



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

Toutes les sections doivent être remplies

1. CONTRAT TOMBÉ EN DÉCHÉANCE :		
Numéro de contrat tombé en déchéance :		
PERSONNE 1 : Prénom	Nom de famille	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
PERSONNE 2: Prénom	Nom de famille	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
<p>Nota : si la remise en vigueur du contrat est approuvée, toutes les primes en souffrance devront être acquittées au moment de l'approbation afin de pouvoir remettre le contrat en vigueur.</p> <p><input type="checkbox"/> Veuillez reprendre le service de débit préautorisé en utilisant les <u>nouveaux</u> renseignements bancaires. Vous trouverez ci-joint un chèque portant la mention « annulé ».</p> <p><input type="checkbox"/> Veuillez reprendre le service de débit préautorisé au moyen des renseignements bancaires se trouvant déjà au dossier.</p>		

2. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX				
Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une ou l'autre des questions, veuillez remplir la section « Détails sur les réponses affirmatives » ci-dessous.				
À remplir par toutes les personnes à assurer :				
1. Au cours des 12 prochains mois, envisagez-vous de voyager hors de l'Amérique du Nord pendant plus de deux mois, ou de changer votre pays de résidence?				
(Dans l'affirmative, veuillez indiquer le pays, la raison du voyage, la date de départ, la durée du séjour.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà présenté une proposition pour une assurance vie, une assurance invalidité, une assurance collective ou une assurance maladies graves sur votre tête, qui a été différée, refusée, assujettie à une surprime ou modifiée de quelque façon que ce soit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À remplir par toutes les personnes à assurer âgées exactement de 16 ans et plus				
3. Quel est votre emploi actuel?				
4. Au cours des deux dernières années, avez-vous fait des vols aériens autres qu'en tant que passagère ou passager payant d'une compagnie aérienne régulière ou avez-vous l'intention d'en faire? (Dans l'affirmative, veuillez remplir le questionnaire relatif à l'aviation.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Au cours des deux dernières années, avez-vous pratiqué un sport ou un passe-temps dangereux comme la plongée sous-marine (avec scaphandre autonome), le deltaplane, le parachutisme, etc. ou avez-vous l'intention d'en pratiquer un? (Dans l'affirmative, veuillez remplir le questionnaire relatif au passe-temps approprié.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Au cours des trois dernières années, votre permis de conduire a-t-il été suspendu au cours des dix dernières années ou avez-vous commis une infraction aux règles de la circulation (à l'exception des règles de stationnement)? (Dans l'affirmative, veuillez fournir votre numéro de permis de conduire, la date et les précisions sur l'infraction.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Au cours des 10 dernières années, vous a-t-on déjà accusé ou reconnu coupable, ou encore avez-vous déjà plaidé coupable à la suite d'une infraction criminelle ou reliée à la réglementation des services financiers, ou de telles accusations sont-elles en instance? (Dans l'affirmative, veuillez fournir la nature de l'infraction, la date de l'accusation, les précisions sur la peine, la date de la peine et toute probation complétée.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. a) Au cours des cinq dernières années, avez-vous fait usage de toute forme de marijuana ou de hachisch? (Dans l'affirmative, veuillez indiquer la quantité, la fréquence et la dernière date d'utilisation.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Était-ce une prescription de votre médecin? (Dans l'affirmative, veuillez préciser le nom et l'adresse de la médecin ou du médecin et l'affection pour laquelle on vous l'a prescrit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. a) Consommez-vous des boissons alcoolisées? (Dans l'affirmative, veuillez préciser le type et la quantité en millilitres par semaine.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous déjà reçu des conseils, un traitement ou une consultation concernant votre consommation d'alcool? (Si la réponse à la question 9 a) ou b) est affirmative, veuillez remplir le formulaire Questionnaire relatif à l'usage de l'alcool (n° 1325FR).)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous déjà fait usage de médicaments pour lesquels vous n'avez pas d'ordonnance ou fait l'essai de drogues ou de stupéfiants comme l'ecstasy, la cocaïne, le LSD, l'héroïne, les amphétamines, les barbituriques, les stéroïdes anabolisants ou fait usage d'agents similaires? (Si la réponse à la question 9 c) est affirmative, veuillez remplir le formulaire Questionnaire relatif à l'usage de drogues (n° 1326FR).)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

2. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Détails sur les réponses affirmatives :

N° de la question	Personne 1 ou 2	Veuillez préciser

3. DÉCLARATION RELATIVE À L'USAGE DU TABAC (À REMPLIR PAR TOUTES LES PERSONNES À ASSURER)

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette ou consommé d'autres produits à base de tabac ou de nicotine, ou encore des produits d'abandon du tabac?

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Type	Fréquence	Date de la dernière utilisation



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

4. DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ (À REMPLIR POUR TOUTES LES PERSONNES À ASSURER DE PLUS DE 16 ANS EXACTEMENT, DANS LE CAS D'UNE COUVERTURE D'ASSURANCE VIE, ET POUR TOUTES LES PERSONNES À ASSURER DANS LE CAS D'UNE ASSURANCE MALADIES GRAVES.)

Veillez ne pas faire mention de tout renseignement se rapportant à des tests génétiques. Un test génétique est un test visant l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de maladies ou de risques de transmission verticale, ou la surveillance, le diagnostic ou le pronostic.

Vous devez indiquer les renseignements à propos des traitements pour des symptômes ou des signes d'une affection génétique. Lorsqu'une question vous est posée à propos des antécédents familiaux, veuillez indiquer toute affection génétique dans votre réponse.

Personne à assurer 1

Prénom	Nom de famille	Taille	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	Poids	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
--------	----------------	--------	---	-------	--

Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Gain	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Perte	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Raison de cette variation :
---	------	--	-------	--	-----------------------------

Nom et adresse de votre conseillère médicale habituelle ou conseiller médical habituel : (Si vous n'en avez pas, indiquez le nom de la professionnelle ou du professionnel médical que vous avez consulté lors de votre dernière visite)

Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa)	Raison ou symptômes	Avez-vous reçu un diagnostic ou un traitement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions)
--	---------------------	--

Durée de la maladie	Un suivi vous a-t-il été recommandé? (p. ex. des tests, une intervention chirurgicale, une hospitalisation) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions)
---------------------	--

Personne à assurer 2

Prénom	Nom de famille	Taille	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	Poids	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
--------	----------------	--------	---	-------	--

Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Gain	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Perte	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Raison de cette variation :
---	------	--	-------	--	-----------------------------

Nom et adresse de votre conseillère médicale habituelle ou conseiller médical habituel : (Si vous n'en avez pas, indiquez le nom de la professionnelle ou du professionnel médical que vous avez consulté lors de votre dernière visite)

Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa)	Raison ou symptômes	Avez-vous reçu un diagnostic ou un traitement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions)
--	---------------------	--

Durée de la maladie	Un suivi vous a-t-il été recommandé? (p. ex. des tests, une intervention chirurgicale, une hospitalisation) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions)
---------------------	--

Antécédents familiaux

Un parent (père, mère, frère ou sœur) a-t-il déjà reçu le diagnostic de l'une des affections ou maladies suivantes?

- maladie d'Alzheimer • sclérose en plaques amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gherig) • cancer (indiquer le type) • diabètes (indiquer le type) • maladie du cœur • hépatite • chorée de Huntington
- sclérose en plaques • maladie de Parkinson • accident vasculaire cérébral (AVC) • maladie polykystique des reins • rétinite pigmentale • autre maladie ou trouble héréditaire • autre maladie du neurone moteur

PERSONNE ASSURÉE 1 Oui Non Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Membre de la famille	Maladie	Âge au diagnostic	Âge actuel si en vie	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frères					
Sœurs					

PERSONNE ASSURÉE 2 Oui Non Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Membre de la famille	Maladie	Âge au diagnostic	Âge actuel si en vie	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frères					
Sœurs					



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

4. DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Antécédents personnels

Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles?

1. Système cardiaque et circulatoire :
 - anévrisme • angine de poitrine • caillot sanguin • douleur à la poitrine ou souffle court • stimulateur cardiaque • crise cardiaque (infarctus du myocarde) • maladie coronarienne, pontage coronarien ou angioplastie • souffle cardiaque • cholestérol élevé (hyperlipidémie)
 - hypertension artérielle • maladie vasculaire périphérique (mauvaise circulation) • rythme cardiaque irrégulier (arythmie) ou pouls irrégulier • accidents ischémiques transitoires (AIT) • accident vasculaire cérébral (AVC) • tout autre trouble ou toute autre maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins
2. Bosses ou excroissances :
 - mammographie anormale • cancer • leucémie • bosse ou kyste • lymphome • polype • tumeur • carcinome basocellulaire • mélanome
 - toute autre bosse ou malignité
3. Système sanguin, glandulaire ou endocrinien :
 - taux de glycémie anormal • diabète • diabète gestationnel • goitre • hyperthyroïdie ou hypothyroïdie • maladie ou trouble lymphatique ou glandulaire (surrénales ou hypophyse) • un trouble de saignement • anémie • hémophilie • toute autre affection ou tout autre trouble sanguin
 - toute autre maladie ou tout autre trouble thyroïdien ou endocrinien
4. Système gastrointestinal
 - cirrhose • maladie de Crohn • diverticulite • hépatite (y compris l'état de porteuse ou de porteur) • syndrome du côlon irritable
 - jaunisse • pancréatite • diarrhée persistante • saignement rectal ou intestinal • ulcère (gastroduodénal ou gastrique) • colite ulcéreuse • toute autre affection ou tout autre trouble de l'œsophage, de l'intestin, du rectum, du pancréas, de l'estomac ou du foie
5. Oreilles, yeux, nez, gorge et la bouche (à l'exception des examens de routine, d'une amygdalectomie, d'une adénoïdectomie, d'une sinusite ou d'un autre trouble nécessitant le port de lunettes, de verres de contact, ou des aérateurs transtympaniques) :
 - cécité • vision floue ou double • surdité • glaucome • déficience auditive • déficience visuelle • labyrinthite • névrite optique • acouphène
 - toute autre affection ou tout autre trouble des oreilles, des yeux, du nez ou de la bouche
6. Système respiratoire :
 - asthme • maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) • bronchite chronique • fibrose kystique • emphysème • toux persistante
 - sarcoïdose • apnée du sommeil • tuberculose • toute autre affection ou tout autre trouble respiratoire
7. Santé mentale :
 - trouble déficitaire de l'attention • épuisement professionnel • anxiété • fatigue chronique • dépression • trouble de l'alimentation • trouble bipolaire • schizophrénie • tentative de suicide ou idéation • toute autre affection ou tout autre trouble psychologique, de développement, affectif ou comportemental
8. Peau et tissu conjonctif : (à l'exception de l'herbe à puce, de la dermatite de contact, de l'acné, de la rosacée, d'un coup de soleil et de l'eczéma)
 - naevus ou naevi dysplasiques • lupus • psoriasis • sclérodermie • toute autre lésion, tache de rousseur ou grain de beauté qui a changé de dimension ou de couleur ou qui a saigné • toute autre affection ou tout autre trouble de la peau
9. Système rénal, urinaire et reproducteur :
 - test Pap anormal • antigène prostatique spécifique anormal (APS) • hystérectomie • calcul rénal • néphrite • fibrome utérin • infection transmissible sexuellement • sucre, sang ou protéine dans l'urine • toute autre affection ou tout autre trouble rénal ou vésical • toute autre affection ou tout autre trouble associé à l'appareil reproducteur, à la prostate ou aux seins

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

4. DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ - SUITE

Antécédents personnels

Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà présenté des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles :

10. Système musculo-squelettique :
 • arthrite • fatigue chronique • syndrome de douleur chronique • fibromyalgie • dystrophie musculaire • engourdissement ou faiblesse des extrémités de tout bras ou toute jambe • paralysie • toute autre affection ou tout autre trouble musculaire, articulaire, dorsal ou osseux
11. Système nerveux :
 • maladie d'Alzheimer • sclérose latérale amyotrophique (SLA) • paralysie cérébrale • déficience cognitive • coma • démence • retard de développement ou syndrome de Down • étourdissements ou vertiges • épilepsie • évanouissements ou syncope • perte de sensation, de l'usage de la parole ou de l'équilibre • sclérose en plaques (SEP) • maladie de Parkinson • toute autre affection ou tout autre trouble du neurone moteur • tremblements • maux de tête intenses • syndrome post-commotionnel • autisme • toute autre affection ou tout autre trouble neurologique congénital • toute autre affection ou tout autre trouble du cerveau ou du système nerveux
12. Système immunitaire :
 • sida • VIH • toute autre affection ou tout autre trouble du système immunitaire
13. Au cours des cinq dernières années, avez-vous subi les tests médicaux ou diagnostiques suivants?
 • ECG • radiographies • tomodensitogrammes • examens IRM • coloscopie • échographies • biopsies • analyses sanguines • tout autre test médical ou diagnostique
14. Au cours des cinq dernières années, avez-vous souffert d'une maladie ou d'une blessure vous empêchant d'exécuter vos activités habituelles ou les tâches régulières de votre emploi pour une période de plus de deux semaines?
15. Avez-vous eu des symptômes, des préoccupations ou signes concernant votre santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou un médecin ou reçu de traitement médical, incluant une douleur persistante pour laquelle vous n'avez pas reçu de diagnostic?
16. Souffrez-vous d'une affection médicale qui n'a pas été mentionnée dans les questions précédentes, pour laquelle vous avez été ou êtes sous observation, subissez des tests ou recevez un traitement, ou encore pour laquelle vous êtes en attente d'une investigation, d'une observation, d'un test, des résultats d'un test ou d'un traitement?

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antécédents personnels – Précisions sur toutes les réponses affirmatives.

N° de la question	Personne 1 ou 2	Date	Précisions



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

5. DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ POUR ENFANTS

À remplir pour : a) tous les enfants à assurer en vertu de l'avenant de protection pour enfants
b) la signature de tous les enfants qui ont atteint l'âge de 16 ans et plus (18 ans et plus au Québec) est requise à la section 8.

Écrire en lettres moulées le nom et prénom au complet de chaque enfant à assurer	Sexe	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Âge le plus rapproché	Taille	Poids	Nom et adresse du conseiller médical habituel
1.	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin			<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
2.	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin			<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
3.	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin			<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
4.	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin			<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
5.	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin			<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Une demande d'assurance pour certains des enfants a-t-elle été refusée, différée ou modifiée de quelque façon que ce soit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Si l'un des enfants a moins de 2 ans, sa naissance était-elle prématurée à plus de 4 semaines ou y a-t-il eu une indication quelconque de retard staturo-pondéral ou une absence de gain de poids ou vous a-t-on dit que l'enfant n'a pas atteint les étapes importantes développement ou de croissance? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous des enfants qui sont atteints d'une déficience physique ou mentale, ou qui ont été hospitalisés, ou qui ont subi une chirurgie ou un traitement pour une maladie, une déficience ou une blessure? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Y a-t-il certains des enfants qui prennent des médicaments ou à qui on a recommandé un traitement ou un test diagnostique qui n'a pas encore été effectué? ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. L'un des enfants a-t-il déjà été traité, subi des examens ou présenté des symptômes ou des signes de l'une des affections ou maladies suivantes : autisme, cancer, paralysie cérébrale, maladie congénitale du cœur, fibrose kystique, syndrome de Down, retard de développement ou dystrophie musculaire. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Y a-t-il un de vos enfants à assurer qui n'habitent PAS chez la titulaire ou le titulaire? Veuillez indiquer ci-dessous le lien de parenté avec les enfants en question, la date de leur dernière rencontre avec la titulaire ou le titulaire et la fréquence des visites. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Détails sur les réponses affirmatives :

N° de la question	Personne 1 ou 2	Veuillez préciser



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

6. PROTECTION FINALE – DÉCLARATION RELATIVE À L'USAGE DU TABAC ET ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Nota : afin d'être admissible à la remise en vigueur des contrats Protection finale, vous devez avoir répondu « non » aux questions 6.2 à 6.12.

	PERSONNE 1		PERSONNE 2	
	Oui	Non	Oui	Non
6.1 Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fumé la cigarette ou consommé d'autres produits à base de tabac, de nicotine, ou des produits d'abandon du tabac, ou encore fumé de la marijuana ou du hachisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Au cours des deux (2) dernières années, une assurance vie, autre que l'assurance collective ou l'assurance hypothèque collective vous a-t-elle été refusée ou différée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Êtes-vous actuellement une personne hospitalisée dans un établissement de soins infirmiers, alitée ou confinée à un fauteuil roulant, ou vous a-t-on informé que l'une de ces situations est nécessaire en raison de votre état de santé actuel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous subi une amputation par suite d'une maladie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous reçu le diagnostic ou un traitement (par un autre moyen que les médicaments) ou subissez-vous actuellement des examens pour l'une des maladies ou affections suivantes ou qui ont entraîné votre hospitalisation :				
a) angine de poitrine, crise cardiaque, insuffisance cardiaque ou cardiomyopathie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) cancer (autre que le carcinome basocellulaire)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) leucémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) lymphome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) maladie rénale chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 Au cours des deux (2) dernières années, vous a-t-on prescrit un nouveau médicament ou était-il nécessaire d'augmenter la posologie de votre médicament pour l'une des maladies ou affections suivantes :				
a) angine de poitrine, crise cardiaque, insuffisance cardiaque ou cardiomyopathie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) cancer (autre que le carcinome basocellulaire)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) leucémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) lymphome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) maladie rénale chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous reçu le diagnostic ou avez-vous été hospitalisée ou hospitalisé pour l'une des maladies ou affections suivantes :				
a) maladie respiratoire chronique qui a nécessité l'administration d'oxygène?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) maladie du foie (autre qu'une dégénérescence graisseuse du foie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) coma diabétique ou choc insulinaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) accident vasculaire cérébral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous subi une transplantation d'organe ou une greffe de moelle osseuse, ou vous a-t-on informée ou informé que l'une de ces procédures s'avérait nécessaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9 Au cours des cinq (5) dernières années, y a-t-il eu une réapparition de cancer ou avez-vous reçu le diagnostic d'un cancer dans plus d'une partie de votre corps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.10 Avez-vous déjà obtenu des résultats positifs au test de dépistage du VIH ou subi des traitements (y compris la médication) pour le SIDA ou le complexe lié au sida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.11 Avez-vous déjà reçu le diagnostic ou un traitement (y compris la médication) pour l'une des maladies ou affections suivantes : sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou de Gehrig), maladie d'Alzheimer ou démence?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.12 Avez-vous déjà reçu le diagnostic ou un traitement pour toute maladie incurable en phase terminale pour laquelle vous avez été informée ou informé d'une espérance de vie de moins de douze (12) mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

7. PROTECTION SANTÉCLAIR – DÉCLARATION RELATIVE À L'USAGE DU TABAC ET ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Nota : afin d'être admissible à la remise en vigueur des contrats Protection santéclair, vous devez avoir répondu « non » aux questions 7.2 à 7.6.

- 7.1 Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fumé la cigarette ou consommé d'autres produits à base de tabac, de nicotine, ou des produits d'abandon du tabac, ou encore fumé de la marijuana ou du hachisch?
- 7.2 Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance maladies graves ou d'assurance vie qui a été refusée, différée ou modifiée de quelque façon que ce soit?
- 7.3 Avez-vous : i) déjà subi des examens; ii) déjà reçu la recommandation d'un examen; iii) eu un examen dont vous attendez les résultats ou qui n'a pas encore eu lieu; iv) déjà reçu un traitement; v) déjà reçu un traitement pour tout symptôme, toute plainte ou tout signe; vi) déjà manifesté des symptômes, des plaintes ou des signes relativement à l'une des affections suivantes :
- a) maladie coronarienne, angine de poitrine, souffle court, douleur thoracique, angioplastie, pontage coronarien, chirurgie cardiaque, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, accidents ischémiques transitoires (AIT) ou toute autre maladie cérébrovasculaire, maladie du cœur ou maladie vasculaire?
- b) diabète, taux de sucre anormal, anomalie de la glande thyroïde, de l'hypophyse, de la lymphé, de la surrénale, maladie rénale chronique ou trouble endocrinien?
- c) cancer ou autre maladie maligne, comme la leucémie, le lymphome ou une tumeur, test Pap anormal (sans examen de suivi normal), ou polypes dans le côlon (sans examen de suivi normal - coloscopie)?
- d) pathologie ou trouble mammaire, masse au sein, kyste au sein, mammographie anormale, biopsie du sein anormale, douleur au sein non diagnostiquée, trouble prostatique, nodule prostatique, ASP anormal ou résultats anormaux d'une échographie?
- e) sida, VIH, maladie liée au sida, hypertrophie constante des glandes lymphatiques, analyse de sang anormale de façon chronique ou tout trouble du système immunitaire?
- f) hépatite B ou C (y compris l'état de porteur de l'hépatite B), résultats anormaux de tests de fonction hépatique, résultats anormaux d'une biopsie ou d'une échographie ou toute forme de maladie du foie?
- g) maladie de Crohn, colite ulcéreuse, douleur abdominale persistante non diagnostiquée, saignements rectaux ou toute autre maladie du côlon, du rectum, de l'estomac, de l'œsophage autre que le reflux œsophagien, un ulcère maîtrisé par les médicaments ou le syndrome du côlon irritable?
- 7.5 Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous :
- a) reçu un traitement ou des conseils relativement à la consommation d'alcool, de médicaments ou de drogues; ou fait partie d'un organisme ou programme en raison de votre consommation d'alcool, de médicaments ou de drogues?
- b) consommé des drogues telles que stupéfiants, héroïne, morphine, Demerol, LSD, hachisch, hallucinogènes, amphétamines, barbituriques, tranquillisants, stéroïdes anabolisants ou toute drogue ou tout médicament non prescrit par un médecin ou un médecin autorisé, ou telles que le méthadone, qu'il soit prescrit ou non par un médecin?
- 7.5 Deux membres de votre famille immédiate ou plus (mère, père, frère, sœur) ont-ils reçu le diagnostic ou un traitement pour la maladie du cœur, un anévrisme, un accident vasculaire cérébral ou la maladie polykystique des reins ou un cancer avant d'avoir atteint l'âge de 60 ans? ...
- 7.6 Votre poids actuel excède-t-il le poids indiqué par rapport à votre taille dans le tableau suivant?

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Taille (po)	Poids en(lb)	Taille (cm)	Poids (kg)
56	174	142	79
57	180	145	82
58	186	147	84
59	196	150	88
60	199	152	90
61	206	155	93
62	213	157	97
63	220	160	100
64	227	163	103
65	234	165	106
66	241	168	109
67	249	170	113

Taille (po)	Poids en(lb)	Taille (cm)	Poids (kg)
68	256	173	116
69	264	175	120
70	272	178	123
71	279	180	127
72	287	183	130
73	295	185	134
74	303	188	137
75	312	190	142
76	320	193	145
77	329	196	149
78	337	198	153



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

8. CONSENTEMENT ET PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

DÉCLARATION ET CONSENTEMENT DES TITULAIRES ET DES PERSONNES ASSURÉES :

1. Les renseignements personnels que j'ai fournis ou que nous avons fournis de plein gré à la courtière ou au courtier indépendant, à la conseillère ou au conseiller, ou encore à L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (la « Compagnie ») qui figurent dans la présente déclaration ou qui ont été fournis par l'entremise de documents complémentaires et qui seront conservés dans leurs dossiers, seront utilisés par la Compagnie pour les besoins de tarification, de service, d'administration, de détermination du statut fiscal canadien ou étranger, ainsi que de traitement et de règlement des réclamations.
2. Je comprends et accepte ou nous comprenons et acceptons que les renseignements personnels contenus dans les dossiers soient accessibles et qu'ils puissent être transmis au personnel autorisé, au réseau de distribution des ventes de la Compagnie, à d'autres assureurs et à ses réassureurs participants, aux fournisseurs de services et à d'autres compagnies retenues par la Compagnie, à l'administration fiscale canadienne ou étrangère ainsi qu'à toute autre personne ou partie qui obtient mon ou notre autorisation.
3. Mes ou nos renseignements personnels peuvent être traités et conservés à l'extérieur du Canada et, par conséquent, pourraient être assujettis aux lois de ces territoires de compétence. Si mon ou notre contrat est établi au Québec, mes ou nos renseignements personnels seront conservés à l'extérieur du Québec.
4. J'ai reçu ou nous avons reçu l'avis relatif au MIB LLC. et j'autorise ou nous autorisons tout médecin et tout médecin, toute praticienne ou tout praticien, tout hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical, toute compagnie d'assurance, le MIB ou tout autre organisme, tout établissement ou toute personne ayant des dossiers ou des renseignements sur la santé de toute personne à assurer, à fournir ces renseignements, y compris les antécédents médicaux, à la Compagnie ou à ses réassureurs. J'autorise ou nous autorisons la Compagnie à divulguer ces renseignements à mon ou mes médecins traitants. Notons qu'une photocopie de cette autorisation aura la même valeur que le document original.
5. J'autorise ou nous autorisons la Compagnie à fournir les renseignements liés à ma ou notre santé et à mon ou notre style de vie, ainsi que les renseignements médicaux obtenus pendant le processus de tarification, peu importe la source, à ma conseillère ou mon conseiller ou notre conseillère ou conseiller afin qu'il puisse m'expliquer toute évaluation défavorable de mon ou notre assurabilité. OUI NON
6. Je consens ou nous consentons à l'obtention de rapports sur le consommateur (rapport de solvabilité) contenant des renseignements personnels et de solvabilité.

Pour de plus amples renseignements au sujet des pratiques de la Compagnie en matière de vie privée et sur la façon de communiquer avec la personne responsable de la protection des renseignements personnels, veuillez consulter le site au www.equitable.ca/fr.

9. RENSEIGNEMENTS D'ORDRE JURIDIQUE

DÉCLARATION ET CONSENTEMENT DES TITULAIRES ET DES PERSONNES ASSURÉES :

1. Toutes les déclarations et réponses dans toutes les sections de la présente déclaration sont complètes, exactes et correctement inscrites. Ces déclarations et réponses indiquées dans l'original de la proposition d'assurance, ainsi que toute preuve d'assurabilité supplémentaire que je vous ai ou que nous vous avons fournie, serviront ensemble à déterminer l'assurabilité.
2. L'assurance pour laquelle une remise en vigueur est demandée dans la présente déclaration ou une telle assurance approuvée par la Compagnie, ne prendra effet que si : (i) un avis de remise en vigueur a été émis par la Compagnie; (ii) j'ai ou nous avons payé tous les arrérages des primes, plus l'intérêt; et (iii) aucune modification n'a été apportée à l'assurabilité des personnes à assurer depuis la remise de la présente déclaration et la date à laquelle l'avis de remise en vigueur de la Compagnie m'a été expédié.
3. Je n'ai ou nous n'avons connaissance de l'omission d'aucun détail dans cette déclaration, la proposition d'assurance originale et toute autre preuve d'assurabilité que j'ai ou que nous avons fournie qui pourrait avoir une incidence sur l'assurabilité de toute personne à assurer.
4. La présente déclaration peut être transmise à la Compagnie par voie électronique et sera considérée par la Compagnie comme la demande de remise en vigueur du contrat de la proposante ou du proposant, ou encore de la titulaire ou du titulaire.

LE FAIT DE NE PAS DIVULGUER CHACUN DES FAITS À LA CONNAISSANCE DE TOUTE PERSONNE PROPOSANTE OU TITULAIRE, OU ENCORE DE TOUTE PERSONNE À ASSURER, QUI SONT IMPORTANTS AU TITRE DE L'ASSURANCE DEMANDÉE, OU IMPORTANTS AU TITRE DE L'ASSURABILITÉ DE TOUTE PERSONNE À ASSURER, OU TOUTE FAUSSE REPRÉSENTATION OU DÉCLARATION ERRONÉE QUANT AUX FAITS, AUX RENSEIGNEMENTS OU AUX RÉPONSES DONNÉES ET INDIQUÉES DANS LA PROPOSITION, Y COMPRIS TOUT RENSEIGNEMENT DE LA PARTIE II ET TOUTE DÉCLARATION ÉCRITE DONNÉE À TITRE DE PREUVE D'ASSURABILITÉ, RENDRA TOUTE ASSURANCE ÉTABLIE EN RELATION AVEC LA PROPOSITION, ANNULABLE PAR LA COMPAGNIE.



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR LA REMISE EN VIGUEUR D'UN CONTRAT

Signée à _____ le _____ 20 _____.
(ville) (province) (jour) (mois)

Signature de toute personne proposante
ou titulaire

(Si la proposante ou le proposant, ou encore la ou le titulaire est une société par actions, veuillez apposer son sceau, si possible, et obtenir la signature et le titre de l'autorisatrice ou l'autorisateur - si autre que la personne à assurer.)

PERSONNE
1

PERSONNE
2

* Signature de la personne à assurer

* Signature de la personne à assurer

Autre

* Signature de la personne à assurer

* Témoin de toutes les signatures

* Signature requise pour chaque personne à assurer âgée de 16 ans ou plus, (18 ans et plus au Québec) en date de la présente.

* Signature requise d'un des parents ou de la tutrice ou du tuteur des enfants âgés de moins de 16 ans (de moins de 18 ans au Québec) en date de la présente.

** Si autre que la personne 1 ou la personne 2

AVIS RELATIF AU MIB, LLC.

Les renseignements concernant l'assurabilité de toute personne à assurer seront traités en toute confidentialité. L'Assurance vie Équitable ou ses réassureurs pourraient toutefois soumettre un bref rapport au MIB, LLC, connu auparavant sous le nom Medical Information Bureau (Bureau des renseignements médicaux). Le MIB LLC est un organisme sans but lucratif, formé de compagnies d'assurance vie, qui permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si toute personne à assurer présente une demande d'assurance vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance maladie à une autre compagnie membre du MIB, ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur elle. En tant que compagnie américaine, le MIB se conforme au droit relatif au respect de la vie privée des États-Unis. Le MIB protège les renseignements personnels d'une façon semblable au droit relatif au respect de la vie privée du Canada. À la réception d'une demande de votre part, le MIB LLC vous permettra de prendre connaissance de tous les renseignements qu'il détient à votre sujet. Si vous mettez en doute l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez demander leur correction en communiquant avec le MIB. Le bureau de renseignements du MIB est situé à l'adresse suivante : 50 Braintree Hill Park, bureau 400, Braintree MA, 02184-8734; au numéro de téléphone suivant : 1 866 692-6901 ou à l'adresse courriel suivante : privacy@mib.com pour toute question relative au respect de la vie privée. L'Assurance vie Équitable ou ses réassureurs pourraient également fournir des renseignements figurant dans leurs dossiers de d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles la personne à assurer présenterait une demande d'assurance vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance maladie complémentaire et, ou auxquelles une demande de réclamation pourrait être soumise. Des renseignements au sujet du MIB LLC, destinés aux consommateurs sont disponibles à l'adresse www.mib.com.

Remarque : l'Assurance vie Équitable^{MD} ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Assurance vie Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 668-4095.