

Nom	Prénom
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	N° de proposition ou de contrat

1. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Consulter le tableau des exigences ci-après. Si un paramédical doit être commandé, passer à la section 2.

Âge à l'émission	Prestation mensuelle		
	500 \$ – 2 000 \$	2 100 \$ – 3 000 \$	3 100 \$ – 4 000 \$
18-45	Aucune exigence	Urine VIH	Paramédical, urine VIH
46-50	Aucune exigence	Paramédical, urine VIH	Paramédical, profil sanguin
51-59	Paramédical, urine VIH	Paramédical, profil sanguin	Paramédical, profil sanguin, ECG

Renseignements médicaux

Cocher OUI ou NON.
Encrer la maladie, l'affection ou la situation pertinente. Fournir des précisions pour chaque réponse affirmative à la section « Explications » à la page suivante ou remplir le questionnaire complémentaire demandé.

	Oui	Non
1. Avez-vous déjà consulté, été traité, été informé ou présenté des signes ou symptômes concernant ce qui suit :		
a) Crise cardiaque, hypertension artérielle, douleurs à la poitrine, souffle cardiaque, taux élevé de cholestérol, accident vasculaire cérébral, ischémie cérébrale transitoire, anévrisme, chirurgie de tout type du cœur, insuffisance cardiaque congestive ou tout autre trouble relié au cœur ou aux vaisseaux sanguins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Cancer, tumeur, leucémie, trouble des ganglions, kyste, polype, affection cutanée, mélanome ou trouble des seins incluant masses, écoulement inhabituel ou autres changements physiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sclérose en plaques, dystrophie musculaire ou sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), coma, névrite optique, vue brouillée ou engourdissements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hépatite, être porteur de l'hépatite, cirrhose, colite ulcéreuse, maladie de Crohn ou tout autre trouble du foie, du pancréas, de l'estomac, de la rate ou des intestins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Asthme, emphysème, bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), apnée du sommeil ou tout autre trouble pulmonaire ou respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, remplir le Questionnaire relatif aux troubles respiratoires disponible dans le logiciel d'illustration.		
f) Anémie, phlébite ou autre maladie du sang, trouble de la vessie, de la prostate, taux d'APS élevé, maladie des organes génitaux ou des organes reproducteurs (y compris le papillomavirus), maladie transmise sexuellement, maladie des reins ou sang dans l'urine ou autres anomalies dans l'urine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Trouble du système immunitaire, SIDA ou test positif pour le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Transplantation d'un organe ou en attente d'une transplantation d'un organe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Trouble de la glande thyroïde ou autre trouble endocrinien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Trouble des yeux, trouble des oreilles, trouble du nez, trouble de la gorge ou tout autre trouble qui n'est pas énuméré au point 1 de la présente section ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Êtes-vous actuellement enceinte ? Si oui, préciser la date prévue de l'accouchement ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Prenez-vous des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Au cours des 2 dernières années, avez-vous subi une mammographie ou une échographie des seins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été absent plus de 10 journées de travail consécutives en raison d'une maladie ou d'une blessure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été avisé de subir un examen ou une chirurgie qui n'ont pas été faits ou qui ont été faits mais dont les résultats n'ont pas été reçus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Au cours des 5 dernières années, avez-vous reçu des prestations d'invalidité (peu importe la provenance) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite à la page suivante

1. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite)

Renseignements médicaux (suite)		Oui	Non
Renseignements médicaux (suite) Cocher OUI ou NON. Encercler la maladie, l'affection ou la situation pertinente. Fournir des précisions pour chaque réponse affirmative à la section suivante ou remplir le questionnaire complémentaire demandé.	9. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été traité, été informé ou présenté des signes ou symptômes concernant ce qui suit :		
	a) Trouble de la colonne, trouble du dos, trouble du cou, trouble des hanches, trouble du nerf sciatique, trouble des articulations ? Si oui, remplir selon le cas, le Questionnaire relatif aux troubles du dos ou le Questionnaire relatif aux troubles musculo-squelettiques disponibles dans le logiciel d'illustration.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Arthrite, rhumatisme, goutte, névrite, trouble des muscles, trouble des os (entorse, déchirure, élongation musculaire ou fracture) ou toute déformation, amputation ou paralysie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Étourdissement, évanouissement, perte d'équilibre, convulsion ou épilepsie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Dépression, épuisement professionnel, trouble mental, tentative de suicide ou toute autre maladie mentale ou nerveuse ? Si oui, remplir le Questionnaire relatif aux troubles psychologiques disponible dans le logiciel d'illustration.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e) Maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, schizophrénie, toute autre maladie cérébrale organique ou trouble neurologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f) Douleur ou fatigue chronique, fibromyalgie, syndrome d'Epstein-Barr ou toute autre maladie neurologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g) Diabète, niveau de sucre élevé dans le sang ou dans l'urine ? Si oui, remplir le Questionnaire relatif au diabète disponible dans le logiciel d'illustration.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous des raisons de croire que vous n'êtes pas en bonne santé ou présentez-vous des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore demandé de traitement ou de consultation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Explications

À remplir pour chacune des réponses affirmatives de la section précédente. Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire datée, signée par la personne à assurer ou par son tuteur légal si mineure et la joindre à la proposition.

Question n° _____ Dates des consultations, raisons, résultats, hospitalisations, chirurgies, noms et adresses des médecins ou hôpitaux consultés, nom du médicament, posologie, raison de la médication

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 : _____

1. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite)

Médecin personnel	Nom du médecin
	Adresse
	Ind. rég. Téléphone
	Dernier médecin consulté, si différent
	Date de la dernière consultation (AAAA/MM/JJ)
	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					
Frère(s)					
Sœur(s)					

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"/>

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.

Date (AAAA/MM/JJ)

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

SIGNATURE DU CONSEILLER

X

Signature de l'assuré

Signature du conseiller

3. AUTORISATION

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 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. 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.

Signatures

Signé à _____ ce _____ jour de _____, 20 _____.

Mineurs : Tous les assurés âgés de 14 ans ou plus au Québec et de 16 ans ou plus dans toutes les autres provinces doivent apposer leur signature.

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

X

Signature de l'assuré ou, si mineur, de son tuteur légal

SIGNATURE DU CONSEILLER

X

Signature du conseiller