections 2, 3 et 4 pour toutes les garanties. Pour les protections hybrides et les soins de longue durée, complétez également la section 5.

SECTION 2 - INFORMATIONS GÉNÉRALES

- Nom et adresse de votre médecin de famille ou médecin traitant : _____

- Ce médecin a-t-il votre dossier médical complet ? oui non
Si non, donner le nom et l'adresse du médecin qui possède votre dossier complet : _____

- Date de votre dernière consultation : _____ jour / mois / année Indiquez la raison, les tests et traitements et le résultat : _____

Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous :	Assuré 1		Assuré 2		Enfants	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
4. Consulté d'autres médecins que le médecin nommé ci-dessus ? Spécialité s'il y a lieu : _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Été admis dans un hôpital, une clinique ou tout autre établissement médical ? Précisez la raison, les tests et traitements subis et les résultats : _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. a) Subi une radiographie, un électrocardiogramme ou des examens de laboratoire, biopsie, imagerie par résonance magnétique (IRM) ou autre test à des fins diagnostiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Eu des symptômes ou malaises pour lesquels vous n'avez pas encore consulté de médecin, reçu un traitement ou été avisé de subir des tests ou une opération qui n'auraient pas encore été faits ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Consulté un chiropraticien, physiothérapeute, psychologue, psychiatre, audiologiste, ergothérapeute, massothérapeute, acupuncteur, ostéopathe ou podiatre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 3 - QUESTIONNAIRE MÉDICAL

	Assuré 1		Assuré 2		Enfants	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1. Avez-vous déjà été traité, présenté des symptômes ou été diagnostiqué pour l'une ou l'autre des conditions suivantes ?						
a) système cardiovasculaire : douleurs thoraciques, palpitations, hypertension artérielle, taux élevé de cholestérol, souffle cardiaque, crise cardiaque, angine, fièvre rhumatismale, accident ischémique transitoire, accident vasculaire cérébral ou neurologique ou tout autre trouble du coeur ou circulatoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) système respiratoire : asthme, bronchite chronique, emphysème, fibrose kystique, apnée du sommeil, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), crachement de sang, toux chronique et persistante ou tout autre trouble respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) système digestif : ulcères, colite, saignement, polypes ou tout autre trouble de l'estomac, du pancréas, du foie (hépatite, cirrhose), ou de l'appareil intestinal tel que diarrhée chronique, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, hémorragie intestinale, incontinence intestinale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) système génito-urinaire : sucre, protéine, sang ou pus dans les urines, calculs rénaux, trouble des reins, insuffisance rénale, des voies urinaires, de la vessie, de la prostate ou des organes reproducteurs, cytologie anormale, incontinence, infections transmises sexuellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) système neurologique : perte de conscience, vertige, épilepsie, engourdissements, sclérose en plaques, perte de sensation, faiblesse des extrémités, perte de mémoire, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, maladie du motoneurone, étourdissement, paralysie ou toute autre affection touchant le cerveau ou la moelle épinière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) système endocrinien : diabète, anémie, leucémie, trouble de la thyroïde, de l'hypophyse, glandes hypertrophiées ou toute forme d'affection endocrinienne ou glandulaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) système musculo-squelettique : lombalgie, discopathie, hernie discale, rhumatisme, ou toute autre affection des muscles, des os, des ligaments ou des cartilages tels que amputation, arthrite, fibromyalgie ou anomalies du cou, de la colonne vertébrale, du dos ou des articulations, sclérose latérale amyotrophique, chorée de Huntington, retard dans le développement physique, dystrophie musculaire, fracture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) système immunitaire : syndrome immunodéficient acquis (SIDA), affection reliée au syndrome du SIDA (ARS), VIH positif ou tout autre déficience du système immunitaire ? Avez-vous subi une épreuve indiquant la présence du virus du SIDA ou d'anticorps au virus du SIDA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) système nerveux : dépression, anxiété, épuisement professionnel (burn out), fatigue chronique, tentative de suicide, boulimie, anorexie ou tout autre trouble de l'alimentation, trouble mental ou nerveux, retard de développement mental, autisme, déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), trouble du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) autres affections : cancer, tumeur, kyste, polypes ou toute autre excroissance, nævus, lésions cutanées, trouble de la peau ou toute forme d'affection maligne, goutte, maladie de Behçet ou toute autre maladie héréditaire, maladie des yeux, des oreilles ou de la gorge, toute anomalie liée aux seins ou mammographie anormale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà, présenté des symptômes ou été diagnostiqué ou été traité pour tout autre désordre physique ou mental non mentionné ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Êtes-vous présentement soigné par un médecin ou prenez-vous des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Un membre de votre famille ou de la famille de l'enfant (père, mère, frère ou soeur, grands-parents si les parents ont moins de 40 ans) a-t-il eu, ou présenté des symptômes de l'une des maladies suivantes ? oui (encercler la condition) non
 maladie cardiaque, accident ischémique transitoire ou cérébral vasculaire, cancer (spécifiez le type), diabète, maladie rénale ou mentale, chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), affection du motoneurone, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, dystrophie musculaire, fibrose kystique, maladie polykystique des reins ou toute autre maladie héréditaire.

Membre de la famille	Condition médicale	Âge au diagnostic	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès

SECTION 4 - QUESTIONNAIRE GÉNÉRAL

	Assuré 1		Assuré 2		Enfants	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1. Avez-vous une autre proposition d'assurance à l'étude ou en avez-vous soumise à d'autres compagnies au cours des six (6) derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous a-t-on déjà refusé, modifié, remis à plus tard ou imposé une surprime pour une proposition d'assurance vie, invalidité, maladies graves ou une demande de remise en vigueur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà été absent du travail, touché des prestations d'invalidité ou des avantages quelconques à la suite d'un accident ou d'une maladie ? Si oui, avez-vous conservé des séquelles ? Précisez lesquelles : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous pratiqué ou avez-vous l'intention de pratiquer des activités telles que, course automobile, plongée sous-marine, parachutisme, ultraléger, deltaplane, alpinisme, bungee ou tout autre sport dangereux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous effectué des vols ou fait de l'aviation en tant que pilote, élève pilote ou membre de l'équipage ? Si oui, remplir le questionnaire relatif à l'aviation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. a) Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été reconnu coupable de deux (2) infractions ou plus au code de la route ou votre permis a-t-il été suspendu ? Si oui, indiquez les dates et les détails. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous déjà été reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies ou conduite dangereuse, refusé de passer le test d'ivressomètre ou vu votre permis suspendu pour l'une de ces raisons ? Si oui, indiquez les dates et les détails. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. a) Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Si oui, indiquez le type et la quantité hebdomadaire. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous déjà consommé plus de boissons alcoolisées dans le passé ? Si oui, indiquez le type et la quantité hebdomadaire. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. a) Faites-vous usage de drogue telle que marijuana, morphine, cocaïne, de stéroïdes ou de stupéfiants ? Si oui, précisez le type, la fréquence et la durée. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous déjà fait usage de drogue dans le passé ? Si oui, précisez le type, la fréquence et la durée. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous déjà été traité ou vous a-t-on conseillé de suivre un traitement en raison de consommation pour abus d'alcool ou de drogue ? (Si oui, remplir le questionnaire sur l'usage des boissons alcooliques.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous au cours des douze (12) derniers mois fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit : cigarettes, cigarettes électroniques, cigarillos, cigares, pipe, marijuana, tabac à chiquer ou à priser, chicha, noix de bétel ou tout autre produit dérivé du tabac ou contenant de la nicotine ? Si oui, précisez : Type _____ Quantité par jour _____ Si vous avez déjà fumé, quand avez-vous cessé ? <u>jour / mois / année</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous déjà été accusé, reconnu coupable ou êtes-vous en attente d'un procès pour une offense criminelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. a) Avez-vous, au cours des douze (12) derniers mois, voyagé ou résidé à l'extérieur de l'Amérique du Nord ? (Si oui, remplir le questionnaire sur les voyages à l'étranger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous l'intention, au cours des douze (12) prochains mois, de voyager ou de résider à l'extérieur de l'Amérique du Nord ? (Si oui, remplir le questionnaire sur les voyages à l'étranger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Avez-vous déclaré faillite au cours des trois (3) dernières années ? Quelle est la date de libération ? <u>jour / mois / année</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 5 - QUESTIONNAIRE RELATIF AUX PROTECTIONS HYBRIDES ET AUX SOINS DE LONGUE DURÉE

Soins de longue durée : en établissement, hors établissement, hospitalisation et perte d'autonomie	Assuré 1		Assuré 2		Enfants	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous, été diagnostiqué, consulté un professionnel de la santé (médecin/spécialiste), ou été traité pour l'une des conditions suivantes :						
a) amputation à la suite d'une maladie ou de toute autre condition médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) affection, chirurgie, amputation d'un genou, d'une hanche, d'une épaule ou toute autre articulation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) affection plaquettaire, hémophilie, hémochromatose, leucémie, virus d'Epstein-Barr ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ataxie, myélite transverse, myasthénie grave, syndrome post-polio ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous reçu ou été avisé de recevoir :						
a) des soins en centre hospitalier, en centre psychiatrique, en centre de physiothérapie, en maison de convalescence ou de réhabilitation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) de l'assistance ou de la physiothérapie à domicile, des accessoires médicaux requis pour une réhabilitation, une convalescence ou tout autre service de maintien à domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) de l'assistance pour effectuer les activités personnelles (se lever, se nourrir, se vêtir, se déplacer, faire sa toilette et utiliser les toilettes) et/ou instrumentales de la vie quotidienne (utiliser le téléphone, faire les courses, préparer les repas, faire le ménage, la lessive, utiliser les moyens de transport, prendre les médicaments, gérer son budget) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au cours des derniers vingt-quatre (24) mois, avez-vous pris une médication ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour les personnes à assurer de moins de 16 ans

4. Indiquez le nombre de frères et de soeurs de la personne à assurer Frère(s) _____ soeur(s) _____	
5. Est-ce que tous les enfants seront assurés pour le même montant ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non, indiquez pourquoi : _____	
6. a) Si la personne à assurer est âgée de moins de douze (12) mois, est-elle née prématurément ? Si oui, indiquez le poids à la naissance : _____ kg/lb <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
b) Est-ce qu'elle présentait un retard physique ou mental ? Si oui, précisez : _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
7. La personne à assurer a-t-elle déjà été traitée, présenté des symptômes ou été diagnostiquée pour autisme, paralysie cérébrale, fibrose kystique, syndrome de Down ou de dystrophie musculaire ? Si oui, précisez : _____ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

