



ASSURANCE
VIE

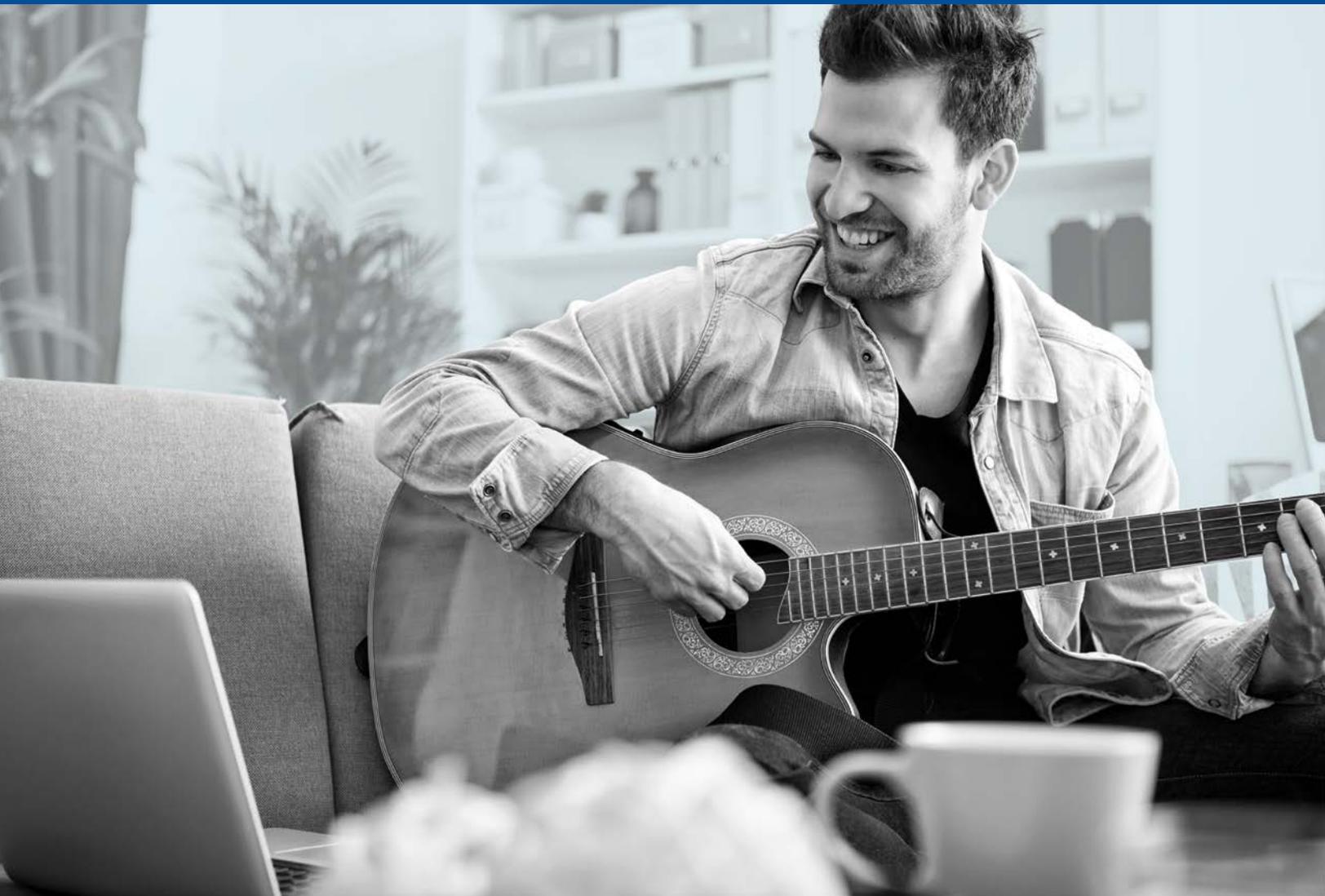


ASSURANCE
MALADIE GRAVE

No d'identification

F3

AJOUT DE PROTECTION



Nom du ou des clients

TABLE DES MATIÈRES

	Section	Description
Obligatoire en tout temps	1	Personne à assurer
	2	Historique d'assurance
Assurance vie universelle	3	Assurance vie universelle GENESIS
	4	Assurance vie universelle CAPITAL VALEUR
Assurance vie avec participation	5	iA Assurance vie avec participation (iA PAR)
Assurance vie entière et temporaire	6	ASSURANCE TRADITIONNELLE
Assurance maladie grave	7	TRANSITION 25 maladies - TRANSITION 4 maladies
Garanties	8	Autres garanties
Bénéficiaires assurance vie et bénéficiaires maladie grave	9	Bénéficiaires
Obligatoire en tout temps	10	Classe de risque pour les contrats ou les avenants temporaires d'assurance vie de 2 000 001 \$ et plus
	11	Admissibilité
	12	Exigences
	13	Prédéclarations
	14	Déclarations d'assurabilité
	15	Questionnaires additionnels
	16	Signatures et autorisation
	17	Autorisations
Remettre à l'assuré	18	Préavis du MIB Inc.
Annexe	19	Conditions médicales et non médicales et questionnaires additionnels

Documents additionnels à fournir (s'il y a lieu) :

- Illustration obligatoire pour les produits GENESIS, CAPITAL VALEUR et iA PAR
- Formulaire F6 ou F4 pour une résiliation totale ou pour une résiliation partielle



N° DE POLICE (pour usage interne)

N° d'identification

1 PERSONNE À ASSURER (Écrire lisiblement en caractères d'imprimerie.)

A Identification

Nom Prénom Deuxième prénom

En cas de changement de nom/prénom(s), quel était votre nom complet à la naissance?

Sexe Date de naissance

Langue

N° d'assurance sociale – Facultatif

Lien avec le contractant

Au moment de l'émission, le contrat sera établi selon l'âge de l'assuré à sa date d'anniversaire la plus proche, sauf si vous désirez conserver l'âge de l'assuré.

Si vous désirez conserver l'âge de l'assuré, indiquez l'âge à conserver : ____ ans.

Le contrat et les primes seront établis à l'âge indiqué, selon les règles de tarification applicables et moyennant le paiement des primes rétroactives.

Uniquement pour les polices universelles et ia PAR (à compléter si l'assuré est aussi contractant)

Profession principale (Soyez précis : les termes comme « directeur » ne suffisent pas.) :

Nom de l'employeur :

B Adresse

! Toujours obligatoire (S'il est impossible de donner l'adresse civique, veuillez fournir une copie d'une pièce d'identité avec preuve d'adresse.)

N° Rue Appartement/Bureau

Ville Province Code postal

Succursale – Facultatif Route rurale Case postale

C Coordonnées

N° de téléphone au domicile N° de téléphone cellulaire

N° de téléphone au travail Poste Courriel

D Confirmation de l'identité – Uniquement pour les polices universelles et ia PAR

À compléter si l'assuré est aussi contractant. Utilisez une pièce d'identité authentique non expirée avec PHOTO délivrée par le gouvernement.

Type de pièce d'identité N° de la pièce d'identité

Lieu d'émission Date d'expiration (s'il y a lieu)



2 HISTORIQUE D'ASSURANCE

A Assurance à l'étude

Avez-vous d'autres propositions d'assurance encore à l'étude sur votre personne?

OUI NON

Si OUI, en considérant toutes vos demandes d'assurance dans toutes les compagnies d'assurance (incluant iA Groupe financier), quel montant prévoyez-vous acheter?

Assuré principal

Montant Vie	Montant Maladie grave	Montant Invalidité
\$	\$	\$

B Assurance refusée

Vous a-t-on déjà refusé une proposition d'assurance?

OUI NON

Si OUI, veuillez fournir les informations suivantes :

Assuré principal

Année	Raison(s)	Vie	Maladie grave	Invalidité
A A A A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A A A A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A A A A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C Assurance en vigueur

Avez-vous présentement d'autre(s) police(s) d'assurance en vigueur sur votre personne, à l'exception de votre assurance collective ou assurance crédit?

OUI NON

Si OUI, veuillez fournir les informations suivantes :

Assuré principal

Nom de la compagnie	Résiliation du contrat?	N° de police (Contrat iA)	Montant Vie	Montant Maladie grave	Montant Invalidité	Année d'émission	Besoin
	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non		\$	\$	\$	A A A A	<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Affaires
	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non		\$	\$	\$	A A A A	<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Affaires
	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non		\$	\$	\$	A A A A	<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Affaires

* Veuillez joindre tous les formulaires requis : Relevé de comparaison (si applicable) et/ou formulaires de résiliation de iA Groupe financier (F6 ou F4F-04).

PROTECTION DEMANDÉE

3 ASSURANCE VIE UNIVERSELLE GENESIS (Attention – Remplir la section des bénéficiaires aux pages 7 et 8.)

GENESIS  Pour Genesis, fournir la version actuelle de l'illustration complète et signée par le client.
L'ajout d'un assuré sur une police universelle n'est permis que pour une demande de protection conjointe.

Protection permanente d'assurance vie	Avenant maladie grave 25 maladies	Avenant maladie grave 4 maladies
<input type="text"/> \$	T10 R & T <input type="text"/> \$	T10 R & T* <input type="text"/> \$ <input type="checkbox"/> Uniforme <input type="checkbox"/> Décroissant 50 %
Avenant de protection temporaire d'assurance vie	T20 R & T <input type="text"/> \$	T20 R & T* <input type="text"/> \$ <input type="checkbox"/> Uniforme <input type="checkbox"/> Décroissant 50 %
T10 R & T <input type="text"/> \$	T25 R & T <input type="text"/> \$	T25 R & T* <input type="text"/> \$ <input type="checkbox"/> Uniforme <input type="checkbox"/> Décroissant 50 %
T20 R & T <input type="text"/> \$	T75 <input type="text"/> \$	T75 <input type="text"/> \$
Multiterme T25 <input type="text"/> \$	T100 <input type="text"/> \$	T100 <input type="text"/> \$
Multiterme T30 <input type="text"/> \$		

* En absence d'indication, l'option capital uniforme s'appliquera par défaut.

Avenant crédit invalidité → Veuillez répondre aux questions 11.B.1.

Besoins d'assurance <input type="text"/> \$/mois <small>Tels que déterminés par l'analyse de besoins</small>	Prestation choisie <input type="text"/> \$/mois <small>Min. 300 \$, max. 3 500 \$</small>
Durée de la prestation <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> jusqu'à 65 ans	

Avenant Revenu d'appoint (RA) → Veuillez répondre aux questions 11.B.

Montant de la prestation RA : <input type="text"/> \$/mois <small>(min. 100 \$, max. 2 000 \$ sans excéder la prestation admissible, section 11.B.2)</small>
Durée de la protection : <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> Jusqu'à 65 ans
Type de protection : <input type="checkbox"/> Accident et maladie <input type="checkbox"/> Accident seulement (Aucune prestation n'est payable pour une invalidité en cas de maladie.)

Coûts d'assurance

Annuels (TRA) Nivellement des coûts d'assurance prévu après ans. Cette option n'est pas offerte de façon systématique et vous devez en faire la demande.

Nivelés seulement (sans option de paiement accéléré)

Nivelés – **Option de paiement accéléré** 10 ans 15 ans 20 ans

 Pour le contractant → Veuillez indiquer votre occupation (section 11.A.3) et compléter la section Déclarations d'assurabilité.

Contribution en cas d'invalidité du contractant (CIC) <input type="text"/> \$/mois ou <input type="checkbox"/> CIC = prime de référence*	Contribution en cas de décès du contractant (CDC) <input type="text"/> \$/mois ou <input type="checkbox"/> CDC = prime de référence*	Contribution en cas d'invalidité de l' assuré (CIA) <input type="text"/> \$/mois Si le contractant est une compagnie.
--	--	---

* Prime minimale (pour les couvertures de type universel antérieures à Genesis 9)

PROTECTION DEMANDÉE

4 ASSURANCE VIE UNIVERSELLE CAPITAL VALEUR (Attention – Remplir la section des bénéficiaires aux pages 7 et 8.)

À REMPLIR POUR UNE PROTECTION CONJOINTE (DERNIER DÉCÈS) OU UN AJOUT D'AVENANT.

CAPITAL VALEUR Pour Capital Valeur, fournir la version actuelle de l'illustration complète et signée par le client. Pour un ajout de protection permanente Capital Valeur, veuillez utiliser une proposition d'assurance vie et maladie grave (formulaire F1).

Protection de base

\$

Avenant de protection temporaire d'assurance vie		Avenant maladie grave 25 maladies		Avenant maladie grave 4 maladies	
T10 R & T	<input type="text"/> \$	T10 R & T	<input type="text"/> \$	T10 R & T*	<input type="text"/> \$ <input type="checkbox"/> Uniforme <input type="checkbox"/> Décroissant 50 %
T20 R & T	<input type="text"/> \$	T20 R & T	<input type="text"/> \$	T20 R & T*	<input type="text"/> \$ <input type="checkbox"/> Uniforme <input type="checkbox"/> Décroissant 50 %
Multiterme T25	<input type="text"/> \$	T25 R & T	<input type="text"/> \$	T25 R & T*	<input type="text"/> \$ <input type="checkbox"/> Uniforme <input type="checkbox"/> Décroissant 50 %
Multiterme T30	<input type="text"/> \$	T75	<input type="text"/> \$	T75	<input type="text"/> \$
		T100	<input type="text"/> \$	T100	<input type="text"/> \$

* En absence d'indication, l'option capital uniforme s'appliquera par défaut.

Avenant crédit invalidité → Veuillez répondre aux questions 11.B.1.

Besoins d'assurance

\$/mois

Tels que déterminés par l'analyse de besoins

Durée de la prestation

2 ans 5 ans Jusqu'à 65 ans

Prestation choisie

\$/mois

Min. 300 \$, max. 3 500 \$

Avenant Revenu d'appoint (RA) → Veuillez répondre aux questions 11.B.

Montant de la prestation RA :

\$/mois

(min. 100 \$, max. 2 000 \$ sans excéder la prestation admissible, section 11.B.2)

Durée de la protection : 2 ans Jusqu'à 65 ans

Type de protection : Accident et maladie

Accident seulement (Aucune prestation n'est payable pour une invalidité en cas de maladie.)

! Pour le contractant → Veuillez indiquer votre occupation (section 11.A.3) et compléter la section Déclarations d'assurabilité.

Contribution en cas

d'invalidité du **contractant** (CIC) \$/mois

ou CIC = prime courante

Contribution en cas de

décès du **contractant** (CDC) \$/mois

ou CDC = prime courante

Contribution en cas

d'invalidité de l'**assuré** (CIA) \$/mois

Si le contractant est une compagnie.

5 IA ASSURANCE VIE AVEC PARTICIPATION (IA PAR) (Attention – Remplir la section des bénéficiaires à la page 7.)

À REMPLIR POUR UNE PROTECTION CONJOINTE (DERNIER DÉCÈS) OU UN AJOUT D'AVENANT.

IA PAR Pour IA PAR, fournir la version actuelle de l'illustration complète et signée par le client. Pour un ajout de protection permanente IA PAR, veuillez utiliser une proposition d'assurance vie et maladie grave (formulaire F1).

Protection de base et durée de paiement des primes

\$ Payable jusqu'à 100 ans

\$ Payable 10 ans

\$ Payable 20 ans

Avenant de protection temporaire d'assurance vie		Avenant maladie grave 25 maladies		Avenant maladie grave 4 maladies	
T10 R & T	<input type="text"/> \$	T10 R & T	<input type="text"/> \$	T10 R & T*	<input type="text"/> \$ <input type="checkbox"/> Uniforme <input type="checkbox"/> Décroissant 50 %
T20 R & T	<input type="text"/> \$	T20 R & T	<input type="text"/> \$	T20 R & T*	<input type="text"/> \$ <input type="checkbox"/> Uniforme <input type="checkbox"/> Décroissant 50 %
Multiterme T25	<input type="text"/> \$	T25 R & T	<input type="text"/> \$	T25 R & T*	<input type="text"/> \$ <input type="checkbox"/> Uniforme <input type="checkbox"/> Décroissant 50 %
Multiterme T30	<input type="text"/> \$	T75	<input type="text"/> \$	T75	<input type="text"/> \$
		T100	<input type="text"/> \$	T100	<input type="text"/> \$

* En absence d'indication, l'option capital uniforme s'appliquera par défaut.

Avenant crédit invalidité → Veuillez répondre aux questions 17.B.1.

Besoins d'assurance

\$/mois

Tels que déterminés par l'analyse de besoins

Prestation choisie

\$/mois

Min. 300 \$, max. 3 500 \$

Durée de la prestation

2 ans 5 ans Jusqu'à 65 ans

PROTECTION DEMANDÉE

6 ASSURANCE TRADITIONNELLE (Attention – Remplir la section des bénéficiaires aux pages 7 et 8.)

Protection d'assurance vie entière

V10 \$V20 \$V65 \$V100 \$T100 \$Vie et Sérénité 65
 \$

! Veuillez remplir le questionnaire de présélection Q9.

Duo Vie et Santé – Enfant
 \$

Protection d'assurance vie temporaire

T10 R & T \$T20 R & T \$Multiterme \$Terme
Entre 10 et 40 ansOption* : Uniforme
 Décroissant 50 %

Avenant maladie grave 25 maladies

T10 R & T \$T20 R & T \$T25 R & T \$T75 \$T100 \$

Avenant maladie grave 4 maladies

T10 R & T* \$ Uniforme Décroissant 50 %T20 R & T* \$ Uniforme Décroissant 50 %T25 R & T* \$ Uniforme Décroissant 50 %T75 \$T100 \$

* En absence d'indication, l'option capital uniforme s'appliquera par défaut.

Avenant crédit invalidité → Veuillez répondre aux questions 11.B.1.

Besoins d'assurance

 \$/mois

Tels que déterminés par l'analyse de besoins

Prestation choisie

 \$/mois

Min. 300 \$, max. 3 500 \$

Durée de la prestation

 2 ans 5 ans Jusqu'à 65 ans

Avenant Revenu d'appoint (RA) → Veuillez répondre aux questions 11.B.

Montant de la prestation RA : \$/mois

Min. 100 \$, max. 2 000 \$ sans excéder la prestation admissible, section 11.B.2

Durée de la protection : 2 ans Jusqu'à 65 ansType de protection : Accident et maladie Accident seulement (Aucune prestation n'est payable pour une prestation en cas de maladie.)

7 TRANSITION (Attention – Remplir la section des bénéficiaires à la page 8.)

TRANSITION 25 MALADIES

RPD : Remboursement des primes au décès

RFP 15 : Remboursement flexible des primes, 100 % après 15 ans*

RFP 65 : Remboursement flexible des primes, 100 % à 65 ans (disponible jusqu'à 49 ans, âge d'assurance)

RFP 20 : Remboursement flexible des primes, 100 % après 20 ans

T10 R & T \$ RPDT100 \$ RPD RFP 15 ou RFP 65T20 R & T \$ RPDT100 \$ RPD RFP 20
paiement 10 ansT25 R & T \$ RPDT100 \$ RPD RFP 20
paiement 20 ansT75 \$ RPD RFP 15 ou RFP 65

* T75 : disponible jusqu'à 60 ans, âge d'assurance; T100 : disponible jusqu'à 65 ans, âge d'assurance

 Avenant de prestation majorée

Avenant Revenu d'appoint (RA) → Veuillez répondre aux questions 11.B.

Montant de la prestation RA : \$/mois

(min. 100 \$, max. 2 000 \$ sans excéder la prestation admissible, section 11.B.2)

Durée de la protection : 2 ans Jusqu'à 65 ansType de protection : Accident et maladie Accident seulement (Aucune prestation n'est payable pour une prestation en cas de maladie.)Transition Enfant \$ **!** Remplir un formulaire d'ajout de protection F3.**!** Pour le contractant → Veuillez indiquer votre occupation (section 11.A.3) et compléter la section Déclarations d'assurabilité. EPIC à vie

PROTECTION DEMANDÉE**TRANSITION 4 MALADIES**

RPD : Remboursement des primes au décès	RFP 15 : Remboursement flexible des primes, 100 % après 15 ans*	RFP 65 : Remboursement flexible des primes, 100 % à 65 ans (disponible jusqu'à 49 ans, âge d'assurance)	RFP 20 : Remboursement flexible des primes, 100 % après 20 ans
---	---	---	--

T10 R & T Uniforme	<input type="text"/> \$	<input type="checkbox"/> RPD	T75	<input type="text"/> \$	<input type="checkbox"/> RPD	<input type="checkbox"/> RFP 15 ou <input type="checkbox"/> RFP 65
T10 R & T Décroissant 50 %	<input type="text"/> \$	<input type="checkbox"/> RPD	T100	<input type="text"/> \$	<input type="checkbox"/> RPD	<input type="checkbox"/> RFP 15 ou <input type="checkbox"/> RFP 65
T20 R & T Uniforme	<input type="text"/> \$	<input type="checkbox"/> RPD	T100	<input type="text"/> \$	<input type="checkbox"/> RPD	<input type="checkbox"/> RFP 20
T20 R & T Décroissant 50 %	<input type="text"/> \$	<input type="checkbox"/> RPD	paiement 10 ans			
T25 R & T Uniforme	<input type="text"/> \$	<input type="checkbox"/> RPD	T100	<input type="text"/> \$	<input type="checkbox"/> RPD	<input type="checkbox"/> RFP 20
T25 R & T Décroissant 50 %	<input type="text"/> \$	<input type="checkbox"/> RPD	paiement 20 ans			

* T75 : disponible jusqu'à 60 ans, âge d'assurance; T100 : disponible jusqu'à 65 ans, âge d'assurance

 Avenant de prestation majorée**Avenant Revenu d'appoint (RA) → Veuillez répondre aux questions 11.B.**Montant de la prestation RA : \$/moisDurée de la protection : 2 ans Jusqu'à 65 ans

(min. 100 \$, max. 2 000 \$ sans excéder la prestation admissible, section 11.B.2)

Type de protection : Accident et maladie Accident seulement (Aucune prestation n'est payable pour une prestation en cas de maladie.)Transition Enfant \$  Remplir un formulaire d'ajout de protection F3. Pour le contractant → Veuillez indiquer votre occupation (section 11.A.3) et compléter la section *Déclarations d'assurabilité*. EPIC à vie**8 AUTRES GARANTIES**Pour le contractant → Veuillez indiquer votre occupation (section 11.A.3) et compléter la section *Déclarations d'assurabilité*.

- Exonération des primes en cas d'invalidité du contractant (EPIC)
- Exonération des primes en cas du décès du contractant (EPDC)
- Exonération des primes en cas d'invalidité de l'assuré (EPIA) → Si le contractant est une compagnie.
- Fracture accidentelle (FA)
- | | | | |
|--|-------------------------|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Décès accidentel (DA) | <input type="text"/> \$ | <input type="checkbox"/> Soins paramédicaux | |
| <input type="checkbox"/> Décès et mutilation accidentels (DMA) | <input type="text"/> \$ | <input type="checkbox"/> Hospitalisation | <input type="text"/> \$ |
| <input type="checkbox"/> Garantie d'assurabilité (GA) | <input type="text"/> \$ | <input type="checkbox"/> Hospitalisation et soins à domicile | <input type="text"/> \$ |

MODULE ENFANT Pour chaque enfant assuré, remplir un formulaire d'ajout de protection (formulaire F3). L'ajout du Module enfant ou du Module enfant PLUS à un contrat émis avant le 1^{er} janvier 2017 n'est pas disponible. Ne pas désigner de bénéficiaire pour les protections modules enfant et maladie grave enfant.

Nombre d'enfants nés à couvrir : _____

- Module enfant \$
- Module enfant PLUS \$
- Maladie grave enfant \$

9 BÉNÉFICIAIRES

BÉNÉFICIAIRES – ASSURANCE VIE

⚠ L'absence de désignation constitue une désignation révoicable en faveur du ou des contractants (en parts égales), si différent(s) de l'assuré.

Ne pas désigner de bénéficiaire pour les protections modules enfant.

Bénéficiaire 1

Nom _____ Prénom _____

Sexe Date de naissance Lien avec la personne à assurer

M A A A A M M J J _____ % Révoicable

F _____ _____ Irrévoicable

Bénéficiaire subrogé 1 (nom, prénom) _____ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Révoicable <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Irrévoicable Date de naissance A A A A M M J J _____ % Lien avec la personne à assurer _____	Bénéficiaire subrogé 2 (nom, prénom) _____ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Révoicable <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Irrévoicable Date de naissance A A A A M M J J _____ % Lien avec la personne à assurer _____
---	---

Bénéficiaire 2

Nom _____ Prénom _____

Sexe Date de naissance Lien avec la personne à assurer

M A A A A M M J J _____ % Révoicable

F _____ _____ Irrévoicable

Bénéficiaire subrogé 1 (nom, prénom) _____ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Révoicable <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Irrévoicable Date de naissance A A A A M M J J _____ % Lien avec la personne à assurer _____	Bénéficiaire subrogé 2 (nom, prénom) _____ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Révoicable <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Irrévoicable Date de naissance A A A A M M J J _____ % Lien avec la personne à assurer _____
---	---

Bénéficiaire 3

Nom _____ Prénom _____

Sexe Date de naissance Lien avec la personne à assurer

M A A A A M M J J _____ % Révoicable

F _____ _____ Irrévoicable

Bénéficiaire subrogé 1 (nom, prénom) _____ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Révoicable <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Irrévoicable Date de naissance A A A A M M J J _____ % Lien avec la personne à assurer _____	Bénéficiaire subrogé 2 (nom, prénom) _____ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Révoicable <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Irrévoicable Date de naissance A A A A M M J J _____ % Lien avec la personne à assurer _____
---	---

Bénéficiaire 4

Nom _____ Prénom _____

Sexe Date de naissance Lien avec la personne à assurer

M A A A A M M J J _____ % Révoicable

F _____ _____ Irrévoicable

Bénéficiaire subrogé 1 (nom, prénom) _____ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Révoicable <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Irrévoicable Date de naissance A A A A M M J J _____ % Lien avec la personne à assurer _____	Bénéficiaire subrogé 2 (nom, prénom) _____ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Révoicable <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Irrévoicable Date de naissance A A A A M M J J _____ % Lien avec la personne à assurer _____
---	---

BÉNÉFICIAIRES – MALADIE GRAVE



L'absence de désignation constitue une désignation révocable en faveur du ou des contractants en parts égales.

Ne pas désigner de bénéficiaire pour la protection maladie grave enfant.

1. Prestations en cas de maladie grave

Contractant(s) - en parts égales le cas échéant **OU** Assuré **OU**

Bénéficiaire 1

Nom _____ Prénom _____

Sexe _____ Date de naissance _____ Lien avec la personne à assurer _____

M F Révocable Irrévocable
A A A A M M J J %

Bénéficiaire subrogé 1 (nom, prénom)

Sexe M Révocable F Irrévocable
%

Date de naissance _____

Lien avec la personne à assurer _____

Bénéficiaire subrogé 2 (nom, prénom)

Sexe M Révocable F Irrévocable
%

Date de naissance _____

Lien avec la personne à assurer _____

Bénéficiaire 2

Nom _____ Prénom _____

Sexe _____ Date de naissance _____ Lien avec la personne à assurer _____

M F Révocable Irrévocable
A A A A M M J J %

Bénéficiaire subrogé 1 (nom, prénom)

Sexe M Révocable F Irrévocable
%

Date de naissance _____

Lien avec la personne à assurer _____

Bénéficiaire subrogé 2 (nom, prénom)

Sexe M Révocable F Irrévocable
%

Date de naissance _____

Lien avec la personne à assurer _____

2. Remboursement des primes au décès

Nom _____ Prénom _____

Sexe _____ Date de naissance _____ Lien avec la personne à assurer _____

M F Révocable Irrévocable
A A A A M M J J %

Nom _____ Prénom _____

Sexe _____ Date de naissance _____ Lien avec la personne à assurer _____

M F Révocable Irrévocable
A A A A M M J J %

3. Remboursement flexible des primes du vivant de l'assuré

Contractant(s) - en parts égales le cas échéant **OU** Assuré → Révocable Irrévocable

FIDUCIAIRE* (si bénéficiaire de moins de 18 ans)

Nom, prénom _____ Sexe _____ Date de naissance _____ Lien avec la personne à assurer _____
 M F A A A A M M J J

* Il est recommandé de nommer un fiduciaire pour tout bénéficiaire d'âge mineur ou pour tout bénéficiaire qui ne serait pas apte à donner quittance valable.

Je nomme la personne nommée ci-dessus fiduciaire pour recevoir les prestations payables au nom de tout bénéficiaire qui n'a pas atteint l'âge de la majorité ou qui n'a pas les capacités légales nécessaires pour donner quittance.

Cette désignation est révocable et s'applique jusqu'à l'âge de la majorité du bénéficiaire nommé ci-après.

LA DÉSIGNATION DU FIDUCIAIRE EST SANS OBJET AU QUÉBEC.

Tout montant à payer à un bénéficiaire mineur sera payé pour son compte au(x) parent(s) ou au tuteur légal de ce bénéficiaire.

Pour (bénéficiaire) – Nom, prénom _____

Pour (bénéficiaire) – Nom, prénom _____

10 CLASSE DE RISQUE POUR LES CONTRATS OU LES AVENANTS TEMPORAIRES D'ASSURANCE VIE DE 2 000 001 \$ ET PLUS

Dans le cas où une tarification préférentielle peut être attribuée : Diminuer la prime Augmenter le capital

Si aucune directive n'est spécifiée, la prime sera diminuée.

11 ADMISSIBILITÉ

A Admissibilité

1) Usage de tabac

À quand remonte votre dernier usage de tabac sous quelque forme que ce soit (incluant cigarette, cigare, cigarillo, marijuana/cannabis mélangé avec tabac, cigarette électronique, gomme, timbre, tabac à mâcher ou à priser, noix de bétel, chicha, narguilé/pipe à eau, etc.)?

Jamais

Dans la dernière année, précisez →

Entre 1 et 3 ans

Entre 3 et 5 ans

Il y a plus de 5 ans

Cigarette

Cigarillo

Cigarette électronique

Gomme ou timbre de nicotine (*patch*)

Cigare, précisez combien de cigares vous avez fumés
au cours des 12 derniers mois : _____

Marijuana/cannabis mélangé avec tabac

Autre produit du tabac ou de nicotine (tabac à mâcher
ou à priser, noix de bétel, chicha, narguilé/pipe à eau, etc.)

TAXI FUMEUR

2) Statut légal

Êtes-vous né au Canada? OUI

NON → a. Votre pays de naissance : _____

↳ b. Habitez-vous au Canada depuis trois (3) ans et plus?

OUI

NON →

a. Habitez-vous au Canada depuis un (1) an et plus? OUI NON

b. Quel est votre statut légal?

Résident permanent Citoyen canadien

Permis de travail (autre que travailleur saisonnier)

Réfugié officiellement accepté au sens de la Convention

Autre : _____

⚠ Dans le but de réduire les délais de traitement de votre dossier, vous pouvez fournir votre numéro d'assurance sociale (NAS) à la section 1.

3) Scolarité, occupation, revenu et valeur nette

A. Plus haut niveau de scolarité complété : Aucun diplôme École de métiers Certificat universitaire Diplôme d'études supérieures
 Secondaire ou équivalent Collégial Baccalauréat

B. Occupation

Emploi : _____

Employeur (nom de l'entreprise) : _____

Secteur d'occupation :

Militaire

Industrie de la construction

Transport maritime (hors Canada)

Ressources naturelles

(forêt, mines, industrie pétrolière ou du gaz naturel)

Arts et spectacle (musique, cinéma, cirque, etc.)

Sport professionnel (athlète)

Sans emploi

En invalidité

Aucun de ces choix

C. Revenu et valeur nette

Revenu annuel avant impôts : _____ \$ → Le revenu annuel avant impôts inclut les revenus suivants : revenus d'emploi, pensions, retraites et rentes, revenus des placements financiers.

Valeur nette canadienne (actif-passif) : _____ \$ → Actif : ce qui vous appartient Passif : ce que vous devez

Valeur nette étrangère en dollars canadiens (\$ CA) :

Type d'actifs étrangers	Valeur	Moins le passif	Valeur nette
Placements	_____ \$ CA	_____ \$ CA	_____ \$ CA
Comptes bancaires	_____ \$ CA	_____ \$ CA	_____ \$ CA
Déclaration de revenus canadienne (T1 et T1135)	_____ \$ CA	_____ \$ CA	_____ \$ CA

4) But de l'assurance

Assurance personnelle

Assurance d'entreprise → Quel est votre statut dans l'entreprise?

Je suis l'unique propriétaire

Mon conjoint et moi sommes les seuls propriétaires

Je suis l'un des propriétaires → But de l'assurance :

Je suis un employé

Protection contre les créanciers (emprunt)

Rachat d'actions (actionnaire non actif)

Rachat d'actions (actionnaire actif)

Patrimoine, protection de la succession

Protection d'une personne clé

Autre : _____

B Questionnaire d'admissibilité aux produits d'assurance invalidité

1) Pour l'Avenant crédit invalidité et le Revenu d'appoint

- A- Travaillez-vous 21 heures ou plus par semaine? OUI NON → Avenants invalidité non offerts
B- Travaillez-vous 8 mois ou plus par année? OUI NON → Avenants invalidité non offerts
C- Votre travail comporte-t-il des tâches physiques? OUI* NON *Si oui, pourcentage (%) des tâches physiques : _____ %
D- Êtes-vous un travailleur autonome? OUI* NON *Si oui, pourcentage (%) du temps de travail par semaine effectué à la maison : _____ %

2) Pour le Revenu d'appoint seulement

Revenus d'emploi ou revenus nets d'entreprise et de profession

- Selon votre déclaration de revenus;
- Revenus avant impôts (moins les frais d'exploitation de l'entreprise, s'il y a lieu);
- Ils comprennent les bonis s'ils sont versés sur une base régulière. Ils excluent les revenus d'intérêts, de loyer, les gains de capitaux, les rentes de retraite ou tout autre revenu qui serait versé, que l'assuré soit invalide ou non.

Revenus d'emploi mensuels
ou revenus nets d'entreprise
et de profession

Montant mensuel d'assurance
invalidité individuelle et/ou
collective déjà en vigueur

Prestation
admissible

_____ \$/mois X 70 % = _____ \$/mois - _____ \$/mois = _____ \$/mois

! Une preuve de revenus sera exigée lors d'une éventuelle réclamation. Nous vous suggérons de joindre une preuve de revenus (déclaration de revenus) avec la proposition.

12 EXIGENCES

Exigences à commander

! Si cette partie n'est pas complétée et que des exigences sont à commander, iA Groupe financier fera la commande en se basant sur le tableau des exigences.

→ Utiliser cette section si les déclarations d'assurabilité ne sont pas requises.

1. Indiquer l'exigence : Entrevue téléphonique Signes vitaux Profil sanguin Examen Paramédical

2. Nom de l'organisme : _____ Numéro de l'autorisation : _____

3. Qui effectuera la commande des exigences?

Conseiller/Représentant Agent général/Agence iA Groupe financier (Veuillez fournir les informations ci-dessous.)

Dans quelle langue voulez-vous que le service soit fourni? Français Anglais Autre : _____

Quel est le numéro de téléphone du client pour planifier un rendez-vous? _____

Quel est le meilleur moment pour joindre le client? Semaine Fin de semaine / Avant-midi Après-midi Soirée

4. Qui préférez-vous avoir comme fournisseur de service pour ces exigences? _____

5. Si le volume d'assurance est supérieur à 5 000 000 \$, avez-vous fait les arrangements pour le rapport d'enquête? OUI NON

Si OUI, nom de l'organisme : _____

Partage des exigences commandées

→ Utiliser cette section si les déclarations d'assurabilité **ne sont pas** requises. Les exigences peuvent être obtenues d'une autre compagnie si elles datent de moins de 12 mois (moins de 6 mois pour les assurés âgés de 70 ans ou plus).

6. Est-ce que les exigences (autres que des déclarations d'assurabilité) pour une demande d'assurance **avec le même conseiller** doivent être obtenues d'une autre compagnie d'assurance? OUI NON

Si OUI, nom de la compagnie : _____ Numéro de référence : _____

Veuillez également compléter les sections 14 F et 14 G ainsi que les questionnaires correspondants lorsque requis.

Déclarations antérieures

7. Est-ce qu'une proposition d'assurance individuelle a été soumise pour ce client chez iA Groupe financier dans les 12 derniers mois (dans les 6 derniers mois pour les assurés âgés de 70 ans ou plus)? OUI NON

→ Si OUI, y a-t-il eu des changements dans votre situation depuis vos dernières déclarations?

OUI → Veuillez remplir les déclarations d'assurabilité. NON

13 PRÉDÉCLARATIONS (Dans le but de réduire les délais de traitement de votre dossier, vous pouvez remplir cette section.)

Avez-vous déjà consulté ou été traité pour l'une ou l'autre des maladies ou affections suivantes ou vous a-t-on informé que vous en étiez atteint?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral (AVC)/ischémie cérébrale transitoire (ICT) | <input type="checkbox"/> Hépatite B ou C (autre que porteur) |
| <input type="checkbox"/> Angine/infarctus (avec ou sans pontage/angioplastie) | <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn/colite ulcéreuse diagnostiquée il y a moins de 8 ans |
| <input type="checkbox"/> Cancer/tumeur maligne (toute localisation) | <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)/emphysème |
| <input type="checkbox"/> Dépression majeure au cours des 5 dernières années ou maladie affective bipolaire (toute durée) | <input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde/spondylarthrite |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Non |

Veillez fournir les détails pour chaque maladie ou affection déclarée.

Maladie ou affection	Date du diagnostic	Avez-vous été hospitalisé ou avez-vous subi une chirurgie?	Si oui, veuillez indiquer la date
	A A A A M M 	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	A A A A M M
	A A A A M M 	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	A A A A M M

Si vous avez indiqué « dépression majeure ou maladie affective bipolaire », avez-vous été en invalidité?

- OUI NON Si OUI, veuillez préciser les dates : De A A A A M M à A A A A M M
| | | | | | | | | | | |

Nom, prénom et adresse du médecin qui assure le suivi pour la ou les maladies ou affections déclarées :

14 DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ

NOTE : Ne pas remplir les déclarations d'assurabilité si des exigences ont été ou seront commandées pour cet assuré.

Pour **Transition 4 maladies**, veuillez répondre **SEULEMENT** aux questions indiquées par les **+**.

Pour toute autre protection seule ou jumelée à **Transition 4 maladies**, veuillez répondre **À TOUTES** les questions de la section « Déclarations d'assurabilité ».

Un contrat de bonne foi

IA Groupe financier souhaite être un partenaire d'affaires de premier plan pour vous. Nous nous engageons à émettre un contrat aux meilleures conditions possible afin d'offrir une sécurité d'esprit à vous et à vos proches. Ainsi, en répondant aux questions de cette proposition d'assurance, vous vous engagez à fournir des informations complètes et honnêtes.

Cependant, vous n'êtes pas tenu de nous mentionner les informations médicales ci-dessous :

- | | | |
|---|---|---|
| - Acné | - Grossesse, accouchement ou fausse couche sans complications | - Retrait des amygdales |
| - Allergies | - Hémorroïdes | - Retrait des végétations |
| - Chirurgie esthétique sans complications | - Ménopause | - Trouble de la vue corrigé par des lunettes ou des verres de contact |
| - Contraception | - Otite | |

A Histoire familiale

Est-ce qu'un membre de votre famille (père, mère, frère, sœur) souffre ou a déjà souffert d'une des conditions suivantes **avant l'âge de 65 ans**? OUI NON

Si oui, veuillez indiquer la condition et compléter le tableau ci-dessous. Vous n'avez pas à déclarer les antécédents familiaux d'hypertension, de cholestérol élevé ou de dépression.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer* | <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire (ex. : infarctus, MCAS) | <input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques | <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson | <input type="checkbox"/> Chorée de Huntington** |
| <input type="checkbox"/> Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou Lou Gehrig) | <input type="checkbox"/> Maladie neurologique** (excluant l'épilepsie) | <input type="checkbox"/> Autre maladie héréditaire** (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> Maladie polykystique des reins** | <input type="checkbox"/> Hémophilie** | <input type="checkbox"/> Inconnue, car j'ai été adopté ou je n'ai pas de contact avec ma famille |
| <input type="checkbox"/> Décès de cause inconnue | <input type="checkbox"/> Diabète | |

Lien de parenté	Veuillez préciser la maladie. (Exemple : le type de cancer*, le type de diabète, etc.)	Âge approximatif au diagnostic

* Si vous avez déclaré une histoire familiale de **cancer du sein** ou du **colon**, veuillez répondre à la **question 1 de la section 15 A**.

** Veuillez répondre à la **question 2 de la section 15 A**.

B Spécialistes et médicaments

1) **Au cours des cinq (5) dernières années**, avez-vous consulté un médecin spécialiste? (Veuillez vous référer à la liste ci-dessous.) OUI NON

Nous considérons les médecins suivants comme étant des médecins spécialistes :

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| - Cardiologue | - Gériatre | - Neurologue | - Psychiatre |
| - Chirurgien (toute spécialité) | - Gynécologue | - Oncologue | - Radiologiste |
| - Dermatologue | - Hématologue | - Ophtalmologiste | - Rhumatologue |
| - Endocrinologue | - Interniste (médecine interne) | - Oto-rhino-laryngologiste (ORL) | - Spécialiste en néonatalogie |
| - Gastro-entérologue | - Néphrologue | - Pneumologue | - Urologue |

1. Type de spécialiste (Ex. : cardiologue)	2. Cette consultation était-elle pour le suivi d'une condition déjà existante?	3. Est-ce qu'un diagnostic a été posé?	4. Avez-vous eu des examens ou des tests en lien avec cette consultation?
	<input type="checkbox"/> OUI, nom de la condition* : _____	<input type="checkbox"/> OUI, nom du diagnostic* : _____	<input type="checkbox"/> OUI (Si oui, veuillez répondre aux questions de la section 15 N.)
	<input type="checkbox"/> NON (Passez à 3.)	<input type="checkbox"/> NON, tout est normal (Passez à 4.)	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI, nom de la condition* : _____	<input type="checkbox"/> OUI, nom du diagnostic* : _____	<input type="checkbox"/> OUI (Si oui, veuillez répondre aux questions de la section 15 N.)
	<input type="checkbox"/> NON (Passez à 3.)	<input type="checkbox"/> NON, tout est normal (Passez à 4.)	<input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI, nom de la condition* : _____	<input type="checkbox"/> OUI, nom du diagnostic* : _____	<input type="checkbox"/> OUI (Si oui, veuillez répondre aux questions de la section 15 N.)
	<input type="checkbox"/> NON (Passez à 3.)	<input type="checkbox"/> NON, tout est normal (Passez à 4.)	<input type="checkbox"/> NON

* Veuillez également répondre aux questions de la section 15 correspondant à ces conditions (ex. : asthme) ou de la section 15 0 (Questionnaire général médical) le cas échéant. Au besoin, veuillez vous référer au tableau *Conditions médicales et questionnaires additionnels* en annexe.

- 2) **Au cours des deux (2) dernières années**, avez-vous eu des **CONDITIONS MÉDICALES** pour lesquelles on vous a prescrit ou renouvelé un médicament à prendre pour **plus de trente (30) jours consécutifs**? OUI NON

Si oui, veuillez énumérer chacune de ces CONDITIONS et répondre aux questionnaires correspondants de la section 15 (ex. : section 15 G pour asthme, 15 E pour HTA, etc., ou section 15 O - Questionnaire général médical). Au besoin, veuillez vous référer au tableau *Conditions médicales et questionnaires additionnels* en annexe.

C Santé mentale et neurologique

- 1) **Au cours des cinq (5) dernières années**, avez-vous déjà consulté ou été traité pour des troubles de santé mentale? (Par exemple : dépression, anxiété, trouble de la personnalité, tentative de suicide, stress, insomnie) OUI NON

Si oui, veuillez énumérer toutes les conditions et répondre aux questions de la section 15 D.

- 2) Êtes-vous atteint ou vous a-t-on déjà diagnostiqué un trouble ou une maladie du système nerveux ou neurologique? (Voir liste ci-dessous.) OUI NON

Si oui, veuillez cocher toutes les conditions qui s'appliquent et veuillez répondre aux questions de la section 15 O pour chaque trouble ou maladie sélectionné.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Déficience cognitive ou mentale | <input type="checkbox"/> Retard de développement | <input type="checkbox"/> Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou Lou Gehrig) |
| <input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques | <input type="checkbox"/> Autres troubles ou maladies : |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson | <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme | |
| <input type="checkbox"/> Paralyse cérébrale | <input type="checkbox"/> Syndrome de Down (trisomie 21) | |

D Conditions médicales générales

- 1) **Au cours des cinq (5) dernières années**, avez-vous déjà consulté ou été traité pour des troubles des muscles et des os? (Par exemple : arthrite, tendinite, fracture, douleur au dos) OUI NON

Si oui, énumérez tous les troubles et répondez aux questions comme indiqué :

1. Trouble musculo-squelettique	2. Ce trouble a-t-il déjà entraîné des récurrences au cours des deux (2) dernières années ou est-il présent actuellement?	3. Êtes-vous guéri de ce trouble depuis au moins 12 mois?
	<input type="checkbox"/> OUI → Questions à la section 15 B ou 15 C <input type="checkbox"/> NON (Passez à 3.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → Questions à la section 15 B ou 15 C
	<input type="checkbox"/> OUI → Questions à la section 15 B ou 15 C <input type="checkbox"/> NON (Passez à 3.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → Questions à la section 15 B ou 15 C
	<input type="checkbox"/> OUI → Questions à la section 15 B ou 15 C <input type="checkbox"/> NON (Passez à 3.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → Questions à la section 15 B ou 15 C

- 2) Êtes-vous atteint ou vous a-t-on déjà diagnostiqué l'une des maladies ou l'un des troubles ci-dessous? OUI NON

Si oui, veuillez cocher toutes les conditions qui s'appliquent et veuillez répondre aux questions de la section indiquée à côté de chaque condition sélectionnée.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Accident cérébrovasculaire (AVC) → section 15 O | <input type="checkbox"/> Hépatite B ou C → section 15 O | <input type="checkbox"/> Perte de vision temporaire ou cécité → section 15 O |
| <input type="checkbox"/> Anévrisme → section 15 O | <input type="checkbox"/> Ischémie cérébrale transitoire (ICT) → section 15 O | <input type="checkbox"/> Surdité → section 15 O |
| <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil → section 15 M | <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn/ Colite ulcéreuse → section 15 O | <input type="checkbox"/> Tout trouble au cœur ou aux vaisseaux sanguins → section 15 O |
| <input type="checkbox"/> Asthme et présentement fumeur → section 15 G | <input type="checkbox"/> Maladie héréditaire → section 15 O | <input type="checkbox"/> Tumeur, kyste, nodule, masse, fibrome ou polype → section 15 O |
| <input type="checkbox"/> Cancer → section 15 O | <input type="checkbox"/> Maladie musculaire familiale (dystrophie musculaire) → section 15 O | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA → section 15 O |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie bariatrique → section 15 O | <input type="checkbox"/> Malformations et/ou maladies congénitales → section 15 O | <input type="checkbox"/> Hernie discale → section 15 B |
| <input type="checkbox"/> Tout type de diabète ou intolérance au glucose → section 15 I | | |

E Investigation et stature

- 1) Êtes-vous sous investigation médicale, en attente de résultats, en invalidité ou avez-vous des signes ou des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté ou vous a-t-on conseillé de subir un test diagnostique qui n'a pas encore été effectué? OUI NON

Si oui, veuillez fournir le plus de détails possible : nature des symptômes, raison de l'invalidité, nature des examens conseillés.

Nom, prénom et adresse du médecin qui assure le suivi pour la ou les maladies ou affections déclarées :

Date de la dernière consultation :

A	A	A	A	M	M

2) Pour cette question, vous ne devez pas nous mentionner les examens effectués dans le cadre d'un programme gouvernemental.

Au cours des trois dernières années, avez-vous eu des examens diagnostiques tels que : échographie, électrocardiogramme (ECG) de repos ou d'effort, scintigraphie, scan, imagerie par résonance magnétique (IRM), biopsie, mammographie, colonoscopie, colposcopie, etc.?

OUI NON

Si oui, énumérez le ou les examens et répondez aux questions de la section 15 N* :

*Au besoin, veuillez vous référer au tableau Conditions médicales et questionnaires additionnels en annexe.

3) Taille et poids

a. Taille : _____ pi cm

Poids : _____ lb kg

b. Au cours de la dernière année, votre poids a-t-il diminué de plus de 10 lb/5 kg (excluant en raison d'un accouchement)?

OUI → Combien de lb/kg avez-vous perdu? : _____ lb kg

NON

F Voyages, COVID-19 et sports

1) Voyages à l'étranger

Au cours des deux (2) prochaines années, prévoyez-vous voyager ou résider à l'extérieur du Canada ou des États-Unis? Répondez OUI uniquement si la durée totale de vos voyages sera de 9 semaines ou plus.

OUI NON

Si oui, veuillez répondre aux questions de la section 15 S.

2) COVID-19

a. Dans les 4 dernières semaines, avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada ou avez-vous transité par un aéroport?

OUI NON

Si oui, précisez les endroits visités et/ou par lesquels vous avez transité, et la date de retour :

Asie Date de retour :

A	A	A	A	M	M	J	J

Océanie Date de retour :

A	A	A	A	M	M	J	J

Afrique Date de retour :

A	A	A	A	M	M	J	J

Amérique du Nord Date de retour :

A	A	A	A	M	M	J	J

Europe Date de retour :

A	A	A	A	M	M	J	J

Amérique du Sud Date de retour :

A	A	A	A	M	M	J	J

b. Éprouvez-vous des symptômes de fièvre, de toux ou de difficultés respiratoires?

OUI NON

c. Dans les 4 dernières semaines, est-ce que vous ou un proche avez été en contact avec un cas confirmé ou présumé d'infection par le coronavirus COVID-19?

OUI NON

d. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé en raison de la maladie à coronavirus COVID-19?

OUI NON

Si oui : → Fournir la date de l'hospitalisation :

A	A	A	A	M	M	J	J

→ Indiquer le nom et l'adresse complète du médecin ou de l'établissement de santé qui peut nous fournir les informations complètes.

Nom du médecin ou de l'établissement : _____

Adresse complète : _____

3) Sports et aviation

Au cours de la dernière année, avez-vous pratiqué l'aviation (autrement que comme passager), la plongée sous-marine, le parachutisme, l'hélisti, un sport d'hiver en zone à risque d'avalanches, le deltaplane, le parapente, l'alpinisme, l'escalade, un sport de combat, la course automobile ou de moto ou prévoyez-vous le faire dans la prochaine année?

OUI NON

Si oui, veuillez cocher les loisirs pratiqués et répondre aux questions de la section 15 S.

Alpinisme ou escalade à l'extérieur

Hélisti ou sports d'hiver en zone à risque d'avalanches

Plongée sous-marine avec exploration d'épaves, sous la glace, en caverne, sauvetage ou plongée de plus de 75 pieds (23 mètres)

Aviation (y compris le parapente et le deltaplane)

Parachutisme autre qu'avec un instructeur en tandem

Je ne pratique aucun des loisirs tels que décrits (Ne pas remplir la section 15 S.)

Course automobile ou de moto

Sport de combat

G Habitudes de vie

- 1) **Au cours des cinq (5) dernières années**, vous a-t-on suspendu ou retiré votre permis de conduire (**excluant en raison de contraventions non payées**)? OUI NON
Si oui, veuillez répondre aux questions de la section 15 R.
- 2) **Au cours des trois (3) dernières années**, avez-vous commis 4 infractions ou plus au Code de la route (**excluant les contraventions de stationnement**)? OUI NON
Si oui, veuillez répondre aux questions de la section 15 R.
- 3) **Au cours des dix (10) dernières années**, avez-vous été emprisonné, accusé ou reconnu coupable d'un acte criminel? OUI NON
Si oui, veuillez répondre aux questions de la section 15 S.
- 4) En moyenne, prenez-vous plus de douze (12) consommations d'alcool par semaine?
(Une consommation = 1 bouteille de bière ou 1 verre de vin ou 1 once d'alcool) OUI NON
Si oui, veuillez répondre aux questions de la section 15 P.
- 5) **En moyenne, dans la dernière année**, avez-vous consommé de la marijuana, du cannabis ou du haschich **plus d'une fois par semaine**? OUI NON
Si oui, veuillez répondre aux questions de la section 15 Q.



- 6) **Au cours des dix (10) dernières années**, avez-vous consommé des drogues **autres que** de la marijuana, du cannabis ou du haschich?
(par exemple : stéroïdes anabolisants, *ecstasy*, *speed*, GHB, champignons hallucinogènes, cocaïne, héroïne, etc.) OUI NON
Si oui, veuillez répondre aux questions de la section 15 Q.



- 7) Avez-vous déjà été traité pour usage d'alcool ou de drogues, participé à des groupes de soutien ou vous a-t-on déjà recommandé de réduire votre consommation ou de recevoir des traitements? OUI NON
- Si oui, pour quelle(s) raison(s)?
- Consommation d'alcool → **Veuillez répondre aux questions de la section 15 P.**
- Consommation de drogues → **Veuillez répondre aux questions de la section 15 Q.**

H Médecins et rapport de médecins

- 1) Avez-vous un médecin de famille ou un établissement de santé habituel? OUI NON
Si oui, veuillez indiquer son nom et son adresse complète :



Quelle est la date de votre dernière consultation médicale?

A	A	A	A	M	M

- 2) Est-ce que ce médecin ou cet établissement de santé possède toutes les informations sur les conditions déclarées? OUI NON
Si non, veuillez indiquer le nom et l'adresse des médecins et/ou des établissements de santé qui possèdent les informations médicales sur chacune de ces conditions.



Condition ou raison	Nom du médecin ou de l'établissement de santé	Adresse	Date de la dernière consultation												
			<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M						
A	A	A	A	M	M										
			<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M						
A	A	A	A	M	M										
			<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M						
A	A	A	A	M	M										
			<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M						
A	A	A	A	M	M										

15 QUESTIONNAIRES ADDITIONNELS

QUESTIONNAIRES MÉDICAUX

A Histoire familiale

1. Veuillez indiquer si, en raison de votre histoire familiale de **cancer**, vous avez passé un examen tel que :

- Mammographie : NON OUI → Date

A	A	A	A	M	M

 Résultats normaux? NON* OUI
- Coloscopie (colonoscopie) : NON OUI → Date

A	A	A	A	M	M

 Résultats normaux? NON* OUI

* Si non, veuillez fournir les détails de votre condition ou de votre situation (par exemple : diagnostic précis, date, traitements, médication, suivis médicaux, complications, examens effectués, arrêts de travail, etc.) :

2. Veuillez fournir plus d'informations concernant l'histoire familiale de maladie **héréditaire** ou **neurologique** (diagnostic précis, types de manifestations chez la personne atteinte, examen de dépistage, résultats, nom et adresse du médecin consulté, etc.) :

B Troubles au dos (Exemples : entorse au cou, entorse lombaire, hernie discale, douleur au milieu du dos, etc.)

Trouble(s) déclaré(s)	I.	II.	III.																																				
Veuillez indiquer l'emplacement de la douleur ou de l'inconfort :																																							
- Région cervicale (cou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
- Région thoracique (milieu du dos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
- Région lombaire et sacrée (bas du dos, y compris nerf sciatique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
- Autre, spécifiez :	_____	_____	_____																																				
Veuillez indiquer parmi la liste ci-dessous le type de traitement reçu ou à venir :																																							
- Infiltration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
- Médication anti-inflammatoire ou relaxant musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
- Médication dérivée de la morphine, d'opiacé ou de la marijuana/du cannabis*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
- Médication dérivée de la méthadone*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
- Marijuana/cannabis*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
- Traitement avec professionnel de la santé (ex. : physiothérapeute, ostéopathe, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
- Opération ou chirurgie passée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
- Opération ou chirurgie future*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
- Autre traitement* (Précisez) :	_____	_____	_____																																				
- Aucun traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Date des dernières manifestations, des derniers symptômes ou du dernier épisode :	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M							<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M							<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M						
A	A	A	A	M	M																																		
A	A	A	A	M	M																																		
A	A	A	A	M	M																																		
*Veuillez fournir les détails de votre traitement (type, nom de la médication, fréquence d'usage, date de début et de fin, etc.) :	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____																																				

Laquelle des descriptions ci-dessous reflète le mieux votre condition?			
– Légère – Aucune limitation ou restriction dans les activités de la vie quotidienne. Peu ou pas de symptômes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Modérée – Quelques limitations ou restrictions dans les activités de la vie quotidienne. Symptômes intermittents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Sévère – Plusieurs limitations ou restrictions dans les activités de la vie quotidienne. Symptômes constants ou chroniques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veillez spécifier ou préciser votre condition (S.V.P. fournir le plus de détails possible.) :	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Combien de jours avez-vous été en arrêt de travail (ou absent de l'école) en raison de cette condition au cours des douze (12) derniers mois?			
Combien d'épisodes distincts avez-vous subi concernant cette condition au cours des trois (3) dernières années?			
Est-ce que votre problème de dos est causé par une hernie discale?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Veillez indiquer la fréquence des traitements et des symptômes, la durée et les dates de votre invalidité et des épisodes où vous avez souffert de cette condition :	_____	_____	_____

C Troubles musculo-articulaires (Exemples : dislocation du coude, entorse à la cheville, arthrite au genou, capsulite à l'épaule, bursite, etc.)

Trouble(s) déclaré(s)	I.	II.	III.
Veillez indiquer le membre affecté et le côté atteint (Ex. : épaule gauche, coude droit, les deux hanches, etc.) :			
Veillez indiquer parmi la liste ci-dessous le type de traitement reçu ou à venir :			
– Infiltration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Médication anti-inflammatoire ou relaxant musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Médication dérivée de la morphine, d'opiacé ou de la marijuana/du cannabis*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Médication dérivée de la méthadone*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Marijuana/cannabis*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Traitement avec professionnel de la santé (ex. : physiothérapeute, ostéopathe, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Opération ou chirurgie passée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Opération ou chirurgie future	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Autre traitement* (Précisez.) :	_____	_____	_____
– Aucun traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date des dernières manifestations, des derniers symptômes ou du dernier épisode :	A A A A M M 	A A A A M M 	A A A A M M
*Veillez fournir les détails de votre traitement (type, nom de la médication, fréquence d'usage, date de début et de fin, etc.):	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Combien de jours avez-vous été en arrêt de travail (ou absent de l'école) en raison de cette condition au cours des douze (12) derniers mois?			
Combien d'épisodes distincts avez-vous subi concernant cette condition au cours des trois (3) dernières années?			
Cette condition a-t-elle requis l'installation d'une prothèse, orthèse ou toute autre aide artificielle?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, veuillez fournir plus d'informations concernant votre traitement (types de traitements, suivis, complications, etc.) :	_____	_____	_____
Veillez indiquer la fréquence des traitements et des symptômes, la durée et les dates de votre invalidité et des épisodes où vous avez souffert de cette condition :	_____	_____	_____

D Santé mentale (Exemples : trouble de l'humeur, trouble d'anxiété généralisé, dépression, trouble d'adaptation, stress, psychose, trouble bipolaire, trouble de la personnalité, etc.)

Condition(s) déclarée(s)	I.	II.	III.
Veuillez indiquer tous les épisodes de symptômes pour chaque condition déclarée :			
a) Durée (jours, semaines ou mois)			
Date de début	A A A A M M	A A A A M M	A A A A M M
b) Durée (jours, semaines ou mois)			
Date de début	A A A A M M	A A A A M M	A A A A M M
Avez-vous déjà eu des arrêts de travail ou de l'invalidité en raison d'une de ces conditions? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Si oui, veuillez indiquer tous les épisodes d'invalidité pour cette condition :			
a) Durée (jours, semaines ou mois)			
Date de début	A A A A M M	A A A A M M	A A A A M M
b) Durée (jours, semaines ou mois)			
Date de début	A A A A M M	A A A A M M	A A A A M M
Combien de médicaments différents prenez-vous actuellement pour traiter ces conditions?			
Si vous ne prenez aucun (zéro) médicament, avez-vous déjà pris de la médication pour votre condition?			
Si oui, quelle est la date de votre dernier traitement par médicament?			
Avez-vous déjà été hospitalisé ou suivi un traitement à l'hôpital pour cette maladie?			
Si oui, veuillez nous fournir plus de détails concernant votre hospitalisation ou votre thérapie (dates, traitements, complications, suivis, examens passés, etc.) :			

E Hypertension artérielle (Exemples : HTA, hypertension, tension artérielle élevée, haute pression, etc.)

1) Votre condition est-elle bien contrôlée et sans complication selon votre médecin?

OUI

NON → Veuillez fournir plus d'informations concernant les complications de votre condition (types de complications, dates, examens, traitements, suivis, etc.) :

2) Êtes-vous actuellement sous médication pour cette condition?

NON → Veuillez spécifier ou préciser votre condition (S.V.P. fournir le plus de détails possible.) :

OUI → Votre médication a-t-elle été modifiée dans les 6 derniers mois (ajout/remplacement d'un médicament ou hausse du dosage)? OUI NON

F Cholestérol (Exemples : cholestérol élevé, dyslipidémie, triglycérides élevés, lipides élevés, etc.)

1) Quelle est la date du diagnostic?

--	--	--	--	--	--	--

2) Votre médecin vous a-t-il déjà confirmé que vous étiez atteint d'hypercholestérolémie familiale (dyslipidémie familiale)? OUI NON

3) Êtes-vous actuellement sous médication pour cette condition? OUI

NON → Avez-vous déjà été traité pour votre condition?

NON

OUI → Pour quelle(s) raison(s) avez-vous cessé de prendre de la médication?

Perte de poids

Augmentation de la

pratique d'activités physiques

Meilleure alimentation (diète, régime, etc.)

Enceinte actuellement ou dans le passé

Autre : _____

G Asthme (Exemples : asthmatique, crise d'asthme, bronchite asthmatique, asthme allergique, etc.)

- 1) Combien de fois par semaine ressentez-vous des symptômes? _____ / semaine
- 2) Combien de fois par semaine prenez-vous de la médication pour votre condition? _____ / semaine
- 3) Avez-vous pris des comprimés de stéroïdes par voie orale (par exemple : Prednisone ou Prednisolone) pour cette condition au cours des douze (12) derniers mois? OUI NON
- 4) Avez-vous été hospitalisé au cours des douze (12) derniers mois pour cette condition? OUI NON
- 5) Combien de jours avez-vous été en arrêt de travail (ou absent de l'école) en raison de cette condition au cours des douze (12) derniers mois? _____

H Hypothyroïdie (Exemples : hypoactivité de la thyroïde, hypoT4, etc.)

- Votre condition est-elle sous contrôle et sans complications? OUI NON
- Si non, veuillez fournir plus d'informations concernant les complications liées à votre condition (types de complications, dates, examens, traitements, suivis, etc.) :

I Diabète (Exemples : diabète de type 1 ou 2, intolérance au glucose, diabète de grossesse ou gestationnel, etc.)

- 1) Quelle situation représente votre condition actuellement?
- Type 1 (diabète juvénile ou insulino-dépendant) Diabète de grossesse courant Intolérance au glucose
- Type 2 (diabète non insulino-dépendant) Antécédent de diabète de grossesse Diabète de type inconnu
- Antécédent de diabète (autre que de grossesse)

2) Quelle est la date du diagnostic?

A	A	A	A	M	M

- 3) Quel est le traitement actuel pour votre diabète?
- Diète ou régime Médication orale Insuline Aucun

Si vous avez répondu « antécédent de diabète de grossesse » :

- 4) Êtes-vous enceinte présentement?
- OUI → Êtes-vous à plus de 24 semaines de grossesse? OUI NON
- NON → Êtes-vous complètement rétablie de cette condition, selon votre médecin? OUI NON

J Reflux gastro-oesophagien (Exemples : dyspepsie, mal à l'estomac, brûlure d'estomac, reflux acide, reflux gastrique, RGO, troubles digestifs, etc.)

- 1) Veuillez indiquer la sévérité de vos symptômes :
- Symptômes légers, pas d'interférence avec les activités de la vie quotidienne, pas de médication.
- Symptômes modérés, quelques interférences avec les activités de la vie quotidienne, sous médication.
- Symptômes sévères, beaucoup d'interférences avec les activités de la vie quotidienne.
- 2) Si symptômes sévères, veuillez fournir plus d'informations concernant votre condition et les symptômes (types de symptômes, complications, traitements, suivis, etc.) :

3) Avez-vous des tests, examens ou chirurgies à venir pour cette condition? OUI NON

4) Si oui, veuillez fournir plus d'informations sur les examens ou les chirurgies à venir (types d'examen ou chirurgies, dates, suivis, etc.) :

5) La condition médicale a-t-elle été confirmée comme étant bénigne ou non maligne?

- OUI NON → Puisque votre condition n'était pas bénigne, veuillez fournir plus de détails (diagnostics, traitements, suivis, etc.) :

K Trouble déficitaire de l'attention (Exemples : trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, TDAH, trouble de la concentration, hyperactivité, etc.)

→ Si vous avez moins de 18 ans, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

1) Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation?

Degré de scolarité normal pour l'âge, école régulière, aucun trouble associé. → Poursuivez à la question 3.

Cheminement scolaire inadéquat ou présence de troubles associés. → Poursuivez à la question 2.

2) Veuillez fournir plus de détails sur votre condition (symptômes, absence du travail ou de l'école, cheminement d'emploi ou scolaire, etc.):

3) Avez-vous déjà été référé à un médecin spécialiste pour cette condition? OUI NON

4) Combien avez-vous de suivis par année pour cette condition? _____

5) Combien de médicaments différents prenez-vous actuellement pour traiter cette condition? _____

→ Si vous avez 18 ans et plus, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

1) Veuillez préciser le degré de votre trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/TDAH) :

Léger – Peu ou pas d'impact sur les activités de la vie quotidienne → Poursuivez à la question 2.

Impact modéré sur les activités de la vie quotidienne (désorganisation, absences du travail, etc.) → Poursuivez à la question 3.

Sévère → Poursuivez à la question 3.

Rétabli, antécédent de déficit de l'attention → Date du dernier traitement pour cette condition :

A	A	A	A	M	M
---	---	---	---	---	---

2) Si vous avez répondu « léger », combien de médicaments différents prenez-vous actuellement pour traiter cette condition? _____

Si vous avez répondu plus d'un médicament, veuillez nous fournir plus d'informations concernant votre traitement :

3) Si vous avez répondu « modéré » ou « sévère », veuillez fournir plus de détails sur votre condition (symptômes, absence du travail ou de l'école, cheminement d'emploi ou scolaire, etc.) :

L Migraine et céphalée (Exemples : céphalées, maux de tête, mal de tête, migraine, etc.)

1) Parmi les choix suivants, lequel décrit le mieux vos maux de tête?

(a) Augmentation de la fréquence et/ou apparition récente et toujours sous investigation

(c) Modérés avec utilisation de médicaments sans ordonnance et/ou utilisation occasionnelle de médicaments d'ordonnance

(b) Légers/occasionnels avec ou sans utilisation de médicaments sans ordonnance

(d) Sévères, persistants et résistants à la médication

2) Si (a) ou (d), veuillez fournir plus d'informations concernant votre condition et les symptômes (types de symptômes, complications, traitements, suivis, etc.) :

M Apnée du sommeil (Exemples : syndrome apnée obstructive du sommeil, apnée obstructive, syndrome d'apnée hypopnée, etc.)

1) Quel était le degré de sévérité de votre condition au moment du diagnostic?

Léger Modéré Sévère Inconnu

2) Êtes-vous actuellement traité avec un appareil CPAP (ventilation à pression positive continue) ou BIPAP (dispositif à pression positive double niveau)?

OUI → Nombre d'heures d'utilisation par nuit : _____ h/nuit. Veuillez nous fournir la date du début de votre traitement :

A	A	A	A	M	M
---	---	---	---	---	---

NON

3) Avez-vous subi une investigation complète pour cette condition médicale?

OUI NON → Veuillez fournir plus d'informations concernant votre investigation incomplète (examens faits, traitements, suivis à faire, investigations à venir, dates, etc.) :

4) Vous a-t-on diagnostiqué une apnée du sommeil centrale? OUI NON

5) L'apnée du sommeil affecte-t-elle vos activités quotidiennes normales?

NON OUI → Veuillez spécifier ou préciser votre condition (S.V.P. fournir le plus de détails possible.) :

6) Avez-vous eu un accident d'auto au cours des trois (3) dernières années? OUI NON

N Tests ou examens diagnostiques

1) Nom de l'examen : _____

a. Vous a-t-on confirmé que les résultats étaient normaux?

OUI NON → Veuillez fournir plus d'informations concernant vos résultats (diagnostic précis, traitements, date du diagnostic, suivis, etc.) :

b. Veuillez indiquer la date de l'examen :

A	A	A	A	M	M

c. Veuillez fournir plus de détails concernant le test ou l'examen (par exemple: raison pour laquelle vous avez passé l'examen, traitements, médication, suivis médicaux, complications, examens effectués, arrêts de travail, etc.) :

2) Nom de l'examen : _____

a. Vous a-t-on confirmé que les résultats étaient normaux?

OUI NON → Veuillez fournir plus d'informations concernant vos résultats (diagnostic précis, traitements, date du diagnostic, suivis, etc.) :

b. Veuillez indiquer la date de l'examen :

A	A	A	A	M	M

c. Veuillez fournir plus de détails concernant le test ou l'examen (par exemple : raison pour laquelle vous avez passé l'examen, traitements, médication, suivis médicaux, complications, examens effectués, arrêts de travail, etc.) :

3) Nom de l'examen : _____

a. Vous a-t-on confirmé que les résultats étaient normaux?

OUI NON → Veuillez fournir plus d'informations concernant vos résultats (diagnostic précis, traitements, date du diagnostic, suivis, etc.) :

b. Veuillez indiquer la date de l'examen :

A	A	A	A	M	M

c. Veuillez fournir plus de détails concernant le test ou l'examen (par exemple : raison pour laquelle vous avez passé l'examen, traitements, médication, suivis médicaux, complications, examens effectués, arrêts de travail, etc.) :

O Questionnaire général médical

1) Veuillez fournir le diagnostic précis de votre condition : _____

2) Quelle est la date du diagnostic?

A	A	A	A	M	M

3) Avez-vous eu des traitements (y compris la médication) par rapport à votre condition?

NON OUI → Veuillez fournir plus d'informations concernant le ou les traitements reçus (chirurgie, médication, dosage, durée, fréquence, suivis, etc.) :

4) Avez-vous eu des examens ou des tests par rapport à votre condition?

NON OUI → Veuillez fournir plus d'informations concernant les examens ou les tests (types d'examen, résultats, dates, suivis, etc.) :

5) Avez-vous déjà eu des arrêts de travail ou de l'invalidité en raison de votre condition?

NON OUI → Veuillez fournir les dates de début et de fin de l'arrêt de travail ou de l'invalidité :

Début :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M							Fin :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M						
A	A	A	A	M	M																						
A	A	A	A	M	M																						
Début :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M							Fin :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M						
A	A	A	A	M	M																						
A	A	A	A	M	M																						
Début :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M							Fin :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M						
A	A	A	A	M	M																						
A	A	A	A	M	M																						

6) Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre condition?

NON OUI → Veuillez fournir les dates et les durées des hospitalisations :

Date :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M							Durée :	_____
A	A	A	A	M	M										
Date :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M							Durée :	_____
A	A	A	A	M	M										
Date :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M							Durée :	_____
A	A	A	A	M	M										

7) Êtes-vous complètement rétabli de cette condition?

OUI → Veuillez fournir la date de votre rétablissement :

A	A	A	A	M	M

NON → Veuillez fournir plus de détails sur votre condition : _____

8) Veuillez fournir tout autre détail pertinent concernant votre condition :

1) Veuillez fournir le diagnostic précis de votre condition : _____

2) Quelle est la date du diagnostic?

A	A	A	A	M	M

3) Avez-vous eu des traitements (y compris la médication) par rapport à votre condition?

NON OUI → Veuillez fournir plus d'informations concernant le ou les traitements reçus (chirurgie, médication, dosage, durée, fréquence, suivis, etc.) :

4) Avez-vous eu des examens ou des tests par rapport à votre condition?

NON OUI → Veuillez fournir plus d'informations concernant les examens ou les tests (types d'examens, résultats, dates, suivis, etc.) :

5) Avez-vous déjà eu des arrêts de travail ou de l'invalidité en raison de votre condition?

NON OUI → Veuillez fournir les dates de début et de fin de l'arrêt de travail ou de l'invalidité :

Début :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M							Fin :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M						
A	A	A	A	M	M																						
A	A	A	A	M	M																						
Début :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M							Fin :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M						
A	A	A	A	M	M																						
A	A	A	A	M	M																						
Début :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M							Fin :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M						
A	A	A	A	M	M																						
A	A	A	A	M	M																						

6) Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre condition?

NON OUI → Veuillez fournir les dates et les durées des hospitalisations :

Date :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M							Durée :	_____
A	A	A	A	M	M										
Date :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M							Durée :	_____
A	A	A	A	M	M										
Date :	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M							Durée :	_____
A	A	A	A	M	M										

7) Êtes-vous complètement rétabli de cette condition?

OUI → Veuillez fournir la date de votre rétablissement :

A	A	A	A	M	M

NON → Veuillez fournir plus de détails sur votre condition : _____

8) Veuillez fournir tout autre détail pertinent concernant votre condition :

QUESTIONNAIRES NON MÉDICAUX

P Alcool

À compléter si vous avez répondu « OUI » à la question 14.G.4 ou 14.G.7 (consommation d'alcool).

1) Veuillez préciser votre consommation d'alcool actuelle **par semaine** (1 consommation = 1 bouteille de bière ou 1 verre de vin ou 1 once d'alcool) : _____ /semaine

2) Avez-vous déjà réduit votre consommation d'alcool?

NON

OUI → Veuillez répondre aux questions suivantes :

a) Veuillez indiquer la date de la diminution :

A	A	A	A	M	M

b) Veuillez préciser votre consommation d'alcool passée **par semaine** (1 consommation = 1 bouteille de bière ou 1 verre de vin ou 1 once d'alcool) : _____ /semaine

Q Drogues

Cannabis (marijuana, haschich, etc.) → À compléter si vous avez répondu « OUI » à la question 14.G.5, 14.G.6 ou 14.G.7 (consommation de drogues).

Avez-vous déjà consommé du cannabis (marijuana, haschich, etc.)?

NON

OUI → Consommez-vous du cannabis (marijuana, haschich, etc.) actuellement ou en avez-vous utilisé dans la dernière année?

NON → Quand en avez-vous consommé la dernière fois?

A	A	A	A	M	M

Veuillez indiquer la quantité et la fréquence moyenne de votre consommation de cannabis (marijuana, haschich, etc.) avant l'arrêt :

Consommation : _____ par : _____ (Jour/semaine/mois)

OUI → Veuillez indiquer la quantité et la fréquence moyenne de votre consommation actuelle de cannabis (marijuana, haschich, etc.) :

Consommation : _____ par : _____ (Jour/semaine/mois)

Avez-vous diminué votre consommation? NON

OUI → Veuillez indiquer la quantité et la fréquence moyenne de votre consommation de marijuana/cannabis avant diminution :

Consommation : _____ par : _____ (Jour/semaine/mois)

Depuis quand avez-vous diminué votre consommation ? :

A	A	A	A	M	M

Autres drogues

Avez-vous déjà consommé d'autres types de drogues?

NON OUI → Veuillez déclarer tout usage de drogues excluant cannabis (marijuana, haschich, etc.) :

Types de drogues	Dernière utilisation	Nombre d'utilisation et fréquence												
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="width: 20px; text-align: center;">M</td></tr><tr><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M							_____ par : _____ (Jour/semaine/mois)
A	A	A	A	M	M									
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="width: 20px; text-align: center;">M</td></tr><tr><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M							_____ par : _____ (Jour/semaine/mois)
A	A	A	A	M	M									
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="width: 20px; text-align: center;">M</td></tr><tr><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table>	A	A	A	A	M	M							_____ par : _____ (Jour/semaine/mois)
A	A	A	A	M	M									

R Conduite automobile

Si vous avez répondu "OUI" à la question 14.G.1 (suspension de permis de conduire), veuillez répondre aux questions des sections 1 et 2.

Si vous avez répondu "OUI" à la question 14.G.2 (4 infractions ou plus au cours des 3 dernières années), remplir uniquement le tableau de la section 1.

SECTION 1

Type de l'infraction au Code de la route	Date de l'infraction au Code de la route
	A A A A M M
	A A A A M M
	A A A A M M
	A A A A M M
	A A A A M M

SECTION 2

1) Veuillez indiquer le type de permis de conduire que vous possédez :

- Permis d'apprenti conducteur Permis probatoire Permis de conduire régulier Autre

Si « Autre », veuillez fournir des détails sur votre permis de conduire : _____

2) Avez-vous récupéré votre permis?

- NON OUI → Veuillez fournir la date à laquelle vous avez récupéré votre permis : A A A A M M
| | | | | |

3) Avez-vous conduit durant la suspension de votre permis (excluant la conduite avec un permis restreint ou avec un antidémarrreur détecteur d'alcool dans le véhicule)?

- OUI NON

S Questionnaire général non médical

Si vous avez répondu OUI aux questions « voyages à l'étranger 14.F.1 », « sports et aviation 14.F.3 », ou « dossier criminel 14.G.3 », veuillez fournir les informations pertinentes ci-dessous :

- **Pour les voyages à l'étranger** : pays à visiter, date de départ, durée, raisons du séjour, etc.
- **Pour les sports et aviation** : date de début et de fin, endroit où vous pratiquez, types et spécificités de la pratique (soyez le plus précis possible), accidents ou blessures pendant la pratique, fréquence de pratique, etc.
- **Pour le dossier criminel** : nature de l'acte criminel, date, type de sentence, probation (date de début et fin), etc.

Veuillez fournir les détails :

--

16 SIGNATURES ET AUTORISATION

Nous, la personne à assurer et le contractant, déclarons que toutes les réponses et les explications données dans cette proposition ou, le cas échéant, dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, de même qu'à l'occasion de toute entrevue téléphonique ou autre relatives aux déclarations d'assurabilité, sont complètes et véridiques.

Nous convenons que l'assurance prend effet dès l'acceptation par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier ») de la proposition pour autant que cette dernière ait été acceptée sans modifications, que la première prime ait été payée et qu'aucun changement ne soit intervenu dans l'assurabilité des personnes à assurer depuis la signature de cette proposition. Nous reconnaissons que les déclarations d'assurabilité pourront être remplies à l'occasion d'une entrevue téléphonique ou autre, laquelle pourra être enregistrée, et que l'acceptation par iA Groupe financier de la proposition reposera notamment sur ces déclarations.

Nous autorisons iA Groupe financier et ses réassureurs à échanger avec ses filiales, ses fournisseurs de services de tarification et d'autres assureurs, réassureurs ou institutions financières, les renseignements personnels obtenus aux fins de l'étude de la présente demande et à faire enquête auprès d'eux pour l'évaluation du risque ou lors d'une demande de règlement ou à échanger avec un organisme offrant de l'assistance médicale des renseignements personnels à des fins pertinentes eu égard à la couverture d'assurance en cas de maladie grave.

En cas de refus de iA Groupe financier d'émettre l'avenant crédit invalidité, iA Groupe financier peut étudier la possibilité de nous présenter une autre offre d'assurance invalidité.

En cas de décès ou d'incapacité d'un contractant ou d'une personne à assurer, le bénéficiaire, l'héritier, le liquidateur de la succession ou le curateur est expressément autorisé à fournir à iA Groupe financier, sur demande, tous les renseignements et autorisations nécessaires à l'étude de la demande de règlement de décès ou d'invalidité et à l'obtention des justifications requises.

Nous autorisons toute personne ou tout établissement public, parapublic ou privé possédant des renseignements personnels à notre sujet notamment : tout professionnel de la santé, tout organisme

de santé ou de services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, le MIB Inc., les institutions financières, les agents de renseignements personnels, les agences d'investigation ou toute agence d'évaluation du crédit, les représentants en services financiers, notre employeur ou ex-employeur ainsi que tout autre organisme détenant des renseignements personnels, médicaux ou relatifs à notre santé à fournir ces renseignements à iA Groupe financier et à ses réassureurs, pour l'évaluation du risque, la gestion de nos dossiers ou l'enquête nécessaire à l'étude de toute demande de règlement. De même, nous autorisons iA Groupe financier à échanger des renseignements personnels avec ces personnes, de même qu'avec leurs réassureurs, lorsque requis.

Par ailleurs, iA Groupe financier, ses filiales et leurs représentants peuvent accéder aux renseignements nous concernant afin de mieux nous connaître, de mieux répondre à nos besoins et d'offrir les meilleurs service et expérience client qui soient. (Si vous ne souhaitez pas autoriser cet accès, veuillez faire parvenir une demande écrite à : iA Groupe financier, Service aux assurés, 1080, Grande Allée Ouest, C. P. 1907, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 7M3).

Nous autorisons iA Groupe financier et ses réassureurs à transmettre un bref rapport au MIB Inc.

Nous autorisons également iA Groupe financier à expédier tout résultat anormal de test à notre médecin personnel.

TRANSMISSION ÉLECTRONIQUE DES DOCUMENTS

Nous convenons que les documents et les communications relatifs à l'ensemble de nos contrats chez iA Groupe financier, y compris le contrat lui-même, nous seront transmis en format électronique et que nous pourrons les consulter à partir de l'Espace client (accessible sur ia.ca). Nous comprenons que tout document sera considéré comme remis dès qu'il sera disponible sur l'Espace client et que les documents qui ne sont présentement offerts qu'en format papier continueront à nous être envoyés par la poste. Une copie de tout document pourra toujours nous être transmise par la poste sur demande.

Une photocopie de la présente autorisation ou du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signé à	Province	ce	jour de	20

Personne à assurer (si âgée de 16 ans et plus)

Nom et prénom (Écrire lisiblement.)

Parent ou tuteur légal (pour mineurs)

Nom et prénom (Écrire lisiblement.)

Témoin (si requis)

Nom et prénom (Écrire lisiblement.)

Signature

X

Signature

X

Signature

X

▲ La signature d'un des deux parents est requise pour une personne mineure à assurer lorsque le contractant n'est pas l'un des deux parents.

**Cette page
est laissée
en blanc
intentionnellement.**

17 AUTORISATIONS

Nous autorisons tout professionnel de la santé ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec, toute compagnie d'assurance, le MIB Inc., les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation ainsi que tout organisme public détenant des renseignements personnels sur nous-mêmes ou notre famille, notamment des renseignements médicaux, et tout organisme public ou privé détenant des renseignements médicaux ou relatifs à notre santé à fournir ces renseignements à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. et à ses réassureurs, pour l'évaluation du risque ou l'enquête nécessaire à l'étude de toute demande de règlement.

Une photocopie de cette autorisation aura la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20____

Personne à assurer (si âgée de 14 ans et plus au Québec et si âgée de 16 ans et plus hors Québec)

X

Témoin

X

Tuteur légal ou parent (si l'assuré n'est pas autorisé à signer)

X

Nous autorisons tout professionnel de la santé ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec, toute compagnie d'assurance, le MIB Inc., les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation ainsi que tout organisme public détenant des renseignements personnels sur nous-mêmes ou notre famille, notamment des renseignements médicaux, et tout organisme public ou privé détenant des renseignements médicaux ou relatifs à notre santé à fournir ces renseignements à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. et à ses réassureurs, pour l'évaluation du risque ou l'enquête nécessaire à l'étude de toute demande de règlement.

Une photocopie de cette autorisation aura la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20____

Personne à assurer (si âgée de 14 ans et plus au Québec et si âgée de 16 ans et plus hors Québec)

X

Témoin

X

Tuteur légal ou parent (si l'assuré n'est pas autorisé à signer)

X

Seuls les résidents ou les anciens résidents de l'Alberta doivent remplir et signer les formulaires de consentement ci-dessous.



ia.ca

ASSURÉ 1

**Consentement à la divulgation de renseignements personnels sur la santé
(Autorisé par l'article 34 du Health Information Act)**

Écrire à l'encre en caractères d'imprimerie.

Je, _____, autorise que le ou les

diagnostic, renseignements sur des traitements ou des soins information relative aux enregistrements renseignements sur le fournisseur de services

identificatoires (ci-joints) me concernant soient divulgués par _____ (nom du dépositaire des renseignements sur la santé) à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., conformément à l'article 34 du *Health Information Act*, aux fins suivantes :

Je comprends les raisons pour lesquelles on m'a demandé de divulguer les renseignements personnels identificatoires sur ma santé et je suis conscient des risques ou des avantages qui peuvent découler de mon consentement ou de mon refus à divulguer les renseignements personnels identificatoires sur ma santé. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps.

Daté ce _____ de _____ Date d'expiration (s'il y a lieu) _____ de _____
(jour) (mois) (année) (jour) (mois) (année)

Signature du client ou du représentant autorisé

Représentant autorisé à titre de (s'il y a lieu) (Ex. : exécuteur testamentaire, tuteur, etc.) (Se référer à l'article 104(1) de la loi.)

X

Nom du client ou du représentant autorisé

Signature du témoin

Nom du témoin

X

SIÈGE SOCIAL : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., 1080, Grande Allée Ouest, C. P. 1907, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 7M3



ia.ca

ASSURÉ 2

**Consentement à la divulgation de renseignements personnels sur la santé
(Autorisé par l'article 34 du Health Information Act)**

Écrire à l'encre en caractères d'imprimerie.

Je, _____, autorise que le ou les

diagnostic, renseignements sur des traitements ou des soins information relative aux enregistrements renseignements sur le fournisseur de services

identificatoires (ci-joints) me concernant soient divulgués par _____ (nom du dépositaire des renseignements sur la santé) à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., conformément à l'article 34 du *Health Information Act*, aux fins suivantes :

Je comprends les raisons pour lesquelles on m'a demandé de divulguer les renseignements personnels identificatoires sur ma santé, et je suis conscient des risques ou des avantages qui peuvent découler de mon consentement ou de mon refus à divulguer les renseignements personnels identificatoires sur ma santé. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps.

Daté ce _____ de _____ Date d'expiration (s'il y a lieu) _____ de _____
(jour) (mois) (année) (jour) (mois) (année)

Signature du client ou du représentant autorisé

Représentant autorisé à titre de (s'il y a lieu) (Ex. : exécuteur testamentaire, tuteur, etc.) (Se référer à l'article 104(1) de la loi.)

X

Nom du client ou du représentant autorisé

Signature du témoin

Nom du témoin

X

SIÈGE SOCIAL : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., 1080, Grande Allée Ouest, C. P. 1907, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 7M3

**Cette page
est laissée
en blanc
intentionnellement.**



Remettre à l'assuré

18 PRÉAVIS DU MIB INC.

Les renseignements touchant votre assurabilité seront considérés comme confidentiels. Cependant, l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« iA Groupe financier ») et ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport au MIB Inc., organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance et effectuant un échange d'information au nom de ses compagnies membres. Si vous souscrivez une assurance vie ou une assurance maladie auprès d'une autre compagnie, membre du MIB, ou si vous lui demandez des prestations ou des indemnités, le MIB fournira à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous.

À la réception d'une demande de votre part, le MIB prendra des dispositions pour vous donner les renseignements figurant sur votre fiche. Veuillez contacter le MIB par courriel à

canadadisclosure@mib.com ou par téléphone au 1 866 692-6901. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements fournis par le MIB, vous pourrez contacter le MIB pour faire corriger les renseignements conformément au *Fair Credit Reporting Act*. Voici l'adresse du bureau de renseignements du MIB : 50, Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA, 02184-8734 USA.

iA Groupe financier, ou ses réassureurs, pourra, lui aussi, communiquer des renseignements tirés de ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance auxquelles vous auriez demandé une assurance vie ou une assurance maladie, ou auxquelles vous demanderiez des prestations ou des indemnités. Les renseignements sur le MIB destinés aux consommateurs se trouvent sur son site Web à www.mib.com.

AVIS

Un représentant d'une compagnie d'enquête pourra communiquer avec vous afin d'obtenir des renseignements d'ordre personnel et financier. Un médecin ou le personnel d'un organisme paramédical ou d'une clinique pourra vous faire subir un examen médical et/ou un prélèvement sanguin ou d'urine. L'analyse portera sur la détermination de plusieurs anomalies possibles telles que le cholestérol, le diabète, des troubles hépatiques, la présence de médicaments, de drogue, de nicotine et le dépistage du SIDA.

Avant d'effectuer un prélèvement, votre consentement écrit sera exigé.

AVIS DE DIVULGATION

La présente demande est soumise par un représentant autorisé de iA Groupe financier qui recevra une rémunération si la demande est acceptée et ne comporte aucune obligation pour le contractant de faire affaire de nouveau avec ce représentant.

CONSTITUTION D'UN DOSSIER ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans le but de pouvoir vous offrir des produits d'assurance, de rentes, de crédit ou d'autres services complémentaires qui pourraient répondre à vos besoins, iA Groupe financier constituera un dossier dans lequel seront consignés les renseignements personnels qu'il possède sur vous.

Ce dossier sera tenu confidentiel et sera gardé dans ses bureaux. Seuls les employés ou les représentants qui en ont besoin pour accomplir leur travail y auront accès.

Vous aurez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante :

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Responsable de la protection des renseignements personnels
1080, Grande Allée Ouest
C. P. 1907, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 7M3

iA Groupe financier peut constituer une liste de ses clients, pour sa propre utilisation ou celle des compagnies de son groupe, à des fins de prospection commerciale. Vous avez cependant le droit de faire rayer votre nom de cette liste en faisant parvenir une demande écrite à cet effet au responsable de la protection des renseignements personnels.

**Cette page
est laissée
en blanc
intentionnellement.**

Conditions médicales

Exemples de conditions médicales déclarées	Questionnaires médicaux à compléter
<ul style="list-style-type: none"> • Douleur au milieu du dos • Entorse du cou • Entorse lombaire • Hernie discale, etc. 	<p>B- Troubles au dos N.B. : Excluant troubles musculo-articulaires</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Arthrite au genou • Bursite • Capsulite à l'épaule • Dislocation du coude • Entorse à la cheville • Tendinite, etc. 	<p>C- Troubles musculo-articulaires N.B. : Excluant troubles au dos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Anxiété, nervosité • <i>Burn out</i> • Dépression • Fatigue • Psychose • Stress • Trouble bipolaire • Trouble d'adaptation/situationnel • Trouble d'anxiété généralisé • Trouble de l'humeur • Trouble de la personnalité, etc. 	<p>D- Santé mentale</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Haute pression • HTA • Hypertension • Tension artérielle élevée, etc. 	<p>E- Hypertension artérielle</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cholestérol élevé • Dyslipidémie • Lipides élevés • Triglycérides élevés, etc. 	<p>F- Cholestérol</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Asthmatique • Asthme allergique • Asthme et fumeur • Bronchite asthmatique • Crise d'asthme, etc. 	<p>G- Asthme N.B. : Excluant bronchite pulmonaire obstructive chronique (BPOC), Emphysème et maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Hypoactivité de la thyroïde • HypoT4, etc. 	<p>H- Hypothyroïdie N.B. : Excluant hyperthyroïdie, trouble de la thyroïde ou thyroïdite</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Diabète • Diabète de grossesse ou gestationnel • Diabète type 1 ou 2 • Intolérance au glucose, etc. 	<p>I- Diabète</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Brûlure ou brûlement d'estomac • Dyspepsie • Mal à l'estomac • Reflux acide • Reflux gastrique • Reflux gastro-œsophagien (RGO) • Troubles digestifs, etc. 	<p>J- Reflux gastro-œsophagien</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Hyperactivité • TDA ou TDAH • Trouble de la concentration • Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, etc. 	<p>K- Trouble déficitaire de l'attention</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Céphalées • Mal de tête • Maux de tête • Migraine, etc. 	<p>L- Migraine et céphalée</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Apnée du sommeil • Apnée obstructive • Syndrome apnée obstructive du sommeil • Syndrome d'apnée hypopnée, etc. 	<p>M- Apnée du sommeil</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Biopsie • Colonoscopie • Coloscopie • Échographie : abdominale, cardiaque, du sein, pelvienne, etc. • Électrocardiogramme à l'effort ou tapis roulant • Électrocardiogramme de repos (ECG) • Imagerie par résonance magnétique (IRM) • Mammographie • Radiographie • <i>Scan</i> • Scintigraphie, etc. 	<p>N- Tests ou examens diagnostiques</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Accident cérébrovasculaire (ACV ou AVC) • Ischémie cérébrale transitoire (ICT) • Anévrisme • Angine/Infarctus • Bronchite pulmonaire obstructive chronique (BPOC) • Cancer/tumeur maligne • Chirurgie bariatrique • Colite ulcéreuse • Emphysème • Hépatite B ou C • Hyperthyroïdie • Maladie de Crohn • Maladie héréditaire • Maladie musculaire familiale (dystrophie musculaire) • Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) • Malformations et/ou maladies congénitales • Perte de vision temporaire ou cécité • Polyarthrite rhumatoïde/Spondylarthrite • Surdité • Thyroïdite • Tout trouble au cœur ou aux vaisseaux sanguins • Trouble de la thyroïde (excluant hypothyroïdie) • Tumeur, kyste, nodule, masse, fibrome ou polype • VIH/SIDA, etc. 	<p>O- Questionnaire général médical</p>

Conditions non médicales

Exemples de conditions non médicales déclarées	Questionnaires non médicaux à compléter
<ul style="list-style-type: none"> • Consommation d'alcool • Traitement, groupe de soutien ou recommandation de diminuer la consommation 	<p>P- Alcool</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Marijuana/cannabis • Autre drogue • Traitement, groupe de soutien ou recommandation de diminuer la consommation 	<p>Q- Drogues</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Permis de conduire • Infractions au Code de la route 	<p>R- Conduite automobile</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Aviation et sports hasardeux • Dossier criminel • Voyage à l'étranger 	<p>S- Questionnaire général non médical</p>



F3

Ajout de protection

À propos de iA Groupe financier

iA Groupe financier est une marque de commerce de l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. sous laquelle celle-ci exerce ses activités au Canada et aux États-Unis. Fondé en 1892, iA Groupe financier offre des produits d'assurance vie et maladie, des fonds communs de placement et des fonds distincts, des régimes d'épargne et de retraite, des valeurs mobilières, de l'assurance auto et habitation, des prêts hypothécaires et des prêts autos ainsi que d'autres produits et services financiers destinés aux particuliers de même qu'aux entreprises et aux groupes. iA Groupe financier compte parmi les quatre sociétés d'assurance de personnes les plus importantes au Canada et parmi les plus grandes sociétés publiques au pays. Son titre est inscrit à la Bourse de Toronto, sous le symbole IAG.

Coordonnées et information pour les centres de services :

F3(21-11) ACC

Sans frais : 1 844 4 iA-INFO (442-4636) Courriel : infovie@ia.ca

Sans frais : 1 844 4 iA-INFO (442-4636) Courriel : infovie@ia.ca		
<p>Québec : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. Siège social Service aux assurés 1080, Grande Allée Ouest C. P. 1907, succursale Terminus Québec (Québec) G1K 7M3 Télécopieur : 1 866 572-1075</p>	<p>Toronto : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. Centre de services de Toronto Service aux assurés 522, avenue University, bureau 400 Toronto (Ontario) M5G 1Y7 Télécopieur : 1 877 780-7231</p>	<p>Vancouver : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. Centre de services de Vancouver Service aux assurés 988 Broadway Ouest, bureau 400, C. P. 5900 Vancouver (Colombie-Britannique) V6B 5H6 Télécopieur : 1 844 739-0634</p>

ON S'INVESTIT, POUR VOUS.