La Capitale

DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ EN CAS D'ACCIDENT ET DE MALADIE (invalidité ou soins hospitaliers)

Nom du preneur/assuré

Prénom du preneur/assuré

Date de naissance : Année Mois Jour

Nº de proposition ou de contrat

1 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Cocher OUI ou NON. Encercler la maladie, l'affection ou la situation pertinente. Fournir des précisions pour chaque réponse affirmative à la section « Explications » à la page suivante ou remplir le questionnaire complémentaire demandé.

	Oui	Non
1. Avez-vous déjà consulté, été traité, été informé ou présenté des signes ou symptômes concernant ce qui suit :		
a) Crise cardiaque, hypertension artérielle, douleurs à la poitrine, souffle cardiaque, taux élevé de cholestérol, accident vasculaire cérébral, ischémie cérébrale transitoire, anévrisme, chirurgie de tout type du cœur, insuffisance cardiaque congestive ou tout autre trouble relié au cœur ou aux vaisseaux sanguins ?	○	○
b) Cancer, tumeur, leucémie, trouble des ganglions, kyste, polype, affection cutanée, mélanome ou trouble des seins incluant masses, écoulement inhabituel ou autres changements physiques ?	○	○
c) Sclérose en plaques, dystrophie musculaire ou sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), coma, névrite optique, vue brouillée ou engourdissements ?	○	○
d) Hépatite, être porteur de l'hépatite, cirrhose, colite ulcéreuse, maladie de Crohn ou tout autre trouble du foie, du pancréas, de l'estomac, de la rate ou des intestins ?	○	○
e) Asthme, emphysème, bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), apnée du sommeil ou tout autre trouble pulmonaire ou respiratoire ? Si oui, remplir le Questionnaire relatif aux troubles respiratoires disponible dans le logiciel d'illustration.	○	○
f) Anémie, phlébite ou autre maladie du sang, trouble de la vessie, de la prostate, taux d'APS élevé, maladie des organes génitaux ou des organes reproducteurs (y compris le papillomavirus), maladie transmise sexuellement, maladie des reins ou sang dans l'urine ou autres anomalies dans l'urine ?	○	○
g) Trouble du système immunitaire, SIDA ou test positif pour le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ?	○	○
h) Transplantation d'un organe ou en attente d'une transplantation d'un organe ?	○	○
i) Trouble de la glande thyroïde ou autre trouble endocrinien ?	○	○
j) Trouble des yeux, trouble des oreilles, trouble du nez, trouble de la gorge ou tout autre trouble qui n'est pas énuméré au point 1 de la présente section ?	○	○
2. Êtes-vous actuellement enceinte ? Si oui, préciser la date prévue de l'accouchement ? _____	○	○
3. Prenez-vous des médicaments ?	○	○
4. Au cours des 2 dernières années, avez-vous subi une mammographie ou une échographie des seins ?	○	○
5. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été absent plus de 10 journées de travail consécutives en raison d'une maladie ou d'une blessure ?	○	○
6. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé ?	○	○
7. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été avisé de subir un examen ou une chirurgie qui n'ont pas été faits ou qui ont été faits mais dont les résultats n'ont pas été reçus ?	○	○
8. Au cours des 5 dernières années, avez-vous reçu des prestations d'invalidité (peu importe la provenance) ?	○	○
9. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été traité, été informé ou présenté des signes ou symptômes concernant ce qui suit :		
a) Trouble de la colonne, trouble du dos, trouble du cou, trouble des hanches, trouble du nerf sciatique, trouble des articulations ? Si oui, remplir selon le cas, le Questionnaire relatif aux troubles du dos ou le Questionnaire relatif aux troubles musculo-squelettiques disponibles dans le logiciel d'illustration.	○	○
b) Arthrite, rhumatisme, goutte, névrite, trouble des muscles, trouble des os (entorse, déchirure, élongation musculaire ou fracture) ou toute déformation, amputation ou paralysie ?	○	○
c) Étourdissement, évanouissement, perte d'équilibre, convulsion ou épilepsie ?	○	○
d) Dépression, épuisement professionnel, trouble mental, tentative de suicide ou toute autre maladie mentale ou nerveuse ? Si oui, remplir le Questionnaire relatif aux troubles psychologiques disponible dans le logiciel d'illustration.	○	○
e) Maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, schizophrénie, toute autre maladie cérébrale organique ou trouble neurologique ?	○	○
f) Douleur ou fatigue chronique, fibromyalgie, syndrome d'Epstein-Barr ou toute autre maladie neurologique ?	○	○
g) Diabète, niveau de sucre élevé dans le sang ou dans l'urine ? Si oui, remplir le Questionnaire relatif au diabète disponible dans le logiciel d'illustration.	○	○
10. Avez-vous des raisons de croire que vous n'êtes pas en bonne santé ou présentez-vous des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore demandé de traitement ou de consultation ?	○	○

La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance
7150 Derrycrest Drive, Mississauga ON L5W 0E5

IND007F (2021-08)

La Capitale

DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ EN CAS D'ACCIDENT ET DE MALADIE (invalidité ou soins hospitaliers)

1 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite)

Explications

À remplir pour chacune des réponses affirmatives de la section précédente. Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire datée, signée par la personne à assurer ou par son tuteur légal si mineure et la joindre à la proposition.

Question nº	Dates des consultations, raisons, résultats, hospitalisations, chirurgies, noms et adresses des médecins ou hôpitaux consultés, nom du médicament, posologie, raison de la médication

Taille et poids

Taille : ○ cm ○ pi/po Poids : ○ kg ○ lb

Votre poids a-t-il diminué de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an ? ○ Oui ○ Non

Si oui, nombre de kg (lb) perdus : _____ ○ kg ○ lb

Raison : _____

Médecin personnel

Nom du médecin

Adresse (nº, rue, appartement)

Téléphone travail (poste)

Dernier médecin consulté, si différent

Date de la dernière consultation : Année Mois Jour

Motif

Résultats (consultations ou traitements recommandés)

La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance
7150 Derrycrest Drive, Mississauga ON L5W 0E5

IND007F (2021-08)

La Capitale

DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ EN CAS D'ACCIDENT ET DE MALADIE (invalidité ou soins hospitaliers)

1 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite)

		Oui	Non
Antécédents familiaux	Est-ce qu'un des membres de la famille immédiate (père, mère, frères, sœurs) a déjà souffert de maladie cardiaque ou vasculaire, d'hypertension artérielle, de traumatisme vasculaire cérébral, de cancer, de diabète, de maladie polykystique des reins, de sclérose en plaques, de distrophie musculaire, de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Parkinson, de la chorée de Huntington, de sclérose latérale amyotrophique ou de toute autre maladie héréditaire ?	○	○

Si oui :

	Nom de la maladie (s'il s'agit de cancer, préciser lequel)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frères					
Sœurs					

2 RENSEIGNEMENTS NON MÉDICAUX >>> À REMPLIR EN TOUT TEMPS MÊME SI PARAMÉDICAL <<<

Si la réponse est « Oui » à une des questions (excepté aux questions 1 et 6), remplir la section appropriée du questionnaire complémentaire disponible dans le logiciel d'illustration.

		Oui	Non
Boissons alcooliques	1. Consommez-vous des boissons alcooliques ?	○	○
	Si oui, indiquez la quantité hebdomadaire actuelle (nombre de verres de bière, vin et/ou spiritueux).		
	2. Votre consommation d'alcool a-t-elle changé au cours des 5 dernières années ?	○	○
	3. Avez-vous déjà reçu un traitement ou avez-vous consulté pour alcoolisme, abus d'alcool ou avez-vous été avisé par un médecin de réduire votre consommation d'alcool ?	○	○
Conduite automobile	Au cours des 3 dernières années :		
	4. Votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué ?	○	○
	5. Avez-vous été trouvé coupable de 3 infractions ou plus au Code de la sécurité routière ?	○	○
Dossier criminel	6. Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle quelconque ou attendez-vous le résultat de procédures en raison d'une infraction criminelle ?	○	○
	Si oui, précisez, pour chacune des infractions, la nature, la date, la sentence et la probation.		
Faillite	7. Avez-vous déclaré faillite au cours des 5 dernières années ?	○	○
	Si oui, indiquez la date de libération de la faillite :		
Sports hasardeux	8. Avez-vous l'intention de faire ou avez-vous fait au cours des 5 dernières années de l'alpinisme, des courses de véhicules motorisés, du deltaplane, du parachutisme, de la plongée sous-marine, ou toute autre activité ou sport hasardeux ?	○	○
Usage de drogues	9. Faites-vous ou avez-vous déjà fait usage de drogues ?	○	○
Voyage ou résidence à l'étranger	10. Au cours des 2 dernières années, avez-vous voyagé ou résidé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ? **Si oui,** remplir le questionnaire relatif aux voyages et à la résidence à l'étranger.	○	○
	11. Au cours des 2 prochaines années, prévoyez-vous voyager ou résider à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ? **Si oui,** remplir le questionnaire relatif aux voyages et à la résidence à l'étranger.	○	○

La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance
7150 Derrycrest Drive, Mississauga ON L5W 0E5

IND007F (2021-08)

3 DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS

1. Aux fins de l'établissement de mon assurabilité, de la gestion de mon dossier et de l'étude de mes demandes de prestations, j'autorise toute personne physique ou morale et tout organisme public ou parapublic détenant des renseignements sur mon compte dont notamment tout professionnel de la santé et tout établissement de santé, le MIB inc., toute institution financière, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout agent de renseignement ou toute agence d'investigation, mon employeur ou mes anciens employeurs, à communiquer ces renseignements à l'Assureur ou à ses réassureurs. J'autorise également l'Assureur et ses réassureurs pour les mêmes fins à communiquer auxdites personnes ou auxdits organismes dont le MIB inc. les renseignements qu'ils détiennent sur mon compte.
2. Pour les mêmes fins, j'autorise l'Assureur ou ses réassureurs à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet et à faire un bref rapport donnant des renseignements personnels sur ma santé au MIB inc.
3. En cas de décès, j'autorise expressément le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à l'Assureur ou à ses mandataires, lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le traitement de mon dossier.
4. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.
5. Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce questionnaire sont complètes et véridiques et consens à ce qu'elles fassent partie de ma proposition d'assurance.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DU PRENEUR/ASSURÉ

X _____

Signature du preneur/assuré

SIGNATURE DU CONSEILLER

X _____

Signature du conseiller

La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance
7150 Derrycrest Drive, Mississauga ON L5W 0E5

IND007F (2021-08)