

Nom	Prénom	Date de naissance A M J	Numéro de dossier
Représentant (nom)	Code	U.S.	Agence (nom) Agence (code)

QUESTIONNAIRE DE PRÉSÉLECTION POUR MALADIE GRAVE

- | | | Oui | Non |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de l'une des maladies ou de l'un des états énumérés ci-dessous? | | | |
| a) Angine, angioplastie, pontage des artères coronaires, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral (AVC), ischémie cérébrale transitoire (ICT) ou autre maladie cérébrovasculaire | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| b) Anomalie d'une valve cardiaque | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| c) Maladies congénitales du cœur suivantes : atrésie d'une valve cardiaque, coarctation de l'aorte, communication interauriculaire, communication interventriculaire, hypoplasie du cœur gauche, hypoplasie du ventricule droit, maladie d'Ebstein, retour veineux anormal, sténose aortique, sténose pulmonaire, sténose subvalvulaire aortique légère, syndrome d'Eisenmenger, tétralogie de Fallot, transposition des gros vaisseaux, tronc artériel commun, ventricule à double paroi d'entrée, ventricule gauche à double issue, ventricule unique | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| d) Fibrose kystique, fibrose pulmonaire, emphysème | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| e) Maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique (SLA), sclérose en plaques, maladie de Parkinson, chorée de Huntington, dystrophie musculaire, affection du neurone moteur, paralysie cérébrale, syndrome de Down, syndrome de Rett, autisme ou toute autre maladie neurologique | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| f) Diabète de type 1 (insulinodépendant) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| g) Insuffisance rénale chronique, maladie polykystique des reins | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| h) Greffe du cœur, des poumons, du foie, des reins, de la moelle osseuse, du pancréas | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| i) Tumeur bénigne au cerveau | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| j) Anémie à hématies falciformes, anémie aplastique (aplasique) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

SI VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » À L'UNE DES QUESTIONS CI-DESSUS, VOUS N'ÊTES PAS ADMISSIBLE À LA PROTECTION MALADIE GRAVE.

QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE

- | | | Oui | Non |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|
| 2. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un cancer, une tumeur, un kyste, un nodule, une masse ou une excroissance, des polypes au côlon, une maladie de la peau ou une maladie des ganglions?
Si oui, veuillez préciser : _____ | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 3. a) Présentement, êtes-vous sous investigation médicale ou vous a-t-on conseillé de subir un test diagnostique ou une opération chirurgicale qui n'a pas encore été effectué?
b) Avez-vous constaté des symptômes ou présenté des problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté de médecin, tels que : anomalie, bosse ou excroissance aux seins, essoufflement, douleur à la poitrine, étourdissements, pertes d'équilibre, engourdissement, saignements rectaux, troubles de la prostate, retard de développement (neurologique ou psychomoteur) ou autres? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous, au cours des deux dernières années, pratiqué la boxe, la lutte ou la course à cheval?
Si oui, veuillez préciser : _____ | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 5. Antécédents familiaux
Est-ce qu'un membre de votre famille (père, mère, frères, sœurs, ou grands-parents si l'assuré est âgé de 20 ans et moins) souffre ou a déjà souffert d'un cancer, d'une maladie du cœur, d'une maladie vasculaire cérébrale, d'anévrisme intracrânien, de diabète, d'une maladie chronique des reins, de la maladie d'Alzheimer, de sclérose latérale amyotrophique (SLA), de sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de chorée de Huntington, de dystrophie musculaire, d'affection du neurone moteur ou de toute autre maladie neurologique, de polypose familiale, de rétinite pigmentaire?
Si oui, veuillez remplir le tableau suivant : | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

	Affection*	Âge au diagnostic	Âge actuel si vivant	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frères					
Sœurs					
Grands-parents					

* Précisez le type de cancer, de maladie cardiaque ou de maladie neurologique : _____

- 6. Si la personne à assurer est un enfant d'âge mineur, précisez le montant d'assurance maladie grave couvrant chacune des personnes suivantes :**

Père	Mère	Frères: Nombre :	Sœurs: Nombre :

Le cas échéant, précisez les raisons pour lesquelles une de ces personnes n'est pas couverte par une assurance maladie grave : _____

SIGNATURE

Je déclare que les réponses ci-dessus font partie intégrante de ma proposition à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., qu'elles ont été correctement inscrites et qu'elles sont complètes, véridiques et données sans réticence sur toutes circonstances de nature à influencer le risque de l'assurance souscrite.

Signé à _____ ce _____ jour de _____

Signature de la personne à assurer