



RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

1. Numéro de proposition ou de contrat	Nom au complet							
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Adresse courriel						
2. a) Nom et adresse de votre médecin ou autre professionnel de la santé que vous consultez régulièrement ou de la clinique où vous vous rendez habituellement : _____								
b) Date de la dernière consultation auprès de votre médecin ou autre professionnel de la santé ou de votre dernière visite à la clinique (même à l'extérieur du Canada) : _____ (jj/mm/aaaa)								
S'il s'agit d'un autre médecin ou d'une autre clinique que celle indiquée à la question 2 a), veuillez fournir le nom ou l'adresse : _____								
Raison de votre dernière consultation médicale : _____								
Lors de la dernière consultation : i) un diagnostic a-t-il été posé? ii) un traitement ou un médicament a-t-il été prescrit? iii) des résultats d'examen ont-ils été obtenus ou fournis? iv) un suivi vous a-t-il été recommandé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.)								
3. Taille	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">pi</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">po</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">cm</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	pi	<input type="checkbox"/>	po	<input type="checkbox"/>	cm	<input type="checkbox"/>	Avez-vous perdu ou gagné du poids cours des 12 derniers mois? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
pi	<input type="checkbox"/>							
po	<input type="checkbox"/>							
cm	<input type="checkbox"/>							
Poids	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">lb</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">kg</td> <td style="padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	lb	<input type="checkbox"/>	kg	<input type="checkbox"/>	Gain : _____ Perte : _____		
lb	<input type="checkbox"/>							
kg	<input type="checkbox"/>							
Raison : _____								

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX		Oui	Non	Veuillez fournir les renseignements complets, les affections, les dates, la durée, les examens et les résultats, les nom et adresse complets des médecins, des hôpitaux et des cliniques.		
4. Antécédents familiaux : Un membre de la famille (père, mère, frère ou sœur) a-t-il déjà reçu le diagnostic de l'une des affections ou maladies suivantes?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
<ul style="list-style-type: none"> • maladie d'Alzheimer • cancer (préciser le type) • maladie du cœur • chorée de Huntington • maladie de Parkinson • maladie polykystique des reins • autre maladie ou trouble héréditaire • autre maladie du neurone moteur • sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou de Gehrig) • diabète (préciser le type) • hépatite • sclérose en plaques • accident vasculaire cérébral (AVC) • rétinite pigmentaire 						
Personne 1 ou 2	Membre de la famille (père, mère, sœurs et frères)	Affection	Âge à l'apparition	Âge si en vie	Âge au décès	
5. Système cardiaque et circulatoire : 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?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
<ul style="list-style-type: none"> • anévrisme • caillot sanguin • stimulateur cardiaque • maladie coronarienne, pontage coronarien ou angioplastie • souffle cardiaque • hypertension artérielle • rythme cardiaque irrégulier (arythmie) ou pouls irrégulier • maladie vasculaire périphérique (mauvaise circulation) • accident vasculaire cérébral (AVC) • toute autre maladie ou tout autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins • angine de poitrine • douleur à la poitrine ou souffle court • crise cardiaque (infarctus du myocarde) • cholestérol élevé (hyperlipidémie) • accidents ischémiques transitoires (AIT) 						
6. Bosses ou excroissances : 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?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
<ul style="list-style-type: none"> • mammographie anormale • leucémie • lymphome • tumeur • mélanome • cancer • bosse ou kyste • polype • carcinome basocellulaire • toute autre bosse ou malignité 						



RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	Oui Non	Veuillez fournir les renseignements complets, les affections, les dates, la durée, les examens et les résultats, les nom et adresse complets des médecins, des hôpitaux et des cliniques.
<p>7. Système sanguin, glandulaire ou endocrinien : 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?</p> <ul style="list-style-type: none"> • taux de glycémie anormal • diabète gestationnel • hyperthyroïdie ou hypothyroïdie • trouble de saignement • hémophilie • toute autre affection ou tout autre trouble sanguin • diabète • goitre • maladie ou trouble lymphatique ou glandulaire (surrénales ou hypophyse) • anémie • toute autre affection ou tout autre trouble thyroïdien ou endocrinien 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<p>8. Système gastro-intestinal : 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?</p> <ul style="list-style-type: none"> • cirrhose • diverticulite • syndrome du côlon irritable • pancréatite • saignement rectal ou intestinal • 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 • maladie de Crohn • hépatite (y compris l'état de porteuse ou de porteur) • jaunisse • diarrhée persistante • ulcère (gastro-duodénal ou gastrique) 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<p>9. Oreilles, yeux, nez, gorge et bouche : 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 (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 transstympaniques)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • cécité • surdité • déficience auditive • labyrinthite • acouphène • toute autre affection ou tout autre trouble des oreilles, des yeux, du nez ou de la bouche • vision floue ou double • glaucome • déficience visuelle • névrite optique 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<p>10. Système respiratoire : 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?</p> <ul style="list-style-type: none"> • asthme • bronchite chronique • emphysème • sarcoïdose • tuberculose • maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) • fibrose kystique • toux persistante • apnée du sommeil • toute autre affection ou tout autre trouble respiratoire 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<p>11. Santé mentale : 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?</p> <ul style="list-style-type: none"> • trouble déficitaire de l'attention • anxiété • dépression • trouble bipolaire • tentative de suicide ou idéation • toute autre affection ou tout autre trouble psychologique, de développement, affectif ou comportemental • épuisement professionnel • fatigue chronique • trouble de l'alimentation • schizophrénie 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<p>12. Peau et tissu conjonctif : 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 (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)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • naevus ou naevi dysplasiques • psoriasis • 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 • lupus • sclérodermie 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<p>13. Système rénal, urinaire et reproducteur : 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?</p> <ul style="list-style-type: none"> • test Pap anormal • hystérectomie • néphrite • infection transmissible sexuellement • 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 • antigène prostatique spécifique anormal (APS) • calcul rénal • fibrome utérin • sucre, sang ou protéine dans l'urine 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	



RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	Oui Non	Veuillez fournir les renseignements complets, les affections, les dates, la durée, les examens et les résultats, les nom et adresse complets des médecins, des hôpitaux et des cliniques.
<p>14. Système musculo-squelettique : 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?</p> <ul style="list-style-type: none"> • arthrite • syndrome de douleur chronique • dystrophie musculaire • engourdissement ou faiblesse des extrémités de tout bras ou toute jambe • toute autre affection ou tout autre trouble musculaire, articulaire, des membres, dorsal ou osseux <ul style="list-style-type: none"> • fatigue chronique • fibromyalgie • paralysie • maladie de Parkinson 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<p>15. Système nerveux : 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?</p> <ul style="list-style-type: none"> • maladie d'Alzheimer • paralysie cérébrale • coma • retard de développement ou syndrome de Down • épilepsie ou convulsions • perte de sensation, de l'usage de la parole ou de l'équilibre • sclérose en plaques (SEP) • toute autre affection ou tout autre trouble du neurone moteur • tremblements • syndrome post-commotionnel • toute autre affection ou tout autre trouble neurologique congénital • toute autre affection ou tout autre trouble du cerveau ou du système nerveux <ul style="list-style-type: none"> • sclérose latérale amyotrophique (SLA) • déficience cognitive • démence • étourdissements ou vertiges • évanouissements ou syncope • maladie de Parkinson • maux de tête intenses • autisme 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<p>16. Système immunitaire : 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?</p> <ul style="list-style-type: none"> • sida • toute autre affection ou tout autre trouble du système immunitaire <ul style="list-style-type: none"> • VIH 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<p>17. Au cours des cinq dernières années, avez-vous subi les tests médicaux ou diagnostiques suivants?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ECG • tomodensitogrammes • coloscopie • biopsies • tout autre test médical ou diagnostique <ul style="list-style-type: none"> • radiographies • examens IRM • échographies • analyses sanguines 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<p>18. 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?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<p>19. 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, y compris une douleur persistante pour laquelle vous n'avez pas reçu de diagnostic?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<p>20. 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?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<p>21. Prenez-vous des médicaments sur ordonnance ou sans ordonnance, y compris les traitements holistiques et par les plantes (à l'exception des vitamines), pour des symptômes, des préoccupations, des signes ou des affections médicales qui n'ont pas été mentionnés dans les questions précédentes?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	



RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

Je certifie que j'ai lu les réponses aux questions ci-dessus, qu'elles sont fidèles à ce que j'ai dit et que je n'ai pas connaissance de l'omission d'aucun détail dans la présente, qui pourrait avoir incidence sur mon assurabilité. J'accepte que celles-ci fassent partie intégrante de ma proposition d'assurance. Le défaut de divulguer chacun des faits importants, à votre connaissance, au titre de l'assurance ou toute fausse déclaration quant aux faits indiqués dans la présente déclaration d'état de santé peut entraîner l'annulation du contrat à la discrétion de la Compagnie.

AUTORISATION DE CONSULTATION AUPRÈS DE MÉDECINS, D'HÔPITAUX OU D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS

Par la présente, j'autorise tous les médecins ou autres professionnels de la santé consultés où j'ai subi un examen pour un diagnostic ou un traitement, une maladie ou un malaise; tous les hôpitaux et les cliniques où j'ai été patiente ou patient pour ce diagnostic, ce traitement, cette maladie ou ce malaise; tous les établissements de soins de santé; toutes les compagnies d'assurance, le MIB Inc ou tout autre organisme, établissement ou toute personne qui possède un dossier ou des renseignements sur mon état de santé, à les communiquer dans leur totalité, y compris les antécédents médicaux, à L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada ou à ses réassureurs. Une photocopie de ces autorisations a la même valeur que le document original.

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER _____

NOM DU TÉMOIN _____

SIGNATURE DU TÉMOIN _____

Date _____

Remarque : L'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'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.