

1 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite)

Taille et poids

Taille: cm pi/po Poids: kg lb

Votre poids a-t-il diminué de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an? Oui Non

Si oui, nombre de kg (lb) perdus: _____ kg lb

Raison: _____

Médecin personnel

Nom du médecin

Adresse

_____ (poste)

Téléphone travail

Dernier médecin consulté, si différent

Date de la dernière consultation: _____
Année Mois Jour

Motif

Résultats (consultations ou traitements recommandés)

Antécédents familiaux

Est-ce qu'un des membres de la famille immédiate (père, mère, frères, sœurs) a déjà souffert de maladie cardiaque ou vasculaire, d'hypertension artérielle, de traumatisme vasculaire cérébral, de cancer, de diabète, de maladie polykystique des reins, de sclérose en plaques, de dystrophie musculaire, de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Parkinson, de la chorée de Huntington, de sclérose latérale amyotrophique ou de toute autre maladie héréditaire?

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui:

Nom de la maladie (s'il s'agit de cancer, préciser lequel)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès	Cause du décès
Père	_____	_____	_____	_____
Mère	_____	_____	_____	_____
Frères	_____	_____	_____	_____
Sœurs	_____	_____	_____	_____

2 RENSEIGNEMENTS NON MÉDICAUX >>> À REMPLIR EN TOUT TEMPS MÊME SI PARAMÉDICAL <<<

Si la réponse est « Oui » à une des questions (excepté aux questions 1 et 6), remplir la section appropriée du questionnaire complémentaire disponible dans le logiciel d'illustration.


	Oui	Non
Boissons alcooliques		
1. Consommez-vous des boissons alcooliques ? Si oui , indiquez la quantité hebdomadaire actuelle (nombre de verres de bière, vin et/ou spiritueux). _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Votre consommation d'alcool a-t-elle changé au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà reçu un traitement ou avez-vous consulté pour alcoolisme, abus d'alcool ou avez-vous été avisé par un médecin de réduire votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduite automobile		
Au cours des 3 dernières années :		
4. Votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous été trouvé coupable de 3 infractions ou plus au Code de la sécurité routière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dossier criminel		
6. Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle quelconque ou attendez-vous le résultat de procédures en raison d'une infraction criminelle ? Si oui , précisez, pour chacune des infractions, la nature, la date, la sentence et la probation. _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faillite		
7. Avez-vous déclaré faillite au cours des 5 dernières années ? Si oui , indiquez la date de libération de la faillite : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sports hasardeux		
8. Avez-vous l'intention de faire ou avez-vous fait au cours des 5 dernières années de l'alpinisme, des courses de véhicules motorisés, du deltaplane, du parachutisme, de la plongée sous-marine, ou toute autre activité ou sport hasardeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usage de drogues		
9. Faites-vous ou avez-vous déjà fait usage de drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voyage ou résidence à l'étranger		
10. Au cours des 2 dernières années, avez-vous voyagé ou résidé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux voyages et à la résidence à l'étranger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Au cours des 2 prochaines années, prévoyez-vous voyager ou résider à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux voyages et à la résidence à l'étranger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS


1. Aux fins de l'établissement de mon assurabilité, de la gestion de mon dossier et de l'étude de mes demandes de prestations, j'autorise toute personne physique ou morale et tout organisme public ou parapublic détenant des renseignements sur mon compte dont notamment tout professionnel de la santé et tout établissement de santé, le MIB inc., toute institution financière, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout agent de renseignement ou toute agence d'investigation, mon employeur ou mes anciens employeurs, à communiquer ces renseignements à l'Assureur ou à ses réassureurs. J'autorise également l'Assureur et ses réassureurs pour les mêmes fins à communiquer auxdites personnes ou auxdits organismes dont le MIB inc. les renseignements qu'ils détiennent sur mon compte.
2. Pour les mêmes fins, j'autorise l'Assureur ou ses réassureurs à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet et à faire un bref rapport donnant des renseignements personnels sur ma santé au MIB inc.
3. En cas de décès, j'autorise expressément le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à l'Assureur ou à ses mandataires, lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le traitement de mon dossier.
4. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.
5. Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce questionnaire sont complètes et véridiques et consens à ce qu'elles fassent partie de ma proposition d'assurance.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DU PRENEUR/ASSURÉ


Signature du preneur/assuré

SIGNATURE DU CONSEILLER


Signature du conseiller