



Nom de l'employeur		N° de police	
Nom de l'adhérent (ou personne à charge)		N° du certificat	
Sexe	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance	N° d'assurance sociale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Travaillez-vous présentement ? Oui  Non  Si oui, nombre d'heures par semaine \_\_\_\_\_  
Si non, indiquer la raison \_\_\_\_\_

**Répondre à chaque question et pour toute réponse OUI expliquer ci-dessous**

<p><b>Actuellement :</b> Taille : _____ Poids : _____</p> <p>1. Exercez-vous toutes les fonctions habituelles de votre emploi ?..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>2. Avez-vous une limitation physique qui nécessite l'usage d'un appareil ?..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>3. Prévoyez-vous consulter un médecin pour un symptôme ou une maladie, ou subir un traitement ou une chirurgie dans l'avenir ?..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>4. Prenez-vous des médicaments ou subissez-vous un traitement sur recommandation d'un médecin ?..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Au cours de votre vie :</b></p> <p>10. Avez-vous déjà souffert d'une ou plusieurs des conditions suivantes :</p> <p>a) troubles du cœur ou des vaisseaux sanguins, y compris accident vasculaire cérébral, crise cardiaque, angine..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>b) troubles respiratoires chroniques, y compris bronchite, emphysème, asthme..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>c) Troubles digestifs, y compris maladie de Crohn, colite, hépatite..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>d) Troubles des organes génitaux, de la prostate ou des reins..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>e) Troubles endocriniens, y compris le diabète..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>f) Troubles des os ou des articulations, y compris douleurs au dos..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>g) Troubles neurologiques ou nerveux, y compris l'épilepsie, paralysie fatigue chronique, dépression..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>h) Cancer ou tumeur, maladie du sang, test VIH positif..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Au cours des 5 dernières années :</b></p> <p>5. Avez-vous été hospitalisé pour une chirurgie ou un traitement ?..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>6. Avez-vous touché une prestation d'une assurance ou d'une agence gouvernementale pour une invalidité ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>7. Votre permis de conduire a-t-il été suspendu ? Quand ? Raisons ?..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>8. Avez-vous été traité ou vous a-t-on conseillé un traitement pour abus d'alcool ou de drogues ?..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>9. Avez-vous fait usage de drogues ou de narcotiques sans ordonnance médicale ? Préciser lesquelles avec dates d'usage..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	

**Expliquez chaque réponse « oui » aux questions ci-dessus - Utilisez une feuille supplémentaire au besoin.**

Question N°	Maladies, événements, substances, traitements, médicaments	Date	Noms et adresses des professionnels de la santé ou d'hôpitaux

<b>Déclaration</b>	Je déclare que les réponses ci-dessus sont exactes et complètes et j'accepte qu'elles fassent partie intégrante de ma demande d'assurance. Je reconnais avoir pris connaissance de l'avis figurant au verso et en avoir reçu une copie. L'assurance entrera en vigueur à la date d'acceptation du rapport d'assurabilité par La Survivance, compagnie mutuelle d'assurance vie. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance
_____	_____
Signature de l'adhérent	Signature du témoin
	_____
	Date

<b>Autorisation</b>	J'autorise tout médecin, hôpital, clinique, compagnie d'assurance, compagnie d'enquête, le bureau de renseignements médicaux ou autres organismes ou institutions détenant des renseignements à mon sujet ou d'un membre de ma famille à fournir ces renseignements à La Survivance, compagnie mutuelle d'assurance vie ou à des réassureurs. Une photocopie de cette autorisation à la même valeur que l'original.
_____	_____
Signature de l'adhérent	Signature du témoin
	_____
	Date

## **Avis**

### **Bureau de renseignements médicaux**

Les renseignements touchant votre assurabilité seront considérés comme confidentiels. Cependant, La Survivance, compagnie mutuelle d'assurance vie, pourra en soumettre un bref rapport au bureau de Renseignements Médicaux, organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie 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 Bureau, ou si vous lui demandez des prestations ou des indemnités, le Bureau fournira à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous. Sur réception d'une demande de votre part, le Bureau prendra des dispositions pour vous donner les renseignements figurant sur votre fiche (les renseignements médicaux ne seront communiqués qu'à votre médecin). Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pourrez lui demander une rectification.

Voici l'adresse du Bureau :

Bureau des Renseignements Médicaux  
330, avenue University, Suite 403  
Toronto (Ontario) M5G 1R7  
Téléphone: (416) 597-0590

La Survivance, compagnie mutuelle d'assurance vie, pourra, elle aussi communiquer des renseignements tirés de ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous auriez demandé une assurance vie ou une assurance maladie ou auxquelles vous demanderiez des prestations ou des indemnités.

### **Rapport d'enquête**

Nous vous informons que dans le cadre normal de l'étude de votre proposition, un rapport d'enquête pourrait être demandé pour recueillir des renseignements provenant d'entrevues personnelles avec vos connaissances. L'enquête peut porter sur votre réputation, votre mode de vie et vos finances.

Il est possible qu'un représentant d'une société chargée de faire de tels rapports vous visite ou vous téléphone.