

Plan de protection du Canada^{MC}

Formulaire de proposition d'assurance vie



Distribué par



PLAN DE
PROTECTION DU
CANADA^{MD}

Tranquillité
d'esprit

Une société de la Financière Foresters^{MC}

*Les questions du formulaire de proposition du Plan de Protection du Canada doivent être posées au client mot pour mot. Ce document est un outil créé à des fins de formation uniquement et ne doit pas être partagé avec vos clients. Ce document ne peut pas être dupliqué ou distribué sans le consentement écrit de Plan de Protection du Canada.

À remplir seulement dans le cas d'une proposition d'assurance vie permanente.

Êtes-vous un résident des États-Unis à des fins fiscales ou un citoyen américain et/ou un résident d'un autre pays aux fins de l'impôt? ... Oui Non

Si OUI, fournissez..... et/ou..... et.....

Numéro d'identification fiscale américain Nom du (des) pays Numéro(s) d'identification fiscale

03 Questionnaire d'admissibilité

LÉGENDE

■ Rose - Cancer ■ Vert - Maladie coronarienne ■ Jaune - Style de vie ■ Bleu - Diabète

Pour toutes les questions relatives à l'admissibilité, « vous » et « votre » font référence à l'assuré.

Répondez à ces questions pour toutes les propositions. Passez ensuite à la section suivante.

- 1 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, a. fait usage de tabac ou de nicotine sous quelque forme que ce soit (excluant 12 cigares ou moins), ou b. vapoté ou utilisé une cigarette électronique sous quelque forme que ce soit, ou c. fait usage, plus de 6 fois par semaine, de marijuana sous quelque forme que ce soit (à l'exception de l'huile de CBD ou des produits comestibles)? Oui Non
- Si la réponse est « OUI », les taux de fumeur s'appliquent.* → **Tout usage de cigare jusqu'à 12 fois par année ou de marijuana, peu importe sous quelle forme (à l'exception de l'huile de CBD ou des produits comestibles), jusqu'à 6 fois par semaine : non-fumeurs**
- 2 | Les primes seront-elles arrêtées, ou la couverture sera-t-elle réduite ou supprimée, dans la couverture d'assurance vie existante ou la rente existante si l'assurance demandée dans la présente proposition est émise? Oui Non
- Si la réponse est « OUI », indiquez l'assureur, le montant et le régime, puis remplissez la Déclaration d'information ou le formulaire de remplacement d'une police d'assurance vie exigé dans votre province.* Oui Non

Assureur Montant Type d'assurance

A **SANS EXIGENCE MÉDICALE**

OUI Si vous répondez OUI à l'une des questions de cette section, soumettez une proposition d'assurance

Vie Acceptation Garantie
Maximum de 50 000 \$
Différé sur 2 ans

NON Si vous répondez NON à TOUTES les questions, passez à la section B.

Tableau des tailles et des poids (section A, question 7)

Taille	Poids
4 pi 8 po à 4 pi 10 po 142 cm à 147 cm	230 lb 104 kg
4 pi 11 po à 5 pi 1 po 148 cm à 155 cm	247 lb 112 kg
5 pi 2 po à 5 pi 4 po 156 cm à 163 cm	273 lb 124 kg
5 pi 5 po à 5 pi 7 po 164 cm à 170 cm	300 lb 136 kg
5 pi 8 po à 5 pi 10 po 171 cm à 178 cm	328 lb 149 kg
5 pi 11 po à 6 pi 1 po 179 cm à 185 cm	358 lb 162 kg
6 pi 2 po à 6 pi 4 po 186 cm à 193 cm	389 lb 176 kg
6 pi 5 po à 6 pi 7 po 194 cm à 201 cm	420 lb 191 kg

- 1 | Avez-vous besoin d'aide pour accomplir au moins deux des activités de la vie quotidienne y compris, mais sans s'y limiter, se lever, marcher, prendre un bain, prendre une douche, se laver, aller aux toilettes, prendre des médicaments, s'habiller ou manger? Oui Non
- 2 | Êtes-vous un résident d'un établissement de soins de longue durée, d'une maison ou d'un établissement de soins infirmiers ou d'une résidence avec assistance? Oui Non
- 3 | Êtes-vous alité ou en fauteuil roulant, peu importe votre lieu de résidence? Oui Non
- 4 | Vous a-t-on déjà conseillé de recevoir une greffe d'organe ou de moelle osseuse (excluant les greffes de cornée), ou êtes-vous sur une liste d'attente à cette fin ou êtes-vous le receveur d'une telle greffe? Oui Non
- 5 | Au cours des 60 derniers jours, avez-vous été hospitalisé pendant plus de 48 heures consécutives (sauf pour une grossesse)? Oui Non
- 6 | a. Vous a-t-on déjà conseillé de subir une intervention chirurgicale ou une intervention quelconque, une investigation ou un test diagnostique de quelque type que ce soit (à l'exception des examens annuels avec résultats normaux) qui n'a pas encore commencé ou dont le résultat n'est pas encore connu, ou de vous adresser à un professionnel de la santé ou à un établissement médical, ce que vous n'avez pas encore fait ou dont le résultat n'est pas encore connu; ou Oui Non
- b. avez-vous déjà omis de suivre un traitement ou de prendre un ou des médicaments recommandés par un professionnel de la santé; ou Oui Non
- c. au cours des 60 derniers jours, avez-vous obtenu ou vous a-t-on communiqué un résultat de test anormal qui a modifié le traitement existant ou nécessité un nouveau traitement pour une affection en cours? Oui Non
- 7 | D'après le tableau des tailles et des poids pour cette question, votre poids est-il supérieur à celui indiqué en fonction de votre taille? Oui Non
- 8 | Avez-vous déjà obtenu un résultat positif à un test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ou vous a-t-on indiqué que vous êtes atteint du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), du complexe lié au SIDA (ARC) ou d'une maladie ou d'un trouble du système immunitaire à l'exception du lupus, de la polyarthrite rhumatoïde ou du diabète de type 1, ou avez-vous reçu un traitement à cet égard? Oui Non
- 9 | Avez-vous déjà souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), avez-vous été traité ou pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments que vous n'avez pas commencé à prendre ou achevé de prendre pour ce qui suit: Oui Non
- a. un cancer métastatique, une récurrence de cancer ou un deuxième diagnostic de cancer (excluant le carcinome basocellulaire); ou **Tout cancer qui s'est propagé (métastatique) ou récurrence du même cancer ou un autre cancer**
- b. une affection pulmonaire ou respiratoire chronique (excluant l'apnée du sommeil) y compris, mais sans s'y limiter, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), emphysème ou fibrose pulmonaire, qui nécessite ou a nécessité l'administration périodique d'oxygène ou l'utilisation de stéroïdes (excluant le traitement à base de stéroïdes pour l'asthme); ou Oui Non
- c. démence, maladie d'Alzheimer, perte de mémoire, dystrophie musculaire, dystrophie myotonique, maladie de Parkinson, chorée de Huntington ou sclérose latérale amyotrophique (SLA); ou Oui Non
- d. insuffisance cardiaque congestive, insuffisance cardiaque systolique ou diastolique ou cardiomyopathie? Oui Non

10 | Avant l'âge de 40 ans, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité ou pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments pour ce qui suit : douleurs thoraciques (angine de poitrine), crise cardiaque (infarctus du myocarde), coronaropathie, athérosclérose, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), maladie rénale chronique, anévrisme dans une partie quelconque du corps, ou avez-vous subi un pontage coronarien, une angioplastie ou l'insertion d'une endoprothèse (tuteur)?

Tout problème cardiaque ou accident vasculaire cérébral grave survenu avant l'âge de 40 ans

Oui Non

11 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :

a. fait usage (sauf sur ordonnance d'un professionnel de la santé) d'un narcotique ou d'un barbiturique; ou

b. fait usage (sur ordonnance ou non d'un professionnel de la santé) d'héroïne, de drogues psychoactives, de cocaïne, de crack, de méthadone, de fentanyl ou d'un autre agent similaire; ou

c. avez-vous été admis dans un hôpital ou dans un centre de traitement pour alcoolisme ou toxicomanie?

Usage de drogues ou séjour dans une résidence de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie il y a moins d'un an

12 | Au cours des 24 derniers mois, avez-vous été déclaré coupable, incarcéré, mis en probation ou libéré sous condition, ou est-ce qu'une accusation est en instance, ou êtes-vous en attente d'une condamnation pour une infraction criminelle?

Accusations criminelles il y a moins de 2 ans

13 | Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'une affection qui met la vie en danger, d'une maladie grave ou d'une affection en phase terminale qui, selon l'estimation d'un professionnel de la santé, diminue votre espérance de vie?

Oui Non

B

SANS EXIGENCE MÉDICALE

OUI

Si vous répondez OUI à l'une des questions de cette section, soumettez une proposition d'assurance

Vie Différée

Maximum de 75 000 \$

Différé sur 2 ans

NON

Si vous répondez NON à TOUTES les questions, passez à la section C.

1 | Au cours des deux dernières années, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité ou pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments, ou avez-vous subi une intervention chirurgicale ou une intervention quelconque pour ce qui suit :

Tout problème cardiaque ou accident vasculaire cérébral grave survenu il y a moins de deux ans

a. douleurs thoraciques (angine de poitrine), crise cardiaque (infarctus du myocarde), maladie cardiaque, maladie ou trouble valvulaire, trouble du rythme cardiaque, coronaropathie, athérosclérose ou trouble des vaisseaux sanguins, anévrisme dans une partie quelconque du corps, accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT), ou avez-vous reçu un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur, ou avez-vous subi un pontage coronarien, une angioplastie, l'insertion d'une endoprothèse ou une chirurgie valvulaire; ou

b. problèmes de circulation dans les jambes et /ou les pieds (maladie vasculaire ou artérielle périphérique, ou neuropathie)?

Oui Non

Oui Non

2 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité pour un cancer (de quelque type que ce soit, à l'exception du carcinome basocellulaire), une croissance anormale ou une tumeur maligne?

Cancer il y a moins d'un an

Oui Non

3 | Avez-vous déjà souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité ou pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments pour ce qui suit :

a. néphropathie chronique y compris, mais sans s'y limiter, néphropathie diabétique, maladie polykystique des reins, insuffisance rénale chronique à n'importe quel stade, ou vous a-t-on conseillé de subir une investigation pour la maladie polykystique des reins; ou

b. avez-vous des antécédents familiaux de maladie polykystique des reins et vous n'avez pas encore fait l'objet d'une investigation pour cette maladie; ou

c. maladie du foie y compris, mais sans s'y limiter, cirrhose ou hépatite (excluant les hépatites A et B); ou

d. pancréatite chronique ou héréditaire?

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Oui Non

4 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé ou traité dans un autre établissement pendant plus de 24 heures consécutives pour un trouble de santé mentale y compris, mais sans s'y limiter, dépression, anxiété ou psychose?

Oui Non

5 | Avez-vous 29 ans ou moins et avez-vous déjà souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité ou pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments pour le diabète ou un taux élevé de glycémie (excluant le diabète gestationnel)?

Personne âgée de 29 ans ou moins ET diabétique ou faisant l'objet d'une évaluation pour diabète

6 | Avez-vous déjà souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité ou pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments pour le diabète et l'une quelconque des affections suivantes : coronaropathie, douleurs thoraciques (angine de poitrine), crise cardiaque (infarctus du myocarde), accident vasculaire cérébral (AVC), fourmillements, brûlures ou perte de sensation dans une extrémité (neuropathie), maladie vasculaire ou artérielle périphérique, perte de la vision (rétinopathie), maladie rénale (néphropathie), ou avez-vous subi un pontage coronarien, une angioplastie, l'insertion d'une endoprothèse ou une amputation?

Question sur la comorbidité. Le client DOIT À LA FOIS avoir le diabète et être traité pour N'IMPORTE LAQUELLE des maladies suivantes

Oui Non

7 | Souffrez-vous d'un trouble du développement congénital, comme le syndrome de Down ou l'autisme?

Oui Non

C

SANS EXIGENCE MÉDICALE

OUI

Si vous répondez OUI à l'une des questions de cette section, soumettez une proposition d'assurance

Élite Différée

Maximum de 350 000 \$

Différé sur 1 an, 50% du capital total assuré durant la deuxième année

NON

Si vous répondez NON à TOUTES les questions, passez à la section D.

Tableau des tailles et des poids

(section C, question 14)

Taille	Poids
4 pi 8 po à 4 pi 10 po 142 cm à 147 cm	79 à 185 lb 36 à 84 kg
4 pi 11 po à 5 pi 1 po 148 cm à 155 cm	87 à 199 lb 39 à 90 kg
5 pi 2 po à 5 pi 4 po 156 cm à 163 cm	94 à 215 lb 43 à 98 kg
5 pi 5 po à 5 pi 7 po 164 cm à 170 cm	104 à 235 lb 47 à 107 kg
5 pi 8 po à 5 pi 10 po 171 cm à 178 cm	115 à 260 lb 52 à 118 kg
5 pi 11 po à 6 pi 1 po 179 cm à 185 cm	125 à 282 lb 57 à 128 kg
6 pi 2 po à 6 pi 4 po 186 cm à 193 cm	139 à 305 lb 63 à 138 kg
6 pi 5 po à 6 pi 7 po 194 cm à 201 cm	149 à 333 lb 68 à 151 kg

1 | Avez-vous déjà souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité ou pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments pour trouble bipolaire, schizophrénie, maniaco-dépression ou psychose? Oui Non

2 | Au cours des cinq dernières années, avez-vous été traité ou avez-vous reçu des conseils médicaux ou autres, ou vous a-t-on recommandé de suivre un traitement pour cesser ou réduire votre consommation d'alcool ou de drogues? Oui Non
Avis médical pour usage de drogues ou d'alcool il y a moins de 5 ans

3 | Au cours de cinq dernières années, avez-vous:
a. fait usage (sauf sur ordonnance d'un professionnel de la santé) d'un narcotique ou d'un barbiturique; ou
b. fait usage (sur ordonnance ou non d'un professionnel de la santé), d'héroïne, de drogues psychoactives, de cocaïne, de crack, de méthadone, de fentanyl ou d'un autre agent similaire; ou
c. avez-vous été admis dans un hôpital ou dans un centre de traitement pour alcoolisme ou toxicomanie? Oui Non
Usage de drogues ou séjour dans une résidence de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie il y a plus d'un an, mais moins de 5 ans

4 | Au cours des cinq dernières années, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu) ou avez-vous été traité, pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments pour une maladie pulmonaire ou respiratoire chronique (à l'exception de l'asthme et de l'apnée du sommeil) y compris, mais sans s'y limiter, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), emphysème ou fibrose pulmonaire? Oui Non

5 | Au cours des cinq dernières années, avez-vous été déclaré coupable, incarcéré, mis en probation ou libéré sous condition, ou êtes-vous en attente d'une condamnation pour une infraction criminelle? Oui Non
Accusations criminelles il y a plus de 2 ans, mais moins de 5 ans

6 | Après l'âge de 40 ans, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu) ou avez-vous été traité, pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments pour une affection neurologique y compris, mais sans s'y limiter, crises avec perte de conscience, épilepsie ou sclérose en plaques? Oui Non

7 | Au cours des quatre dernières années, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), été traité ou pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments, ou avez-vous subi une intervention chirurgicale ou une intervention quelconque pour ce qui suit:
a. douleurs thoraciques (angine de poitrine), crise cardiaque (infarctus du myocarde), maladie cardiaque, maladie ou trouble valvulaire, trouble du rythme cardiaque, coronaropathie, athérosclérose ou trouble des vaisseaux sanguins, anévrisme dans une partie quelconque du corps, accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT), ou avez-vous reçu un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur, ou avez-vous subi un pontage coronarien, une angioplastie, l'insertion d'une endoprothèse ou une chirurgie valvulaire; ou
b. problèmes de circulation dans les jambes ou les pieds (maladie vasculaire ou artérielle périphérique, ou neuropathie)? Oui Non
Tout problème cardiaque ou accident vasculaire cérébral grave survenu il y a plus de 2 ans, mais moins de 4 ans

8 | Souffrez-vous de diabète diagnostiqué à l'âge de 39 ans ou moins et, au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris de l'insuline ou vous a-t-on conseillé de prendre ou prescrit de l'insuline ou des médicaments pour le diabète? Oui Non
Diabète à l'âge de 39 ans ou moins, mais prise d'insuline ou tout autre médicament contre le diabète depuis moins d'un an

9 | Souffrez-vous de diabète, et au cours des six derniers mois:
a. vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, de l'insuline comme nouveau traitement; ou
b. la dose prescrite d'insuline a-t-elle été augmentée; ou
c. une autre forme d'insuline a-t-elle été ajoutée au plan de traitement? Oui Non
Toute nouvelle prescription ou augmentation de l'insuline dans les 6 derniers mois

10 | Au cours des 12 prochains mois, envisagez-vous de voyager à l'extérieur de l'Amérique du Nord, des Caraïbes, de l'Australie, du Royaume-Uni, de la Nouvelle-Zélande ou d'un pays de l'Union européenne pendant plus de 12 semaines consécutives? Oui Non
SEULE question sur les voyages. Voyages ultérieurs SEULEMENT, et doivent être de 12 semaines CONSÉCUTIVES

11 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous perdu 10 % ou plus de votre poids sans avoir suivi intentionnellement un régime? Oui Non

12 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu du sang dans votre urine ou dans vos selles sans raison évidente? Oui Non

13 | Au cours des 10 dernières années, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité pour un cancer (de quelque type que ce soit, à l'exception du carcinome basocellulaire), une croissance anormale ou une tumeur maligne? Oui Non
Cancer il y a plus d'un an, mais moins de 10 ans

14 | D'après le tableau des tailles et des poids pour cette question, votre poids s'écarte-t-il de la plage indiquée pour votre taille? (Pour les femmes, déduisez 5 lb ou 3 kg de la plage inférieure pour la taille donnée.) Oui Non

D

SANS EXIGENCE MÉDICALE

OUI

Si vous répondez OUI à l'une des questions de cette section, soumettez une proposition d'assurance

Élite Simplifiée

Maximum de 500 000 \$

NON

Si vous répondez NON à TOUTES les questions, **passer à la section E SEULEMENT** si vous souhaitez soumettre une proposition d'assurance

Préférentielle***Élite Préférentielle***

* Vous pourriez être admissible à l'un de ces plans sous réserve des exigences et de l'approbation du service de tarification.

1 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité pour, la sclérose en plaques? Oui Non

2 | Avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité pour un cancer (de quelque type que ce soit, à l'exception du carcinome basocellulaire), une croissance anormale ou une tumeur maligne? Oui Non

CESSEZ de poser des questions pour toute personne ayant des antécédents de **CANCER**

3 | Avez-vous déjà souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité pour le diabète (excluant le diabète gestationnel), ou au cours des six derniers mois, avez-vous présenté un taux d'HbA1c supérieur à 8,5? Oui Non

CESSEZ de poser des questions pour toute personne ayant des antécédents de **DIABÈTE**

4 | Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu des changements dans votre médication (augmentation ou diminution), ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, un nouveau médicament pour une affection en cours? Oui Non

5 | Au cours des 10 dernières années, avez-vous été déclaré coupable, incarcéré, mis en probation ou libéré sous condition, ou êtes-vous en attente d'une condamnation pour une infraction criminelle ou, au cours des deux dernières années, avez-vous été accusé de conduite avec facultés affaiblies? Oui Non

Accusations criminelles il y a plus de 5 ans, mais moins de 10 ans, OU conduite avec facultés affaiblies il y a moins de 2 ans

6 | Au cours des deux dernières années, avez-vous participé à l'exploitation d'un aéronef à titre de pilote ou d'élève-pilote (pilotes de compagnies aériennes commerciales exclus) ou à des sports dangereux y compris, mais sans s'y limiter, plongée autonome, course automobile, alpinisme, ski de pleine nature ou parachutisme ou envisagez-vous de le faire au cours de la prochaine année? Oui Non

SEULE question sur les sports dangereux

7 | Au cours des deux dernières années, votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué, ou au cours des 12 derniers mois, avez-vous commis plus de 3 infractions au Code de la route? Oui Non

Dossier de conduite au cours des 2 dernières années OU plus de 3 infractions à la circulation au cours des 12 derniers mois

8 | Deux membres ou plus de votre famille immédiate (père, mère, frères, sœurs) ont-ils déjà eu un cancer, une maladie cardiaque, un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un accident ischémique transitoire (AIT), ou ont-ils été traités ou ont-ils reçu un diagnostic à cet égard, ou un membre de votre famille immédiate a-t-il été traité ou a-t-il reçu un diagnostic à l'égard d'une maladie rénale polykystique, la chorée de Huntington ou une maladie ou un trouble héréditaires avant l'âge de 60 ans? Oui Non



CESSEZ de poser des questions en cas d'antécédents de problème cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral grave ou de maladies préexistantes importantes

E

POURRAIT ÊTRE SOUMIS AUX EXIGENCES DE TARIFICATION

Régimes d'assurance Préférentielle

Minimum de 50 000 \$

Maximum de 1 000 000 \$

Notre service de tarification déterminera l'assurance à laquelle vous êtes admissible.

1 | Vous a-t-on déjà prescrit, pour plus de 30 jours, un médicament contre un problème médical? Oui Non

Si OUI, veuillez indiquer le nom du médicament et la nature du trouble médical pour lequel il a été prescrit.

Détails

2 | Date de votre dernière consultation chez le médecin

Raison de la consultation :

F

SOUIMIS AUX EXIGENCES DE TARIFICATION

Régimes d'assurance Élite Préférentielle

Minimum de 500 000 \$

Maximum de 1 000 000 \$

Notre service de tarification déterminera l'assurance à laquelle vous êtes admissible.

1 | Quelle est votre taille et quel est votre poids actuels?

Impérial / Métrique /
pi po lb cm kg

2 | Au cours des 24 derniers mois, avez-vous utilisé par quelque moyen que ce soit (y compris par vaporisateur ou cigarette électronique) une substance ou un produit qui contient du tabac, de la nicotine ou de la marijuana? Oui Non

Si OUI, taux fumeur applicable.