

## Questionnaire Médical

Numéro de certificat : \_\_\_\_\_

REMARQUE : Co-operators Compagnie d'assurance-vie doit d'abord autoriser votre demande d'assurance pour que la couverture entre en vigueur.

**Veillez lire ces questions attentivement. Il est important que vous donniez des réponses exactes et véridiques car c'est sur cette information que Co-operators Compagnie d'assurance-vie se fie pour confirmer votre admissibilité à l'assurance. Si l'information que vous fournissez est inexacte ou si vous omettez de déclarer des renseignements, votre assurance pourrait être considérée nulle et non avenue (annulée rétroactivement et considérée comme si elle n'avait jamais été en vigueur). Le présent document n'est pas un formulaire d'inscription. Si vous avez des questions concernant les renseignements qui vous sont demandés, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle du Groupe financier LGM - Une division de LGM Financial Services Inc., au numéro 1-800-510-8372. Le questionnaire sur la santé rempli et signé doit être conservé par le concessionnaire au cas où Co-operators Compagnie d'assurance-vie en exigerait une copie.**

**QUESTIONS MÉDICALES GÉNÉRALES (Assurance vie et (ou) invalidité)**

1. Au cours des 36 derniers mois, vous a-t-on fourni des indications, avez-vous reçu un diagnostic, un avis médical, une consultation, subi des examens poussés, des tests, un traitement, des médicaments ou du counseling (initial ou en suivi) de la part d'un médecin ou de tout autre dispensateur de soins de santé (qu'un diagnostic confirmé ait été posé ou non) concernant une maladie, un trouble, une affection, une blessure, une déficience ou un symptôme en lien avec ce qui suit :
  - Douleur thoracique, cœur, crise cardiaque, angine de poitrine, palpitations, arythmie cardiaque, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, souffle cardiaque, rhumatisme articulaire aigu, maladie coronarienne, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), trouble sanguin, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire ?
  - Dyspnée, asthme, emphyseme, tuberculose, toux persistante ou enrrouement, trouble pulmonaire ou trouble respiratoire chronique ?
  - Œsophage, estomac, intestins, côlon (y compris la maladie de Crohn ou colite), rectum, pancréas, foie, hépatite, reins, vessie, prostate ou organes reproducteurs?
  - Cancer, tumeur (bénigne ou maligne), leucémie ou trouble des nœuds lymphoïdes?
  - Diabète, trouble thyroïdien ou endocrinien?
  - Trouble cérébral ou du système nerveux, épilepsie ou crise d'épilepsie, paralysie, sclérose en plaques, dystrophie musculaire, maladie de Parkinson ou tout trouble neurologique?
  - Arthrite, névrite, sciatique, trouble des os, du cou, de l'épine dorsale, du dos, des articulations, des ligaments ou des muscles?
  - Fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique ou lupus?
  - Anxiété, dépression, psychose, schizophrénie, tentative de suicide ou trouble psychiatrique?
  - Problème d'alcool ou toxicomanie?
2. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), parasida (complexe lié au SIDA), VIH (virus de l'immunodéficience humaine); obtenu des résultats anormaux ou non concluants à un test du VIH ou souffert de toute autre maladie ou trouble immunologique?
3. Au cours des 36 derniers mois, avez-vous souffert d'une maladie, d'un trouble, d'une affection, d'une blessure, d'une déficience ou d'un symptôme (à l'exclusion d'une grossesse normale) en raison duquel vous avez été hospitalisé ou admis dans un centre de soins, ou pour lequel vous n'avez pas encore cherché à vous faire soigner?

**Ma réponse s'applique à toutes les questions ci-dessus.**

DEMANDEUR 1

RÉPONSE

Oui  Non 

DEMANDEUR 2 (s'il y a lieu)

Oui  Non **QUESTIONS MÉDICALES RELATIVES À LA MALADIE GRAVE (répondre seulement pour l'Assurance maladie grave)**

1. Vous a-t-on déjà fourni des indications, avez-vous reçu un diagnostic, un avis médical, une consultation, subi des examens poussés, des tests, un traitement, des médicaments ou du counseling (initial ou de suivi) de la part d'un médecin ou de tout autre dispensateur de soins de santé, qu'un diagnostic confirmé ait été posé ou non, concernant une maladie, un trouble, une affection, une blessure, une déficience ou un symptôme en lien avec ce qui suit :
  - Cancer, tumeur, leucémie, polype ou autre excroissance, trouble sanguin ou toute autre forme d'affection maligne?
  - Douleur thoracique, cœur, crise cardiaque, angine de poitrine, palpitations, arythmie cardiaque, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, rhumatisme articulaire aigu, maladie coronarienne, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), hémopathie ou trouble sanguin, cœur ou système circulatoire, ECG anormal ou tout autre trouble sanguin, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire?
  - Diabète; rein, vessie, pancréas; trouble de la prostate, des ovaires, de l'utérus ou du sein; hépatite ou tout problème de foie, du système digestif, de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, du côlon (y compris la maladie de Crohn ou colite) ou du rectum; trouble pulmonaire ou respiratoire; épilepsie ou crise épileptique, paralysie ou autre trouble neurologique ou cérébral; reçu un diagnostic de SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), parasida (complexe lié au SIDA), VIH (virus de l'immunodéficience humaine); ou obtenu des résultats anormaux ou non concluants à un test du VIH ou souffert de toute autre maladie ou trouble immunologique?

## Questionnaire Médical

Numéro de certificat : \_\_\_\_\_

- Anxiété, dépression, trouble psychiatrique, abus d'alcool ou toxicomanie?
2. Êtes-vous au courant de tout symptôme ou de toute doléance concernant votre santé pour lequel vous n'avez pas encore consulté un médecin ou pour lequel on vous a conseillé de subir des examens poussés, des tests ou une intervention chirurgicale que vous n'avez pas encore subis?
  3. Avez-vous déjà fait une demande d'assurance vie, d'assurance en cas de maladie grave ou d'assurance invalidité qui a été modifiée, invalidée, annulée, refusée ou offerte moyennant une surprime (émise avec une prime plus élevée)?
  4. Vos parents, frères ou sœurs ont-ils déjà souffert d'une maladie du cœur (cardiopathie), d'une angine de poitrine, d'une crise cardiaque, d'un accident vasculaire cérébral, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, d'un trouble sanguin, d'une maladie du rein, de diabète, de cancer ou de toute maladie héréditaire diagnostiquée avant l'âge de 60 ans?

**Ma réponse s'applique à toutes les questions ci-dessus.**

DEMANDEUR 1

RÉPONSE

Oui  Non 

DEMANDEUR 2 (s'il y a lieu)

Oui  Non **INFORMATION SUR LE PROPOSANT**

Co-operators Compagnie d'assurance-vie communiquera avec vous par téléphone pour obtenir des renseignements médicaux supplémentaires qui nous aideront à analyser votre demande d'adhésion.

DEMANDEUR 1	NUMÉRO À CONTACTER	MEILLEURE HEURE POUR APPELER	FUSEAU HORAIRE	MAISON/TRAVAIL/CELL.
_____	_____	_____ à _____	_____	_____
DEMANDEUR 2 (s'il y a lieu)	_____	_____ à _____	_____	_____

**DÉCLARATION ET SIGNATURE(S)**

Je déclare que ma (mes) réponse(s) aux questions médicales sont véridiques et complètes et qu'elles ont été consignées correctement. Je comprends que si je fournis une information inexacte ou si j'ometts de communiquer certains renseignements, mon assurance peut être invalidée à compter du début et être traitée comme si elle n'avait jamais été en vigueur.

Nom : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ (mm/jj/aaaa)

Nom : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ (mm/jj/aaaa)

**PRÉAVIS DU BUREAU DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Les renseignements concernant votre assurabilité sont traités avec confidentialité. Co-operators Compagnie d'assurance-vie, ou ses réassureurs, peuvent cependant présenter un bref rapport au Bureau des renseignements médicaux, une association mutuelle sans but lucratif composée de compagnies d'assurance vie qui communique des renseignements au nom de ses membres. Si vous faites une demande d'assurance vie ou maladie auprès d'un autre membre du Bureau, ou une demande de règlement, sur demande, le Bureau fournit à la compagnie membre les renseignements qu'il possède dans ses dossiers. Sur réception d'une demande de votre part, le Bureau fait en sorte de communiquer toute information qu'il pourrait posséder dans votre dossier. Veuillez communiquer avec le Bureau au 866-692-6901 (TTY 866-346-3642). Si vous doutez de l'exactitude de l'information contenue dans les dossiers du Bureau, vous pouvez communiquer avec le Bureau et demander qu'elle soit corrigée. Adresse: 330, avenue University, bureau 501, Toronto, Ontario, M5G 1R7. Co-operators Compagnie d'assurance-vie, ou ses réassureurs, peuvent également communiquer l'information contenue dans leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance auprès de qui vous pourriez faire une demande d'assurance vie ou maladie, ou à qui une demande de règlement pourrait être présentée. Pour de l'information aux consommateurs sur le Bureau des renseignements médicaux, visitez le [www.mib.com](http://www.mib.com).

**VOTRE VIE PRIVÉE EST IMPORTANTE POUR NOUS**

Nous reconnaissons l'importance de la vie privée et la respectons. Lorsque vous souscrivez une assurance, nous créons un dossier confidentiel et recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels afin d'établir et d'administrer votre assurance et d'en assurer le service. Vous pouvez accéder aux renseignements personnels contenus dans votre dossier et les corriger, si nécessaire, en faisant la demande par écrit à Co-operators Compagnie d'assurance-vie, a/s de : Le Groupe financier LGM - Une division de LGM Financial Services Inc., 1021, rue West Hastings, Bureau 400, Vancouver (Colombie-Britannique) V6E 0C3, à l'attention de l'agent de protection de la vie privée. Nous limitons l'accès à vos renseignements personnels par notre personnel et les autres personnes que nous autorisons parce qu'elles en ont besoin pour remplir leurs fonctions. Nous pouvons conserver ou traiter vos renseignements personnels au Canada, aux États-Unis ou dans d'autres pays et, sous réserve des lois applicables, les gouvernements, les tribunaux, les organismes d'application de la loi et les organismes de réglementation peuvent, par jugement, obtenir la divulgation de vos renseignements personnels. Pour de plus amples renseignements sur nous et nos règles de confidentialité, veuillez consulter [www.cooperators.ca](http://www.cooperators.ca) et [www.lgm.ca](http://www.lgm.ca).