

Nom et prénom de la personne adhérente (en caractères d'imprimerie) Police Certificat

Adresse de la personne adhérente

Téléphone à la maison Téléphone au travail

Personne adhérente Personne conjointe Enfant à charge

Nom et prénom de la personne à assurer

Masculin Féminin

Occupation de la personne à assurer Date de naissance

Travaillez-vous actuellement? Oui Non Si non, raison : _____

1. a) Grandeur : _____ pi _____ po ou _____ cm b) Perte de poids depuis 1 an? Oui Non
 Poids : _____ lb ou _____ kg Si oui, combien : _____ lb _____ kg Raison : _____

2. a) Date et raison de la dernière consultation : _____

b) Nom et adresse du médecin ou de la clinique que vous avez consulté : _____

c) Traitements/examens subis : _____ Résultat(s) : _____

d) Médication prescrite? Nom : _____ Dosage : _____

e) Référé à un autre professionnel de la santé? Oui Non Dans l'affirmative, préciser : _____

f) Suivi ou examens futurs recommandés? Oui Non Dans l'affirmative, préciser : _____

g) Nom et adresse du médecin ou de la clinique qui détient votre dossier médical s'il est différent de celui mentionné ci-haut. Aucun

3. Avez-vous déjà consulté, été traité ou présenté des signes ou des symptômes pour l'une ou l'autre des conditions suivantes ?	Oui	Non
a) Troubles des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge : cécité totale ou partielle, dégénérescence maculaire, glaucome, surdité partielle ou totale, acouphène, maladie de Ménière, labyrinthite ou tout autre trouble des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge (exclure amygdalectomie, adénoïdectomie, presbytie et myopie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Système neurologique : paralysie cérébrale, perte de conscience, perte d'équilibre ou étourdissements, paralysie, commotion cérébrale, migraines, épilepsie/convulsions, engourdissements, tremblements, faiblesse des extrémités, perte de sensation, vue embrouillée, névrite optique, sclérose en plaques, chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique (SLA), maladie de Parkinson, perte de mémoire, maladie d'Alzheimer, maladie dégénérative ou tout autre trouble cognitif ou toute autre affection touchant le cerveau, la moelle épinière ou les nerfs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Système respiratoire : asthme, bronchite chronique, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), fibrose kystique, apnée du sommeil, sarcoïdose, crachement de sang, essoufflement ou tout autre trouble respiratoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Système cardiovasculaire : hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé, souffle cardiaque, anévrisme, douleur à la poitrine, crise cardiaque (infarctus), angine, palpitations, ischémie cérébrale transitoire (ICT), accident vasculaire cérébral (AVC), tout autre trouble du coeur, des vaisseaux sanguins ou de la circulation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Système digestif : maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladie coeliaque, polype, hépatite (incluant les porteurs d'hépatite), cirrhose, pancréatite, saignements, ulcères ou tout autre trouble de l'œsophage, de l'estomac, du foie, du pancréas ou des intestins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Système génito-urinaire : anomalies dans l'urine, troubles des reins, troubles des voies urinaires, de la vessie, de la prostate, des organes génitaux y compris les infections transmises sexuellement ou des anomalies à un Pap test ou à un test de dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Système endocrinien : diabète, anomalie de la glycémie, trouble de la thyroïde, de l'hypophyse, des glandes surrénales ou tout autre trouble glandulaire ou hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Troubles de santé mentale, du comportement ou du développement : dépression, anxiété, trouble de panique, épuisement professionnel, insomnie, maladie bipolaire, psychose, tentative de suicide, trouble alimentaire, trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/TDAH), trouble du spectre de l'autisme, déficience intellectuelle, syndrome de Down ou tout autre trouble du développement, du comportement ou de santé mentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Système musculosquelettique : 1) Douleurs ou troubles du dos ou du cou ? 2) Arthrite, dystrophie musculaire, fibromyalgie, douleurs, maladies ou troubles des muscles, des os, des ligaments ou des articulations telles que épaules, coudes, poignets, mains, hanches, genoux, chevilles, pieds, etc. ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j) Troubles des seins : masse, bosse, kyste ou tout autre trouble des seins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Cancer ou tumeur : leucémie, cancer, tumeur, kyste, nodule, polype, masse ou excroissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Système immunitaire : syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), test positif de dépistage du VIH, lupus, sclérodermie, toute infection ou tout gonflement des ganglions inexpliqué ou toute autre anomalie du système immunitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

m) Autres affections : maladie ou lésion anormale de la peau, trouble sanguin tel que l'anémie persistante, trouble de la coagulation ou toute autre maladie ou tout autre désordre physique ou mental non mentionné ci-dessus ?	Oui	Non												
4. Au cours des cinq (5) dernières années a) Avez-vous séjourné plus de 24 heures dans un hôpital, une clinique, une maison de thérapie, un centre de convalescence ou tout autre établissement de santé (ne pas déclarer les accouchements)? Si oui, date d'entrée : <input style="width:100px;" type="text" value="A A A A M M J J"/> Endroit(s) : _____ Raison(s) : _____ Résultat(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
b) Avez-vous passé : un bilan sanguin, un électrocardiogramme au repos ou à l'effort, un échocardiogramme, une coloscopie, une radiographie (rayon X), une mammographie, une échographie, une tomographie (CT scan), une imagerie par résonance magnétique (IRM), une biopsie ou tout autre test à des fins diagnostiques? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; background-color: #f2f2f2;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">Type de test</th> <th style="width:25%;">Date</th> <th style="width:25%;">Raison</th> <th style="width:25%;">Résultat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Type de test	Date	Raison	Résultat					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Type de test	Date	Raison	Résultat											
c) Avez-vous été absent du travail ou cessé de vaquer à vos occupations régulières pendant plus d'une semaine à la suite d'un accident ou d'une maladie? Si oui, date de début : <input style="width:100px;" type="text" value="A A A A M M J J"/> Raison(s) : _____ Durée : _____ Séquelles ou limitations : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
d) Avez-vous consulté un chiropraticien, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un ostéopathe, un acupuncteur, un podiatre, un audiologiste, un psychologue ou tout autre professionnel de la santé? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; background-color: #f2f2f2;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">Professionnel consulté</th> <th style="width:20%;">Raison/Diagnostic</th> <th style="width:15%;">Date de la première consultation</th> <th style="width:15%;">Date de la dernière consultation</th> <th style="width:15%;">Nombre de consultations par année</th> <th style="width:15%;">Date des derniers symptômes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Professionnel consulté	Raison/Diagnostic	Date de la première consultation	Date de la dernière consultation	Nombre de consultations par année	Date des derniers symptômes							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionnel consulté	Raison/Diagnostic	Date de la première consultation	Date de la dernière consultation	Nombre de consultations par année	Date des derniers symptômes									
5. Prenez-vous actuellement des médicaments ou en avez-vous pris pour une période de plus de 21 jours consécutifs au cours des douze (12) derniers mois (autres que ceux mentionnés précédemment)? Si oui, nom : _____ Posologie : _____ Raison : _____ Date de début : _____ Date de fin : _____ <input type="checkbox"/> Toujours utilisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
6. Vous a-t-on recommandé de suivre un traitement, de subir une chirurgie, de passer des examens ou des tests diagnostiques qui n'ont pas encore été effectués ou pour lesquels vous êtes en attente des résultats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
7. Prévoyez-vous consulter un professionnel de la santé tel un psychologue, un chiropraticien, un ostéopathe ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
8. Présentez-vous des symptômes, des signes ou des malaises pour lesquels vous n'avez pas encore consulté?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

Fournir les renseignements demandés pour chaque « OUI » aux questions 3 à 8 ci-dessus. Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire dûment datée et signée.

Question n°	Maladies/Troubles	Date du diagnostic ou date du début	Fréquence des épisodes	Médicaments/Traitements	Date du rétablissement ou état actuel

9. a) Est-ce que votre père, votre mère, vos frères ou soeurs (vivant ou décédé) ont reçu un diagnostic d'une ou des conditions suivantes : maladie polykystique des reins, chorée de Huntington, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou-Gehrig), sclérose en plaques, polypose adénomateuse familiale, dystrophie musculaire ou toute autre maladie héréditaire? Si oui précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; background-color: #f2f2f2;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:15%;">Condition(s)</th> <th style="width:10%;">Âge au diagnostic</th> <th style="width:10%;">Âge si vivant</th> <th style="width:10%;">Âge au décès</th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:15%;">Condition(s)</th> <th style="width:10%;">Âge au diagnostic</th> <th style="width:10%;">Âge si vivant</th> <th style="width:10%;">Âge au décès</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Père</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>Frère(s)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Mère</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>Sœur(s)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Condition(s)	Âge au diagnostic	Âge si vivant	Âge au décès		Condition(s)	Âge au diagnostic	Âge si vivant	Âge au décès	Père					Frère(s)					Mère					Sœur(s)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Condition(s)	Âge au diagnostic	Âge si vivant	Âge au décès		Condition(s)	Âge au diagnostic	Âge si vivant	Âge au décès																							
Père					Frère(s)																											
Mère					Sœur(s)																											
b) Est-ce que votre père, votre mère, vos frères ou sœurs (vivant ou décédé) ont reçu un diagnostic d'une ou des conditions suivantes avant l'âge de 60 ans : maladie du cœur, accident vasculaire cérébral, cancer (précisez le type), diabète? Ne pas déclarer les antécédents familiaux d'hypertension ou de cholestérol élevé. Si oui précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; background-color: #f2f2f2;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:15%;">Condition(s)</th> <th style="width:10%;">Âge au diagnostic</th> <th style="width:10%;">Âge si vivant</th> <th style="width:10%;">Âge au décès</th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:15%;">Condition(s)</th> <th style="width:10%;">Âge au diagnostic</th> <th style="width:10%;">Âge si vivant</th> <th style="width:10%;">Âge au décès</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Père</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>Frère(s)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Mère</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>Sœur(s)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Condition(s)	Âge au diagnostic	Âge si vivant	Âge au décès		Condition(s)	Âge au diagnostic	Âge si vivant	Âge au décès	Père					Frère(s)					Mère					Sœur(s)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Condition(s)	Âge au diagnostic	Âge si vivant	Âge au décès		Condition(s)	Âge au diagnostic	Âge si vivant	Âge au décès																							
Père					Frère(s)																											
Mère					Sœur(s)																											

Les enfants de moins de 14 ans n'ont pas à répondre aux questions 10 à 18.

	Oui	Non																							
<p>10. a) Faites-vous usage de boissons alcoolisées (1 consommation = 1 bière (341 ml ou 12 onces), 1 verre de vin (150 ml ou 5 onces) ou spiritueux (45 ml ou 1,5 onces)? Si oui, quantité par semaine : Bière : _____ Vin : _____ Spiritueux : _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<p>b) En avez-vous déjà fait un plus grand usage dans le passé? Si oui, indiquer la consommation passée, la date et la raison du changement d'habitude : Quantité passée par semaine : Bière : _____ Vin : _____ Spiritueux : _____ Date : [A][A][A][A][M][M][J][J] Raison : _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<p>c) Faites-vous usage de produits de cannabis à des fins récréatives ou médicales (inclure toutes formes de cannabis, marijuana et haschisch)? Si oui, précisez :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Forme</th> <th style="width: 20%;">Quantité</th> <th style="width: 20%;">Fréquence</th> <th style="width: 20%;">Date d'usage</th> <th style="width: 20%;">Type d'usage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Joints <input type="checkbox"/> Produit comestible <input type="checkbox"/> Huile <input type="checkbox"/> Autre </td> <td> Nombre de joints : _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Année </td> <td> du [A][A][A][A][M][M][J][J] au [A][A][A][A][M][M][J][J] </td> <td> <input type="checkbox"/> Récréatif <input type="checkbox"/> Médical* </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Année </td> <td></td> <td> du [A][A][A][A][M][M][J][J] au [A][A][A][A][M][M][J][J] </td> <td> <input type="checkbox"/> Récréatif <input type="checkbox"/> Médical* </td> </tr> </tbody> </table> <p>*Si l'usage est à des fins médicales, veuillez remplir le tableau suivant :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Pour quelle condition</th> <th style="width: 15%;">Prescrit</th> <th style="width: 45%;">Médecin prescripteur (nom et coordonnées)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Forme	Quantité	Fréquence	Date d'usage	Type d'usage	<input type="checkbox"/> Joints <input type="checkbox"/> Produit comestible <input type="checkbox"/> Huile <input type="checkbox"/> Autre	Nombre de joints : _____	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Année	du [A][A][A][A][M][M][J][J] au [A][A][A][A][M][M][J][J]	<input type="checkbox"/> Récréatif <input type="checkbox"/> Médical*	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Année		du [A][A][A][A][M][M][J][J] au [A][A][A][A][M][M][J][J]	<input type="checkbox"/> Récréatif <input type="checkbox"/> Médical*	Pour quelle condition	Prescrit	Médecin prescripteur (nom et coordonnées)	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forme	Quantité	Fréquence	Date d'usage	Type d'usage																					
<input type="checkbox"/> Joints <input type="checkbox"/> Produit comestible <input type="checkbox"/> Huile <input type="checkbox"/> Autre	Nombre de joints : _____	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Année	du [A][A][A][A][M][M][J][J] au [A][A][A][A][M][M][J][J]	<input type="checkbox"/> Récréatif <input type="checkbox"/> Médical*																					
<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Année		du [A][A][A][A][M][M][J][J] au [A][A][A][A][M][M][J][J]	<input type="checkbox"/> Récréatif <input type="checkbox"/> Médical*																						
Pour quelle condition	Prescrit	Médecin prescripteur (nom et coordonnées)																							
_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____																							
_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____																							
<p>d) En avez-vous déjà fait un plus grand usage dans les deux (2) dernières années? Si oui, indiquer la consommation passée, la date et la raison du changement d'habitude :</p> <p>Forme : _____ Quantité : _____ Fréquence : _____ Date : [A][A][A][A][M][M][J][J] Raison : _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<p>e) Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous fait usage de drogues ou de narcotiques non prescrits par un médecin (ex. : cocaïne, ecstasy, LSD, champignons magiques, héroïne, fentanyl ou stéroïdes anabolisants, etc.)? Si oui, précisez :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Type</th> <th style="width: 20%;">Quantité</th> <th style="width: 20%;">Fréquence</th> <th style="width: 30%;">Date d'usage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td> <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Année </td> <td> du [A][A][A][A][M][M][J][J] au [A][A][A][A][M][M][J][J] </td> </tr> </tbody> </table>	Type	Quantité	Fréquence	Date d'usage	_____	_____	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Année	du [A][A][A][A][M][M][J][J] au [A][A][A][A][M][M][J][J]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Type	Quantité	Fréquence	Date d'usage																						
_____	_____	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Année	du [A][A][A][A][M][M][J][J] au [A][A][A][A][M][M][J][J]																						
<p>f) En lien avec votre consommation d'alcool, de cannabis ou d'autres drogues, avez-vous déjà été avisé de diminuer ou de cesser votre consommation, consulté un professionnel, suivi une thérapie ou un traitement ou assisté à des rencontres de groupe de soutien ? Si oui, date : [A][A][A][A][M][M][J][J] Détails : _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<p>11. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous fait usage de tabac ou de tout produit contenant de la nicotine tel que gros cigares, cigarillos, cigarettes, marijuana / cannabis avec tabac, cigarettes électroniques, produits de vapotage, pipe, tabac à chiquer, timbres ou gomme à la nicotine ? Si oui, type : _____ Quantité par jour : _____ Dernier usage : [A][A][A][A][M][M][J][J]</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<p>12. a) Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous voyagé ou résidé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ? Si oui, date : [A][A][A][A][M][M][J][J] Destination : _____ Durée du séjour : _____ Raison : _____</p> <p>b) Au cours des douze (12) prochains mois, avez-vous l'intention de voyager ou résider à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ? Si oui, date : [A][A][A][A][M][M][J][J] Destination : _____ Durée du séjour : _____ Raison : _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<p>13. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été reconnu coupable de deux (2) infractions ou plus au code de la route ? Si oui, donner les dates, types d'infraction et km/h au-dessus de la limite permise :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
<p>14. Au cours des dix (10) dernières années :</p> <p>a) Avez-vous été accusé ou reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies ou votre permis de conduire a-t-il été suspendu ? Si oui, date de l'infraction : [A][A][A][A][M][M][J][J] Motifs : _____ Date de récupération du permis : [A][A][A][A][M][M][J][J]</p> <p>b) Avez-vous été accusé ou été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou de transactions frauduleuses ? Si oui, date : [A][A][A][A][M][M][J][J] Motifs : _____ Accusation(s) : _____ Sentence : _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							

	Oui	Non
15. Faites-vous présentement l'objet d'une enquête ou d'une radiation temporaire ou permanente d'un Ordre professionnel au Canada ou aux États-Unis? Si oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous pratiqué des activités telles que : course de véhicule motorisé, plongée sous-marine, parachutisme, ultraléger, aviation privée, deltaplane, alpinisme ou escalade, bungee, ski hors-piste (heliski, catski, etc.), sports de combat ou autre sport dangereux? Si oui, précisez le sport : _____ Dernière participation : [A A A A M M J J] Avez-vous l'intention de pratiquer l'un de ces sports dans les douze (12) prochains mois? Si oui, précisez le sport : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Est-ce qu'une de vos demandes d'assurance a déjà été refusée, modifiée ou acceptée avec une surprime ou une exclusion? Si oui, date : [A A A A M M J J] Raison : _____ Assureur : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Pour les femmes seulement :		
Êtes-vous enceinte présentement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, complétez :		
a) Date prévue de l'accouchement : [A A A A M M J J] b) Poids avant la grossesse : _____		
c) Avez-vous ou avez-vous déjà eu des complications durant une grossesse ou lors d'un accouchement ((ex. : diabète de grossesse, césarienne, prééclampsie, grossesse ectopique, travail prématuré, fausse-couche, etc.)? Si oui, date : [A A A A M M J J] Détails des complications : _____		
d) Un accouchement normal est-il prévu? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, fournir les détails : _____		

Avis à la personne à assurer

Avis relatif au MIB, LLC

Certains renseignements doivent être recueillis quand un assureur reçoit une proposition d'assurance et ces renseignements doivent être aussi complets que possible. Les renseignements recueillis peuvent être de nature médicale, personnelle ou peuvent porter sur votre solvabilité.

Afin de permettre une sélection des risques plus équitable pour chacun de leurs assurés, la plupart des compagnies d'assurance, y compris Beneva inc. (Beneva), transigent avec un organisme appelé « MIB, LLC (MIB) ».

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités confidentiellement. Cependant, Beneva ou ses réassureurs peuvent adresser un bref rapport à ce sujet au MIB, LLC (MIB), qui coordonne l'échange de renseignements pour le compte de compagnies d'assurance membres du Groupe MIB Inc. Lorsque vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement à une autre compagnie membre du MIB, celui-ci transmet à cette dernière, sur demande, les renseignements contenus dans votre dossier.

Si vous en faites la demande, le MIB vous transmettra les renseignements contenus dans votre dossier. Vous pouvez communiquer avec le MIB par courriel au Canadadisclosure@mib.com ou en composant le 866-692-6901. Si vous contestez l'exactitude des renseignements consignés dans le dossier du MIB, vous pouvez contacter le MIB et demander une correction conformément aux procédures énoncées dans la loi fédérale Fair Credit Reporting Act. L'adresse du bureau d'information du MIB est le 50 Braintree Hill Park, Suite 400 Braintree, MA 02184-8734. Vos renseignements pourraient être transmis et hébergés à l'extérieur du Canada et être régis par les lois applicables à des pays ou États étrangers.

Beneva, ou ses réassureurs, peuvent également transmettre les renseignements de votre dossier à toute autre compagnie d'assurance à laquelle vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements sur le MIB en consultant son site internet à l'adresse www.mib.com.

Avis concernant la protection de vos renseignements personnels

Pour Beneva¹, protéger vos renseignements personnels est primordial. C'est pourquoi nous vous informons que nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels avec votre consentement, à moins que la loi nous autorise à le faire autrement, et ce, pour la durée nécessaire aux fins ci-dessous :

- vous identifier
- établir et mettre à jour votre profil, vos besoins et vos objectifs
- évaluer vos demandes et votre admissibilité à nos produits et services
- vous communiquer des conseils liés à votre situation
- administrer vos contrats ainsi que vos produits ou services (ex. : tarification, sélection des risques, souscription, traitement de vos réclamations, etc.)
- se conformer à des exigences légales et réglementaires (ex. : pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, la fraude, etc.)
- obtenir votre opinion en lien avec nos produits ou services
- vous proposer des offres et des conseils personnalisés sur nos produits ou nos services (voir votre **droit de retrait de consentement**) selon vos préférences et conformément aux règles relatives aux communications électroniques et téléphoniques
- mener des études et des recherches incluant la conception et l'application de modèles statistiques dont certains peuvent permettre de créer ou d'inférer de nouvelles informations à votre sujet

1. Le terme « Beneva » signifie Beneva inc., ses sociétés affiliées, leurs mutuelles et ses réseaux de distribution. Les sociétés affiliées de Beneva inc. désignent La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, Services d'investissement Beneva inc., Société d'assurance Beneva inc., L'Unique assurances générales inc. et Unica assurances inc.

De quelles façons Beneva recueille vos renseignements personnels?

Nous pouvons recueillir vos renseignements personnels par téléphone, en personne, et à l'aide de nos formulaires et de nos interfaces numériques.

À qui Beneva communique vos renseignements personnels?

Pour les raisons mentionnées plus tôt, et seulement s'ils sont liés à vos produits ou services, nous communiquons vos renseignements personnels à nos sociétés affiliées et à nos réseaux de distribution ainsi qu'à des tiers, dont certains peuvent être situés à l'extérieur du Québec et du Canada.

Ces tiers peuvent inclure :

- d'autres institutions financières, comme des assureurs et des réassureurs
- d'autres organismes ou entités détenant des renseignements sur vous, entre autres, en assurance, en fraude ou en indemnisation
- des intermédiaires
- des agences d'évaluation du crédit
- des ministères et des organismes gouvernementaux ou des autorités réglementaires
- des employeurs
- des fournisseurs de services en lien avec une réclamation, comme des professionnels de la santé et des ateliers de réparation automobile
- d'autres mandataires et fournisseurs de services (services technologiques, services d'impression et d'expédition de documents, etc.)

Notez que dans tous les cas, nous nous assurons qu'ils respectent la protection de vos renseignements personnels.

Quels sont vos droits d'accès et de rectification ?

Accéder à vos renseignements personnels ou demander la correction d'un renseignement incomplet ou inexact est possible. Transmettez-nous une demande à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels

Beneva
625, rue Jacques-Parizeau
Québec (Québec) G1R 2G5
ResponsablePRP@beneva.ca

Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, consultez la version complète de notre Énoncé de confidentialité au www.beneva.ca.

Votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication de vos renseignements personnels est nécessaire à la fourniture du produit ou service demandé ou offert. Vous avez le droit de retirer votre consentement, mais Beneva ne pourra toutefois plus continuer à vous offrir ses produits ou services.

Déclarations

Le soussigné :

1. Convient que toute information qu'il a divulguée lors d'une entrevue téléphonique **enregistrée** à une société paramédicale ou à une autre personne autorisée représentant Beneva inc. ou agissant en son nom, incluant, mais sans s'y limiter, ses antécédents médicaux et son état de santé, sera réputée faire partie de la présente proposition et que cette information servira à établir le contrat souscrit auprès de Beneva inc. Le soussigné convient que tout enregistrement, transcription ou autre reproduction de cette information par Beneva inc. ou au nom de celle-ci sera considéré comme aussi exact, complet et contraignant qu'un document écrit de leur part.
2. Convient que, si des renseignements enregistrés se révèlent inexacts ou incomplets (y compris, mais sans s'y limiter, les renseignements fournis pour justifier l'application des taux non-fumeurs relativement à un assuré aux termes du contrat demandé), le contrat sera nul dans le cas dudit assuré.
3. Déclare avoir été informé que Beneva peut recueillir ses renseignements personnels à l'aide de technologies qui comprennent des fonctions permettant l'identification, la localisation ou le profilage lesquelles sont nécessaires afin d'évaluer ses demandes. C'est le cas de la proposition électronique qui permet entre autres d'établir son profil de risque afin d'offrir la meilleure prime possible. Le soussigné convient que le fait de soumettre sa proposition enclenche l'activation de ces fonctions.
4. Déclare avoir été informé que Beneva peut utiliser ses renseignements personnels afin de prendre des décisions exclusivement automatisées, c'est à dire, sans aucune intervention humaine. Par exemple, lorsqu'il soumet sa proposition électronique, il est possible qu'une décision automatisée soit rendue afin d'accélérer la souscription, incluant le calcul de leur prime ainsi que la sélection des risques.
5. Déclare que les affirmations précédentes sont véridiques, complètes et correctement inscrites et font partie de la proposition d'assurance auprès de Beneva inc. Toute fausse déclaration ou réticence des personnes à assurer sur des circonstances connues de lui et de nature à influencer de façon importante un assureur raisonnable dans l'établissement de la prime, l'appréciation du risque ou la décision de l'accepter entraînent, à la demande de l'assureur, la nullité du contrat même en ce qui concerne les sinistres non rattachés aux risques ainsi dénaturés.
6. Déclare avoir pris connaissance de l'avis concernant la protection des renseignements personnels ainsi que des avis à la personne à assurer.

_____ ce _____ jour de _____ de l'an _____
Signé à (ville et province) Date

X

Signature de la personne assurée

X

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal de la personne assurée mineure
(assurance enfant)

