

G – Questions générales

	Assuré	
	Oui	Non
1. a) Êtes-vous citoyen Canadien ou résident permanent?	☐	☐
b) Résidez-vous présentement au Canada?	☐	☐

Si vous souscrivez un produit d'assurance vie à émission garantie, veuillez répondre à la question ci-dessous et passer à la Section K. Pour un produit d'assurance vie à émission simplifiée, veuillez passer à la Section H.

2. Un médecin vous a-t-il déjà dit qu'il vous restait moins de deux ans à vivre? ☐ Oui ☐ Non

H – Questions médicales

Si vous souscrivez un produit d'assurance vie à émission simplifiée, veuillez répondre aux questions ci-dessous. Pour un produit d'assurance vie à émission garantie, veuillez passer à la Section K.

Dans le cas d'une réponse affirmative, veuillez répondre aux sous-questions.

	Assuré	
	Oui	Non
Au cours du dernier mois, avez-vous eu un diagnostic de COVID-19 ou été en contact avec une personne ayant eu un diagnostic de COVID-19?	☐	☐
1. Êtes-vous actuellement confiné à un fauteuil roulant (c'est-à-dire, faites-vous usage d'un fauteuil roulant pour faire la plupart de vos déplacements hebdomadaires), alité (à l'exception des femmes enceintes), hospitalisé ou avez-vous besoin de soins à temps plein?	☐	☐
2. Au cours de votre vie , avez-vous déjà présenté des symptômes ou reçu un diagnostic, un traitement, ou consulté un médecin pour l'une ou l'autre des causes suivantes :		
a) Accident vasculaire cérébral (AVC) ou ischémie cérébrale transitoire (ICT)? Si oui, veuillez répondre aux sous-questions.	☐	☐
i. Êtes-vous âgé de 60 ans ou moins?	☐	☐
ii. Avez-vous eu plus d'un événement?	☐	☐
iii. Est-ce que votre AVC ou ICT remonte à moins de 8 ans?	☐	☐
b) Crise cardiaque, chirurgie cardiaque ou des artères coronariennes, douleurs à la poitrine (angine), arythmie ou toute autre maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins?	☐	☐
c) Cancer ou tumeur maligne de la thyroïde? Si oui, veuillez répondre aux sous-questions.	☐	☐
i. Est-ce que le diagnostic a été posé au cours des 10 dernières années?	☐	☐
ii. Est-ce que vous avez eu des métastases et/ou un traitement de chimiothérapie?	☐	☐
d) Cancer ou tumeur maligne autre que le cancer de la thyroïde et le carcinome basocellulaire?	☐	☐
e) Diabète de type 1 (insulino-dépendant)?	☐	☐
f) Diabète de type 2? Si oui, veuillez répondre aux sous-questions.	☐	☐
i. Êtes-vous âgé de moins de 41 ans?	☐	☐
ii. Avez-vous été diagnostiqué il y a plus de 15 ans?	☐	☐
iii. À quelle fréquence êtes-vous suivi par votre médecin pour le diabète :		
☐ Moins d'une fois par année ☐ 1 fois par année ☐ 2 fois par année ☐ 3 fois par année ☐ 4 fois ou plus par année		
iv. Est-ce que votre médication pour le diabète a été modifiée ou augmentée au cours des 6 derniers mois?	☐	☐
v. Est-ce que vous avez des complications tel que protéine dans les urines, troubles neuromoteurs, rétinopathie, maladie vasculaire périphérique?	☐	☐
g) i. Hépatite B ou C, cirrhose, insuffisance hépatique, pancréatite chronique?	☐	☐
ii. insuffisance rénale, maladie polykystique des reins, autre maladie rénale chronique?	☐	☐
h) Anémie (autre qu'une carence en fer diagnostiquée bénigne, traitée et stable) ou autre trouble du sang causant des embolies, phlébites et thromboses récurrentes?	☐	☐
i) Schizophrénie, maladie bipolaire, psychose, tentative de suicide ou hospitalisation pour tout trouble psychologique?	☐	☐
j) Lupus systémique, dystrophie musculaire, maladie d'Alzheimer, maladie Parkinson, pertes de mémoire, pertes d'équilibre, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou tout autre trouble neurologique (excluant les migraines investiguées par un médecin)?	☐	☐
k) Un dépistage de VIH dont le résultat était positif?	☐	☐
l) Colite ulcéreuse ou maladie de Crohn? Si oui, veuillez répondre aux sous-questions.	☐	☐
i. Avez-vous reçu le diagnostic dans la dernière année?	☐	☐
ii. Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu plus qu'une crise ou poussée par année?	☐	☐

H – Questions médicales (suite)

	Assuré	
	Oui	Non
3. Au cours des 3 dernières années , avez-vous déjà présenté des symptômes ou reçu un diagnostic, un traitement, ou consulté un médecin pour un trouble respiratoire ou pulmonaire (autre que l'asthme, rhume, grippe ou bronchite, apnée du sommeil traité, pneumonie)?	☐	☐
4. Au cours des 12 derniers mois , avez-vous été informé d'un résultat anormal à la suite de l'un des tests suivants :		
a) Imagerie incluant échographie	☐	☐
b) Mammographie ou tout autre test d'imagerie des seins	☐	☐
c) ECG (électrocardiogramme)	☐	☐
d) Biopsie ou résultats d'un rapport de pathologie	☐	☐
5. Au cours des 2 dernières années , avez-vous été informé d'un résultat anormal à la suite de l'un des tests suivants :		
a) Radiographie ou scan des poumons	☐	☐
b) IRM ou tomographie (CT scan)	☐	☐
c) Échocardiogramme	☐	☐
d) APS (antigène prostatique spécifique)	☐	☐
6. Au cours des 12 derniers mois , avez-vous été en arrêt de travail pour plus de 1 mois pour un trouble psychologique ou votre médication pour un trouble psychologique a-t-elle été augmentée?	☐	☐
7. Avez-vous consulté un médecin pour une maladie ou un trouble qui n'a pas encore été diagnostiqué ou pour lequel des tests sont en cours ou non complétés? Êtes-vous en attente d'une investigation, d'un résultat ou d'une opération?	☐	☐
8. Avez-vous reçu un résultat d'un test anormal pour lequel vous n'avez pas encore consulté de médecin?	☐	☐
9. Présentez-vous des symptômes ou des problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin, tels que : masse ou bosse des seins, essoufflement, douleur thoracique, perte de poids inexpliquée, vertiges, perte de mémoire ou d'équilibre, engourdissement, difficulté à uriner, sang dans l'urine, saignement rectal ou tout autres problèmes non mentionnés ci-haut?	☐	☐
10. Est-ce qu'un ou des membres de votre famille, soit père, mère, frère ou sœur a déjà souffert de polypose adénomateuse familiale (ou maladie de Gardner), du syndrome de Lynch, de Chorée de Huntington ou de maladie polykystique des reins?	☐	☐

I – Questions sur les habitudes de vie

	Assuré	
	Oui	Non
1. Au cours de votre vie , avez-vous reçu des services d'aide (counseling), des traitements ou été avisé de réduire votre consommation ou de suivre un traitement en lien avec votre consommation d'alcool ou de drogues?	☐	☐
2. Au cours des 10 dernières années , avez-vous déjà été accusé ou été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou êtes-vous présentement en probation?	☐	☐
3. Votre permis de conduire est-il actuellement suspendu?	☐	☐
4. Au cours de votre vie , avez-vous eu plus d'une accusation pour conduite avec facultés affaiblies?	☐	☐
5. Au cours des 2 dernières années , avez-vous eu plus de 3 contraventions au code de la route?	☐	☐
6. Est-ce que votre profession appartient à l'une des catégories suivantes?	☐	☐
• Journalisme et journalisme photographique (missions internationales)		
• Ouvrier en amiante		
• Athlète professionnel		
• Militaire actuellement déployé ou sur l'ordre d'être déployé		
• Aviation commerciale (autre que pilote pour grande compagnie aérienne)		
• Travailleur dans un bar/nightclub – striptease, escorte		
7. Au cours des 2 dernières années :		
a) avez-vous effectué des vols en tant que pilote privé ou élève-pilote?	☐	☐
b) fait de la plongée sous-marine de plus de 100 pieds de profondeur, fait du parachutisme (autre que saut en tandem unique) ou delta-plane, participé à des courses de véhicules motorisés, fait de l'escalade (à l'exception de l'escalade intérieure), ski ou planche à neige hors-piste incluant par hélicoptère ou snowcat, motoneige hors-piste ou autre sport extrême?	☐	☐

I – Questions sur les habitudes de vie (suite)

	Assuré	
	Oui	Non
8. Au cours des 12 prochains mois , prévoyez-vous voyager ou résider à l'extérieur du Canada :		
a) pour plus de six (6) mois?	☐	☐
b) dans une destination autre que les pays suivants : les Caraïbes/Antilles dans le cadre de voyage tout inclus, États-Unis, Mexique, pays de l'Union européenne, le Royaume-Uni, Hong Kong, Chine, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande, Inde?	☐	☐

9. Quelle est votre consommation de tabac?

Cigarettes, cigares, cigarillos, cigarette électronique/vapotage, substituts de nicotine ou tout autre produit contenant du tabac ou de la nicotine

J'ai consommé	☐ Au cours du dernier mois ☐ Au cours des 3 derniers mois ☐ Au cours des 6 derniers mois ☐ Au cours des 12 derniers mois ☐ Il y a 1 à 5 ans passé ☐ Il y a plus de 5 ans passé ☐ Jamais	Ma consommation typique est/était	☐ 30 ou plus par jour ☐ 20-29 par jour ☐ 10-19 par jour ☐ 1-9 par jour ☐ Moins de 7 par semaine ☐ Moins d'une fois par semaine ☐ Moins d'une fois par mois
----------------------	--	--	---

10. Quelle est votre consommation de marijuana?

J'ai consommé	☐ Au cours du dernier mois ☐ Au cours des 3 derniers mois ☐ Au cours des 6 derniers mois ☐ Au cours des 12 derniers mois ☐ Il y a 1 à 5 ans passé ☐ Il y a plus de 5 ans passé ☐ Jamais	Ma consommation typique est/était	☐ Plus de 2 fois par jour ☐ Plus d'une fois par jour ☐ Une fois par jour ☐ Moins de 7 fois par semaine ☐ Moins de 3 fois par semaine ☐ Moins d'une fois par semaine ☐ Moins d'une fois par mois
----------------------	--	--	--

11. Parlez-nous de votre consommation de drogue :

L'héroïne, la cocaïne, les hallucinogènes ou toute drogue non prescrite par un médecin, à l'exception des médicaments en vente libre

J'ai consommé	☐ Au cours du dernier mois ☐ Au cours des 3 derniers mois ☐ Au cours des 6 derniers mois ☐ Au cours des 12 derniers mois ☐ Il y a 1 à 6 ans passé ☐ Il y a plus de 6 ans passé ☐ Jamais
----------------------	--

12. En moyenne, combien de ces boissons alcoolisées consommez-vous par semaine :

	Je consomme par semaine
Bière (341 ml)	
Vin (1 verre = 142 ml)	
Spiritueux (1,5 oz)	

J – Question sur la taille et le poids

1. Quel est votre taille : _____ ☐ PI ☐ M
2. Quel est votre poids : _____ ☐ LB ☐ KG