

G – Questions générales

	Assuré	
	Oui	Non
1. a) Êtes-vous citoyen Canadien ou résident permanent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Résidez-vous présentement au Canada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Assuré	
	Oui	Non
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.		
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Êtes-vous âgé de 60 ans ou moins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Avez-vous eu plus d'un événement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii. Est-ce que votre AVC ou ICT remonte à moins de 8 ans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Cancer ou tumeur maligne de la thyroïde? Si oui, veuillez répondre aux sous-questions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Est-ce que le diagnostic a été posé au cours des 10 dernières années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Est-ce que vous avez eu des métastases et/ou un traitement de chimiothérapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Cancer ou tumeur maligne autre que le cancer de la thyroïde et le carcinome basocellulaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Diabète de type 1 (insulino-dépendant)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Diabète de type 2? Si oui, veuillez répondre aux sous-questions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Êtes-vous âgé de moins de 41 ans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Avez-vous été diagnostiqué il y a plus de 15 ans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii. À quelle fréquence êtes-vous suivi par votre médecin pour le diabète :		
<input type="checkbox"/> Moins d'une fois par année <input type="checkbox"/> 1 fois par année <input type="checkbox"/> 2 fois par année <input type="checkbox"/> 3 fois par année <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Est-ce que vous avez des complications tel que protéine dans les urines, troubles neuromoteurs, rétinopathie, maladie vasculaire périphérique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) i. Hépatite B ou C, cirrhose, insuffisance hépatique, pancréatite chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. insuffisance rénale, maladie polykystique des reins, autre maladie rénale chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Schizophrénie, maladie bipolaire, psychose, tentative de suicide ou hospitalisation pour tout trouble psychologique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Un dépistage de VIH dont le résultat était positif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Colite ulcéreuse ou maladie de Crohn? Si oui, veuillez répondre aux sous-questions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Avez-vous reçu le diagnostic dans la dernière année?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu plus qu'une crise ou poussée par année?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mammographie ou tout autre test d'imagerie des seins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ECG (électrocardiogramme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Biopsie ou résultats d'un rapport de pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) IRM ou tomographie (CT scan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Échocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) APS (antigène prostatique spécifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous reçu un résultat d'un test anormal pour lequel vous n'avez pas encore consulté de médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 inexplicée, 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Votre permis de conduire est-il actuellement suspendu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Au cours de votre vie , avez-vous eu plus d'une accusation pour conduite avec facultés affaiblies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Au cours des 2 dernières années , avez-vous eu plus de 3 contraventions au code de la route?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce que votre profession appartient à l'une des catégories suivantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

10. Quelle est votre consommation de marijuana?

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

- Quel est votre taille : _____ PI M
- Quel est votre poids : _____ LB KG