

Questionnaire complémentaire sur la santé

On vous demande de répondre à ce questionnaire parce que le montant d'assurance que vous avez demandé excède les montants indiqués sur votre proposition d'assurance et qu'il exige qu'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe Financier ») prenne en considération des renseignements complémentaires sur votre santé. Si vous répondez OUI à l'une ou l'autre des questions sur la santé ou si le total de votre somme financée assurée et de la valeur résiduelle assurée dans le cadre de l'assurance-vie ou de l'assurance maladie grave excède 300 000 \$, la présente demande d'assurance sera soumise à la sélection des risques.

La demande d'assurance est-elle annexée? O N Si elle ne l'est pas, indiquez la date à laquelle la demande a été remplie :

J J M M A A A A

Veillez nous donner des renseignements à votre sujet. (Écrire en lettres moulées.)

PROPOSANT N° 1 / DÉBITEUR – NOM		PRÉNOM(S)		PROPOSANT N° 2 / CODÉBITEUR – NOM		PRÉNOM(S)			
SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FUMEUR <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	TAILLE _____	<input type="checkbox"/> po <input type="checkbox"/> cm	POIDS _____	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	TAILLE _____	<input type="checkbox"/> po <input type="checkbox"/> cm	POIDS _____	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
DATE DE NAISSANCE		LIEU DE NAISSANCE		DATE DE NAISSANCE		LIEU DE NAISSANCE			
J J M M A A A A		(PROVINCE, ÉTAT OU PAYS)		J J M M A A A A		(PROVINCE, ÉTAT OU PAYS)			
PROFESSION		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		PROFESSION		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE			
		()				()			
DEMANDE D'ASSURANCE / CERTIFICAT N°		RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATEUR		DEMANDE D'ASSURANCE / CERTIFICAT N°		RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATEUR			
NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN PERSONNEL				NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN PERSONNEL					
DATE ET RAISON DE LA DERNIÈRE CONSULTATION DE QUELQUE MÉDECIN QUE CE SOIT				DATE ET RAISON DE LA DERNIÈRE CONSULTATION DE QUELQUE MÉDECIN QUE CE SOIT					
DIAGNOSTIC, TRAITEMENT ET/OU MÉDICAMENTS PRESCRITS				DIAGNOSTIC, TRAITEMENT ET/OU MÉDICAMENTS PRESCRITS					

QUESTIONS SUR LA SANTÉ	Proposant N° 1 Débitéur		Proposant N° 2 Codébitéur		Détail des réponses affirmatives (dates, durée, type de maladie, d'affection ou de blessure, nom et adresse de tous les médecins, hôpitaux, etc.)
	OUI	NON	OUI	NON	
Pour l'assurance-vie, l'assurance-maladie grave et/ou l'assurance-invalidité					<i>Si vous manquez de place, veuillez annexer un feuillet signé et daté.</i>
1. Avez-vous déjà fréquenté un établissement médical, consulté un médecin, pris des médicaments sur ordonnance ou été traité pour ce qui suit, ou vous a-t-on déjà diagnostiqué ce qui suit :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Maladie coronarienne, douleur thoracique, crise cardiaque, souffle ou autre état relatif au cœur ou au système respiratoire, hypertension artérielle, diabète, trouble sanguin, accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire (AIT), cancer ou tumeur, test séropositif pour le VIH ou autre trouble immunitaire, dont le sida, hépatite ou autre affection au foie, électrocardiogramme (ECG) anormal, mammographie anormale ou test de Papanicolaou anormal, maladie ou affection du sein, de la prostate ou de la vessie?					
2. Au cours des 24 derniers mois, avez-vous fréquenté un établissement médical, consulté un médecin, pris des médicaments sur ordonnance ou été traité pour ce qui suit, ou vous a-t-on diagnostiqué ce qui suit :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Essoufflement, asthme, emphysème ou autres troubles pulmonaires ou respiratoires, lupus disséminé, arthrite rhumatoïde, troubles des organes génitaux, maladie du rein, rectocolite hémorragique, maladie de Crohn ou autres troubles de l'estomac et du pancréas, crises, paralysie, sclérose en plaques ou autres troubles du système nerveux, stress, anxiété, dépression ou tout autre trouble mental ou psychiatrique, alcoolisme ou toxicomanie?					
3. Avez-vous déjà demandé une assurance qui a été refusée, modifiée ou accordée moyennant une surprime?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pour l'assurance-maladie grave seulement :					
4. Est-ce que l'un de vos parents, frères ou sœurs naturels a déjà souffert de l'une ou l'autre des affections suivantes : cardiopathie, accident vasculaire cérébral, hypertension artérielle, diabète, cancer ou tumeur, lupus disséminé, sclérose en plaques, affection du neurone moteur, y compris la sclérose latérale amyotrophique (SLA), polykystose rénale ou toute maladie héréditaire? Veuillez indiquer le lien avec le membre de la famille (mère, père, sœur, frère), la nature de la maladie et l'âge du membre de la famille lorsque cette maladie a été diagnostiquée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pour l'assurance-invalidité seulement :					
5. Au cours des 24 derniers mois :					
a) Avez-vous été partiellement ou totalement invalide et/ou avez-vous reçu des prestations d'invalidité ou d'accidents du travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé, pris des médicaments sur ordonnance ou été traité pour ce qui suit, ou vous a-t-on diagnostiqué ce qui suit : fibromyalgie, fibrosite, ostéo-arthrite, syndrome de fatigue chronique, foulures ou autres affections du dos, du cou, de l'épaule, des coudes, des genoux, des hanches ou d'autres articulations, muscles, ligaments ou tendons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Voici les petits caractères. Veuillez nous donner votre autorisation. (Veuillez lire, signer et dater.)

J'accuse réception de l'Avis sur la divulgation décrivant le fonctionnement du Bureau de renseignements médicaux. J'autorise :

- tout médecin autorisé, praticien, hôpital, clinique ou autre établissement médical ou paramédical, compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux ou autre organisme, institution ou personne qui possède des dossiers ou des renseignements sur moi-même ou sur ma santé à les transmettre à Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe Financier ») ou à ses réassureurs. Une copie de la présente autorisation a valeur d'original;
- Industrielle Alliance à analyser et évaluer un spécimen de mon sang, de mon urine ou de ma salive aux fins de m'évaluer en tant que risque assurable. Cette analyse inclut un examen de dépistage de l'infection au VIH;
- Industrielle Alliance à communiquer à mon médecin personnel les résultats de toute analyse anormale.

Je comprends qu'il est possible que ce questionnaire soit complété lors d'une entrevue, téléphonique ou

X _____
PROPOSANT N° 1 – DÉBITEUR
FORMULAIRE C7196F (OCT/2018)

DATE (JJ/MM/AAAA)

X _____
PROPOSANT N° 2 – CODÉBITEUR

DATE (JJ/MM/AAAA)

↓ Veuillez détacher ici. ↓

Questionnaire complémentaire sur la santé

Avis sur la divulgation – Bureau de renseignements médicaux

Veillez lire attentivement cet avis et le conserver.

Les renseignements ayant trait à votre assurabilité seront traités en toute confidentialité. Toutefois, Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe Financier ») ou ses réassureurs peuvent en faire un bref rapport au Bureau de renseignements médicaux, organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance-vie et dont la fonction est d'assurer l'échange de renseignements entre ses compagnies membres. Si vous présentez une proposition d'assurance-vie ou d'assurance-maladie ou une demande de règlement à une compagnie membre du Bureau, le Bureau fournira à cette compagnie tout renseignement qu'il a en dossier.

Sur réception d'une demande de votre part, le Bureau fera le nécessaire pour divulguer tous les renseignements qu'il possède sur vous. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pouvez en demander la rectification à l'adresse suivante : Bureau de renseignements médicaux, 330, avenue University, bureau 102, Toronto (Ontario), Canada M5G 1R7. Téléphone : (416) 597-0590.

iA Groupe Financier ou ses réassureurs peuvent aussi communiquer les renseignements tirés des dossiers à d'autres compagnies d'assurance-vie auxquelles vous demandez une assurance-vie ou une assurance-maladie, ou auxquelles vous présentez une demande de règlement.

Demande de renseignements complémentaires

Dans le cadre de la procédure d'évaluation de votre admissibilité à l'assurance, un membre de notre personnel pourra vous téléphoner. L'entretien téléphonique, le cas échéant, sera bref et aura lieu à un moment qui vous convient. Si vous n'êtes pas libre lorsque nous vous appelons, nous ferons de notre mieux pour que vous

puissiez nous rappeler sans frais pour vous. Les renseignements ainsi recueillis seront tenus confidentiels. Les demandes de renseignements au sujet du présent avis doivent être adressées au Service de la sélection des risques d'iA Groupe Financier.

Souscrite par :

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., C.P. 5900, Vancouver (C.-B.) V6B 5H6, (604) 737-9374, 1-800-663-9498