

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Nom de la personne à assurer	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Prénom de la personne à assurer
Date de naissance : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Année Mois Jour </div>	<input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/> N° de proposition ou de contrat

1 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1.1 AUTRES ASSURANCES EN VIGUEUR OU À L'ÉTUDE

Déterminez-vous présentement un contrat d'assurance vie (**VIE**), d'assurance maladies graves (**MG**), d'assurance de soins de longue durée (**SLD**) ou d'assurance invalidité (**AI**) ou avez-vous une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance ? Oui Non
Si oui, fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.

VIE	MG	SLD	AI	Capital assuré	Décès accidentel	Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)			Personnelle/ D'affaires		Est-ce que l'assurance demandée remplacera ce contrat d'assurance ?
							Année	Mois	À l'étude	P	A	Joindre au besoin le préavis de remplacement.
<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"/> Oui <input type="checkbox"/> 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"/> Oui <input type="checkbox"/> 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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

1.2 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

Avez-vous déjà eu une proposition d'assurance vie (**VIE**), d'assurance maladies graves (**MG**) ou d'assurance invalidité (**AI**) qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime ? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année	Mois	VIE	MG	AI	Nom de la compagnie	Décision	Raison
<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"/>	_____	_____	_____

1.3 USAGE DE TABAC

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe, la pipe à eau, la chicha ou fait usage de noix de bétel, de tabac à priser, de marijuana (cannabis) contenant tout produit de tabac ou de la nicotine, ou fait usage de toute autre forme de tabac ou d'un substitut tel que la gomme, le timbre cutané (*patch*) ou la cigarette électronique ? Oui Non **Si oui**:

Type	Quantité	Fréquence
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si vous avez cessé de fumer dans les 12 derniers mois, indiquer la date de cessation :

Année
Mois

1 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (suite)

Répondre à toutes les questions en cochant OUI ou NON. Pour chaque réponse affirmative, fournir des précisions à la section 2.2 ou remplir le questionnaire demandé.

1.4 BOISSONS ALCOOLIQUES

Oui Non

1.4.1 Consommez-vous des boissons alcooliques ? **Si oui**, indiquer la quantité hebdomadaire actuelle (nombre de verres de bière, vin ou spiritueux).

1.4.2 Au cours des 5 dernières années, votre consommation d'alcool a-t-elle changé ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à la consommation de boissons alcooliques (IND031F)**.

1.5 USAGE DE DROGUES OU D'OPIACÉS

Faites-vous ou avez-vous fait usage de drogues ou d'opiacés, de stupéfiants tels que marijuana (cannabis), cocaïne, LSD, barbituriques, amphétamines ou autres substances similaires ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à l'usage de drogues ou d'opiacés (IND021F)**.

1.6 CONDUITE AUTOMOBILE

1.6.1 Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à la conduite automobile (IND020F)**.

1.6.2 Au cours des 5 dernières années, votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à la conduite automobile (IND020F)**.

1.6.3 Au cours des 5 dernières années, avez-vous été reconnu coupable de 3 infractions ou plus au code de la route ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à la conduite automobile (IND020F)**.

1.7 DOSSIER CRIMINEL

Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle quelconque ? **Si oui**, préciser pour chacune des infractions, la nature, la date, la sentence et la probation.

1.8 ENVOLÉES AÉRIENNES

Avez-vous l'intention de faire ou avez-vous fait au cours des 2 dernières années des envolées aériennes autrement que comme passager ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à l'aviation (IND024F)**.

1.9 SPORTS HASARDEUX

Avez-vous l'intention de faire ou avez-vous fait au cours des 2 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 ? **Si oui**, remplir le questionnaire approprié.

1.10 VOYAGE OU RÉSIDENCE À L'ÉTRANGER

1.10.1 Au cours des 2 dernières années, avez-vous voyagé ou résidé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ? **Si oui**, préciser l'endroit et la durée du séjour.

1.10.2 Au cours des 2 prochaines années, prévoyez-vous voyager ou résider à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ? **Si oui**, préciser l'endroit et la durée du séjour.

2 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

2.1 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Répondre à toutes les questions en cochant OUI ou NON. Pour chaque réponse affirmative :

– Identifier la maladie, l'affection ou la situation concernée.

– Fournir des précisions à la section 2.2 « Renseignements supplémentaires » ou remplir le questionnaire demandé.

	Oui	Non
2.1.1 Avez-vous déjà consulté, été traité ou présenté des signes ou des symptômes pour l'une ou l'autre des maladies énumérées ci-dessous ?		
a) SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE : Tension artérielle élevée, taux de cholestérol ou de triglycérides élevé, douleur à la poitrine, palpitations, rythme cardiaque irrégulier, souffle au cœur, rhumatisme articulaire aigu, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, anévrisme ou autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) SYSTÈME RESPIRATOIRE : Asthme, emphysème, essoufflement, bronchite chronique, apnée du sommeil, autre trouble respiratoire ou pulmonaire ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux troubles respiratoires (IND014F) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL :		
c1. Hépatite, cirrhose du foie, pancréatite ou trouble du foie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c2. Colite ulcéreuse, maladie de Crohn, hémorragie, trouble de l'œsophage, de l'estomac, de la vésicule biliaire ou des intestins ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux maladies intestinales (IND018F) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE : Anomalies dans l'urine, trouble des reins, de la vessie, de la prostate, des organes génitaux, maladies sexuellement transmissibles ou Pap test anormal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) SYSTÈME ENDOCRINIEN :		
e1. Trouble de la thyroïde ou autre affection glandulaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e2. Diabète ? Si oui , remplir le questionnaire relatif au diabète (IND015F) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE :		
f1. Douleur ou trouble du dos ou du cou ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux troubles du dos ou du cou (IND013F) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f2. Arthrite, goutte, bursite, tendinite, entorse ou autre trouble des muscles, des ligaments, des os ou des articulations ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux troubles musculo-squelettiques (IND012F) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) SYSTÈME NERVEUX		
g1. Épilepsie ? Si oui , remplir le questionnaire relatif à l'épilepsie (IND134F) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g2. Paralyse, sclérose en plaques, coma, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, étourdissements, pertes d'équilibre, névrite optique, vue brouillée, engourdissements, fourmillements ou tout autre trouble neurologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) SANTÉ MENTALE : Dépression, épuisement professionnel, trouble d'adaptation, anxiété, fatigue/surmenage ou tout autre trouble psychologique, psychiatrique ou mental ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux troubles psychologiques (IND017F) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) SYSTÈME IMMUNITAIRE : Lupus, parasida (ARS), SIDA ou test permettant de vérifier la possibilité d'une exposition au SIDA ou au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ou tout autre trouble du système immunitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) GÉNÉRAL :		
j1. Anémie ou autre maladie du sang, leucémie, trouble des ganglions, cancer, tumeur, kyste, polype, nodule, maladie ou lésion anormale de la peau, affection des yeux, des oreilles, des seins incluant masses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j2. Autre désordre physique ou mental non mentionné à la question 2.1.1 a) à j1 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.2 Avez-vous déjà reçu un traitement ou vous a-t-on conseillé de suivre un traitement ou de consulter un médecin concernant votre consommation de drogue ou d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.3 Au cours des 5 dernières années,		
a) Avez-vous passé un électrocardiogramme, une radiographie, une tomographie (CT scan), une imagerie par résonance magnétique (IRM), des tests sanguins, des examens de contrôle, de dépistage ou des tests diagnostiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous été admis comme patient dans un hôpital ou une clinique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.4 Au cours des 5 dernières années, avez-vous été invalide ou absent du travail pour une période de 4 semaines consécutives ou plus en raison de maladie ou de blessure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite)

2.4 MÉDECINS

2.4.1 Médecin personnel

Nom du médecin personnel _____

Adresse _____ Ind. rég. _____ Téléphone _____

Raison de la dernière consultation _____ Date de la dernière consultation: _____
 Année Mois Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés) _____

2.4.2 Dernier médecin consulté

Nom du dernier médecin consulté, si différent _____

Adresse _____ Ind. rég. _____ Téléphone _____

Raison de la dernière consultation _____ Date de la dernière consultation: _____
 Année Mois Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés) _____

2.5 ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Est-ce qu'un des membres de la famille (vivant ou décédé) de la personne à assurer, soit père, mère, frère, sœur, a déjà souffert de maladie cardiaque ou vasculaire, d'hypertension artérielle, de traumatisme vasculaire cérébral, cancer, diabète, maladie polykystique des reins, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique ou de toute autre maladie héréditaire? Oui Non
Si oui, fournir les renseignements requis ci-dessous.

Lien de parenté avec la personne à assurer	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
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

3 SECTION ADDITIONNELLE POUR LA PERSONNE À ASSURER DE MOINS DE 18 ANS (enfant à assurer)

3.1 FRÈRES ET SŒURS DE L'ENFANT À ASSURER

L'enfant à assurer a-t-il des frères et sœurs? Oui Non Si oui, combien? _____

3.2 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE DES MEMBRES DE LA FAMILLE DE L'ENFANT À ASSURER

Inscrire ci-dessous toute assurance vie (VIE), maladies graves (MG) ou invalidité (AI) en vigueur ou à l'étude sur la vie des parents, des frères et sœurs.

Nom du membre de la famille de l'enfant à assurer	Lien de parenté avec l'enfant à assurer	VIE	MG	AI	Capital assuré	Nom de la compagnie	Année d'émission	À l'étude
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	____ ____ ____ ____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	____ ____ ____ ____	<input type="checkbox"/>

3.3 RENSEIGNEMENTS FINANCIERS DES PARENTS DE L'ENFANT À ASSURER À remplir si le capital assuré demandé est supérieur à 100 000 \$.

3.3.1 Revenu annuel des parents: _____ \$

3.3.2 Valeur nette (actif-passif) des parents: _____ \$

3.4 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ENFANT À ASSURER

Répondre à toutes les questions en cochant OUI ou NON. Pour chaque réponse affirmative :

- Encercler la maladie, l'affection ou la situation concernée.
- Fournir des précisions à la section 3.5 « Renseignements supplémentaires ».

	Oui	Non
3.4.1 L'enfant à assurer a-t-il déjà consulté un médecin ou eu un diagnostic ou a-t-il déjà présenté des signes ou des symptômes concernant ce qui suit :		
a) Malformation cardiaque ou autre anomalie congénitale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Paralyse cérébrale, sclérose latérale amyotrophique, dystrophie musculaire, fibrose kystique ou retard du développement physique ou mental ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4.2 L'enfant à assurer est-il âgé de moins de 1 an ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, est-il né plus de 4 semaines avant terme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.5 RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire datée et dûment signée.


Question n° Diagnostic, date du diagnostic, dates des consultations, raisons, résultats, hospitalisations, chirurgies, noms et adresses des médecins ou hôpitaux consultés

4 DÉCLARATION ET SIGNATURES


Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce questionnaire sont complètes et véridiques.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER


 Signature de la personne à assurer ou de son tuteur légal si la personne à assurer a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec

SIGNATURE DU CONSEILLER


 Signature du conseiller

 Nom du tuteur légal signataire (en caractères d'imprimerie)

N° de contrat :

5 AUTORISATION

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 employeurs précédents, à communiquer ces renseignements à l'Assureur ou à ses réassureurs. J'autorise également l'Assureur et ses réassureurs aux mêmes fins à communiquer auxdites personnes ou auxdits organismes dont le MIB, Inc. les renseignements qu'ils détiennent sur mon compte.
2. Aux 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. La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.
4. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER

X

Signature de la personne à assurer (autorisée à signer si âgée de 14 ans ou plus au Québec et si âgée de 16 ans ou plus à l'extérieur du Québec)

X

Signature du parent ou du tuteur légal si la personne à assurer est mineure

Nom du parent ou du tuteur légal signataire (en caractères d'imprimerie)

SIGNATURE DU CONSEILLER

X

Signature du conseiller



La Capitale
Assureur de
l'administration publique

625, rue Jacques-Parizeau, C.P. 16040
Québec (Québec) G1K 7X8