



OBJET DE CETTE DÉCLARATION	<input type="checkbox"/> ADHÉSION TARDIVE	<input type="checkbox"/> VIE FACULTATIVE
	<input type="checkbox"/> MONTANT EXCÉDENT LE MAXIMUM SANS PREUVE D'ASSURABILITÉ	<input type="checkbox"/> AUTRES

NOM DE L'EMPLOYEUR		GROUPE	DIVISION	CERTIFICAT
NOM DE L'EMPLOYÉ		NOM À LA NAISSANCE		
OCCUPATION	TAILLE _____ PI. PO OU _____ CM	POIDS _____ LB OU _____ KG	N° D'ASSURANCE SOCIALE	DATE DE NAISSANCE J _____ M _____ A _____

QUESTIONNAIRE

POUR CHAQUE RÉPONSE AFFIRMATIVE, VEUILLEZ FOURNIR TOUS LES DÉTAILS À LA SECTION «EXPLICATIONS» CI-DESSOUS.

1. A) AU COURS DES DOUZE (12) DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS FAIT USAGE DE TABAC OU D'UN DE SES DÉRIVÉS TELS QUE GOMME, TIMBRE DE NICOTINE « PATCH » ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
B) AU COURS DES TROIS (3) DERNIÈRES ANNÉES, AVEZ-VOUS PARTICIPÉ OU AVEZ-VOUS L'INTENTION DE PARTICIPER À DES ENVOLÉES AÉRIENNES À TITRE DE PILOTE OU DE MEMBRE D'ÉQUIPAGE OU À DU VOL PLANÉ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) AU COURS DES TROIS (3) DERNIÈRES ANNÉES AVEZ-VOUS PRATIQUÉ OU AVEZ-VOUS L'INTENTION DE PRATIQUER LA PLONGÉE SOUS-MARINE, LA COURSE DE VÉHICULES MOTORISÉS OU D'AUTRES ACTIVITÉS OU SPORTS DANGEREUX ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) AU COURS DES TROIS (3) DERNIÈRES ANNÉES VOUS A-T-ON SUSPENDU OU RETIRÉ VOTRE PERMIS DE CONDUIRE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT UNE DEMANDE D'ASSURANCE-VIE, MALADIE OU INVALIDITÉ QUI A ÉTÉ REFUSÉE, MODIFIÉE OU ACCEPTÉE AVEC SURPRIME OU EXCLUSION ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ SOIGNÉ POUR L'UNE OU L'AUTRE DES MALADIES OU AFFECTIONS ÉNUMÉRÉES CI-DESSOUS OU EN AVEZ-VOUS DÉJÀ RESENTI DES SYMPTÔMES ?				
ALCCOLISME OU TOXICOMANIE	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
ARTHRITE OU RHUMATISME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CANCER OU TUMEUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABÈTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HYPERTENSION ARTÉRIELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALADIE DU CŒUR	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
MALADIE DU SANG OU DES GLANDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALADIE NERVEUSE OU MENTALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROUBLES CÉRÉBRAUX OU NEUROLOGIQUES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROUBLE DE L'ESTOMAC, DE L'INTESTIN OU DU FOIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROUBLES DE LA COLONNE VERTÉBRALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROUBLES DES ORGANES GÉNITAUX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROUBLES DES REINS OU DES VOIES URINAIRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROUBLES DES VAISSEAUX SANGUINS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROUBLES PULMONAIRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ ATTEINT DU SIDA OU DU PARASIDA OU DÉJÀ SUBI UN EXAMEN DE DÉPISTAGE DU VIRUS D'IMMUNO-DÉFICIENCE HUMAINE (VIH) QUI S'EST AVÉRÉ POSITIF ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. PRÉSENTEZ-VOUS UNE ANOMALIE PHYSIQUE, UNE DIFFORMITÉ, UNE MALADIE OU UN PROBLÈME DE SANTÉ NON MENTIONNÉ À LA QUESTION DEUX (2) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A) AU COURS DES CINQ (5) DERNIÈRES ANNÉES, AVEZ-VOUS SUBI UN ACCIDENT OU DES BLESSURES ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) AU COURS DES DEUX (2) DERNIÈRES ANNÉES, AVEZ-VOUS CONSULTÉ UN MÉDECIN, SUBI UN EXAMEN OU UN TEST OU REÇU DES TRAITEMENTS OU MÉDICAMENTS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) AU COURS DES DOUZE (12) DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS DÛ VOUS ABSENTER DU TRAVAIL, POUR CAUSE DE MALADIE OU DE BLESSURE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) PRENEZ-VOUS ACTUELLEMENT DES MÉDICAMENTS, SUIVEZ-VOUS UNE DIÉTÉ, RECEVEZ-VOUS DES SOINS OU DES TRAITEMENTS MÉDICAUX ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) PRÉVOYEZ-VOUS CONSULTER UN MÉDECIN OU AUTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ OU PASSER DES TESTS OU SUBIR UNE OPÉRATION ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. FAITES-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT USAGE DE DROGUES, STUPÉFIANTS OU NARCOTIQUES SANS ORDONNANCE MÉDICALE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI OUI GENRE DE DROGUES : _____				
QUANTITÉ DE SEMAINE : _____				
DATE DE LA DERNIÈRE CONSOMMATION : _____				
7. FAITES-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT USAGE DE BOISSONS ALCOOLIQUES ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GENRE DE BOISSONS ACTUELLEMENT : _____				
IL Y A TROIS (3) ANS : _____				
QUANTITÉ PAR SEMAINE ACTUELLEMENT : _____				
IL Y A TROIS (3) ANS : _____				

EXPLICATIONS

QUESTION NUMÉRO	MALADIE, OPÉRATION, EXAMENS, TESTS, CONSULTATIONS, TRAITEMENTS, MÉDICAMENTS, RÉSULTATS	DATE	DURÉE HÔPITAL	MALADIE	NOM ET ADRESSE DES MÉDECINS ET HÔPITAUX PRÉCISEZ SI HOSPITALISÉ, TRAITÉ EN CLINIQUE EXTERNE OU AU BUREAU

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS CETTE DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ SONT VRAIS ET COMPLETS AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE ET QU'ILS FONT PARTIE DE MA DEMANDE D'ASSURANCE.

DATE **X** _____ SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ **X** _____

AVIS À L'ASSURÉ

COMPTE RENDU D'ENQUÊTE ET ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS
TOUTES LES COMPAGNIES D'ASSURANCE, Y COMPRIS L'UNION-VIE, COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE ET SES RÉASSUREURS, FONT PARFOIS RÉDIGER UN COMPTE RENDU D'ENQUÊTE SELON LEURS NORMES RELATIVES AU TRAITEMENT DES PROPOSITIONS. LE COMPTE RENDU COMPREND NORMALEMENT DES RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À ASSURER ET SUR SON MODE DE VIE.
LES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ASSURABILITÉ SERONT TRAITÉS DE FAÇON CONFIDENTIELLE. TOUTEFOIS, L'UNION-VIE ET SES RÉASSUREURS PEUVENT EN COMMUNIQUER UN RÉSUMÉ AU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX. LE BUREAU EST UN ORGANISME SANS BUT LUCRATIF, AU SERVICE EXCLUSIF DES COMPAGNIES D'ASSURANCE DE PERSONNES, DONT L'OBJET EST DE PERMETTRE À SES MEMBRES L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS. SI VOUS ADRESSEZ UNE PROPOSITION D'ASSURANCE-VIE OU MALADIE, OU SOUMETTEZ UNE DEMANDE DE PRESTATIONS À L'UNE DES COMPAGNIES MEMBRES, LE BUREAU LUI FOURNIRA, SUR DEMANDE, LES RENSEIGNEMENTS CONSIGNÉS DANS SES DOSSIERS.
SI VOUS LUI EN FAITES LA DEMANDE, LE BUREAU VOUS TRANSMETTRA TOUT RENSEIGNEMENT QU'IL POSSÈDE À VOTRE SUJET. SI VOUS METTEZ EN DOUTE L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS CONSIGNÉS AU BUREAU VOUS POUVEZ EN DEMANDER LA RECTIFICATION EN VOUS ADRESSANT AU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, 330 AVENUE UNIVERSITY, TORONTO, ONTARIO M5G 1R7. TÉLÉPHONE : (416) 597-0590.
L'UNION-VIE ET SES RÉASSUREURS PEUVENT AUSSI COMMUNIQUER LES RENSEIGNEMENTS QU'ILS POSSÈDENT À UNE AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE À LAQUELLE VOUS AURIEZ ADRESSÉ UNE PROPOSITION D'ASSURANCE-VIE OU MALADIE, OU UNE DEMANDE DE PRESTATIONS.

AUTORISATION

J'AUTORISE TOUT PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AINSI QUE TOUT ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ DE SANTÉ OU DE SERVICES SOCIAUX, TOUTE COMPAGNIE D'ASSURANCE, LE BUREAU DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, LES AGENTS DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS OU LES AGENCES D'INVESTIGATION ET DE SÉCURITÉ, MON EMPLOYEUR OU EX-EMPLOYEUR AINSI QUE TOUT ORGANISME PUBLIC DÉTENANT DES RENSEIGNEMENTS À LES TRANSMETTRE À L'ASSUREUR, À SES RÉASSUREURS ET À LEURS FOURNISSEURS DE SERVICES SI NÉCESSAIRE, POUR L'ÉVALUATION DU RISQUE OU À L'ÉTUDE DE TOUTE RÉCLAMATION.
J'AUTORISE ÉGALEMENT MON ASSUREUR, OU SES RÉASSUREURS À ÉCHANGER AVEC D'AUTRES ASSUREURS OU PERSONNES QUE J'AI INDIQUÉES À TITRE DE RÉFÉRENCE, LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE ET À FAIRE ENQUÊTE AUPRÈS D'EUX POUR L'ÉVALUATION DU RISQUE OU LORS D'UNE RÉCLAMATION.
L'ASSURÉ S'ENGAGE À COLLABORER ET À SIGNER TOUT DOCUMENT D'AUTORISATION SPÉCIFIQUE QUI POURRAIT ÊTRE REQUIS OU NÉCESSAIRE POUR L'OBTENTION DES RENSEIGNEMENTS PERMETTANT À L'ASSUREUR D'ÉVALUER ADÉQUATEMENT LA SITUATION. UNE PHOTOCOPIE DE LA PRÉSENTE AUTORISATION OU DU PRÉSENT CONSENTEMENT À LA MÊME VALEUR QUE L'ORIGINAL

DATE **X** _____ SIGNATURE DU TÉMOIN **X** _____ SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ **X** _____